



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

TITULO

Cuidados paliativos según dimensiones de calidad de vida en adultos
diabéticos e hipertensos

AUTORAS:

Magaly Elizabeth Inca Ninabanda
Mónica Mariela Pulgar Fiallos

Tutora:

PhD. Katuska Figueredo Villa

Riobamba – Ecuador

2019

ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL

Los miembros del tribunal del proyecto de investigación de título: **CUIDADOS PALIATIVOS SEGÚN DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS DIABETICOS E HIPERTENSOS**. Presentado por: Magaly Elizabeth Inca Ninabanda y Mónica Mariela Pulgar Fiallos; dirigida por: Dra. Katuska Figueredo Villa PhD.

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. Viviana del Rocío Mera Herrera
Presidente del Tribunal

Firma:.....

Msc. Susana Padilla Buñay
Miembro del Tribunal

Firma:.....

MsC. Verónica Cecilia Quishpi Lucero
Miembro del Tribunal

Firma:.....

PhD. Katuska Figueredo Villa
Tutora

Firma:.....

ACEPTACIÓN DE LA TUTORA

Certifico que el presente proyecto de investigación previo a la obtención del título de Licenciada de Enfermería, con el tema **CUIDADOS PALIATIVOS SEGÚN DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS DIABÉTICOS E HIPERTENSOS**. Elaborado por las señoritas Magaly Elizabeth Inca Ninabanda con CI. 0605196211 y Mónica Mariela Pulgar Fiallos con CI. 0604871749 y asesorado por la Dra. Katuska Figueredo Villa PhD, en calidad de tutora, por lo que certifico que se encuentra apto para su presentación y defensa respectiva.

Es todo lo que puedo informar en honor a la verdad.

Atentamente:



PhD. Katuska Figueredo Villa
TUTORA
CI. 1756598601

DERECHO DE AUTORÍA

El contenido del presente proyecto de investigación, corresponde exclusivamente a Magaly Elizabeth Inca Ninabanda con CI. 0605196211 y Mónica Mariela Pulgar Fiallos con CI. 0604871749, como responsables de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en el presente trabajo de investigación y de tutora Dra. Katuska Figueredo Villa. Los textos constantes en el documento que provienen de otra fuente, están debidamente citados y referenciados. El patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo.

Como autores, asumimos la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este trabajo de titulación.



Magaly Elizabeth Inca Ninabanda
CI. 0605196211
Correo: inca.maga04gmail.com



Mónica Mariela Pulgar Fiallos
CI. 0604871749
Correo: monicapulgar21@gmail.com

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios que nos ha dado la vida y la fortaleza para terminar este trabajo de grado. A nuestros padres por su apoyo incondicional valores y constante motivación, que permitieron seguir adelante y alcanzar el objetivo trazado. A nuestra tutora de tesis Katuska Figueredo Villa por su apoyo, disposición y confianza, para guiarnos durante el desarrollo de la investigación.

Magaly Inca Ninabanda
Mónica Pulgar Fiallos

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo está dedicado principalmente a Dios por habernos dado la vida, a nuestros padres por contribuir a nuestra formación como excelentes seres humanos, con reglas y libertades. Nuestros logros se los debemos a ustedes, que nos motivaron constantemente para alcanzar nuestros anhelos.

Magaly Inca Ninabanda
Mónica Pulgar Fiallos

INDICE

PORTADA.....	I
ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL.....	II
ACEPTACIÓN DEL TUTOR.....	III
DERECHO DE AUTORÍA.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
DEDICATORIA.....	VI
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	VII
RESUMEN.....	VIII
ABSTRAC.....	IX
INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	6
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO.....	7
Fundamentos teóricos de la Atención Primaria de Salud.....	7
Fundamentos de hipertensión arterial.....	8
Fundamentos de la diabetes mellitus.....	12
Fundamentos de los cuidados paliativos.....	16
Taxonomía enfermero y cuidados paliativos desde la perspectiva de la guía práctica clínica del Ecuador.....	18
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA.....	21
CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	23
CONCLUSIONES.....	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

RESUMEN

A escala mundial, las enfermedades crónicas no transmisibles ocasionan impacto negativo en los sistemas de salud debido al elevado índice de morbimortalidad. La Diabetes mellitus e Hipertensión arterial se comportan entre las principales causas de fallecimiento. Los cuidados paliativos aplicados en las mismas mejoran la calidad de vida del individuo y su familia desde el diagnóstico de la enfermedad hasta sus últimos días de vida. Con el objetivo de establecer el vínculo de las dimensiones de calidad de vida afectadas en adultos diabéticos e hipertensos atendidos en los centros de salud del Distrito Chambo-Riobamba según las acciones paliativas descritas en la Guía práctica clínica del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y la taxonomía enfermero. Se realizó un estudio descriptivo, documental, y la población de estudio quedo conformada por 101 diabéticos y 188 hipertensos. En las características sociodemográficas predomino la edad del grupo etario de más de 65 años, género femenino, autoidentificación étnica mestiza y nivel de escolaridad básica. La principal dimensión afectada fue la adaptación a las limitaciones. Mediante la bibliografía consultada no se evidencia investigaciones que relacionen la atención paliativa de la guía práctica clínica y la taxonomía enfermero. Sin embargo, las acciones de enfermería basados en la taxonomía muestran similitud en la atención del individuo diabético e hipertenso.

Palabras clave: diabetes, hipertensión, calidad de vida y cuidados paliativos.

ABSTRACT

Globally, chronic noncommunicable diseases hurt health systems due to the high morbidity and mortality rate. Diabetes mellitus and arterial hypertension are among the leading causes of death. Palliative care applied in these cases improves the life quality of the patient and his family from the diagnosis of the disease until his last days of life. To establish the link between the dimensions of life quality of patients who are affected in diabetic and hypertensive adults treated in the Health Centers of Chambo-Riobamba District according to the palliative actions described in the Clinical Practical Guide of the Ministry of Public Health of Ecuador and the nurse taxonomy. A descriptive, documentary study was carried out, and the study population was made up of 101 people with diabetes and 188 hypertensive patients. In the sociodemographic characteristics, the age of the age group of more than 65 years predominated, female gender, mixed ethnic self-identification, and level of primary education. The central dimension affected was the adaptation to the limitations. Through the bibliography consulted, no evidence links the palliative care of the clinical practice guide and the nurse taxonomy. However, nursing actions based on taxonomy show similarity in the care of the diabetic and hypertensive individual.

Keywords: *diabetes, hypertension, quality of life, and palliative care.*



Reviewed by: Solis, Lorena
Language Center Teacher



INTRODUCCIÓN

Las enfermedades no transmisibles (ENT) o crónicas son patologías de larga duración y lento progreso. ⁽¹⁾ La Organización Mundial de Salud (OMS) revela que 41 millones de personas mueren cada año a causa de estas enfermedades y representa el 71% de defunciones en el mundo. Además, se registra anualmente 15 millones de personas que fallecen antes de los 70 años, de lo cual el 85% acontece en países de ingresos bajos y medianos. ⁽²⁾

De acuerdo a la OMS las enfermedades cardiovasculares entre la que se destaca la hipertensión arterial (HTA), seguidas de la diabetes mellitus (DM), cáncer y enfermedades respiratorias, representan las primeras causas de mortalidad en el mundo. Ezzati,⁽³⁾ manifiesta que en Asia más de la mitad de los adultos padecen de HTA, de los cuales la mayoría habitan en China y la India. Por otra parte, la OMS señala que la prevalencia mundial de la DM se incrementó en el año 2014 y alrededor de 422 millones de personas la padecen y equivale al 8,5% de la población mundial.⁽⁴⁾

La Organización Panamericana de Salud (OPS) expone que en América Latina y el Caribe fallecen alrededor de 4,8 millones de individuos cada año a causa de las ENT, más de un tercio de ellos mueren antes de los 70 años. Como consecuencia miles de individuos que padecen estas patologías precisan atención a largo plazo, lo que amenaza el crecimiento de los países en vías de desarrollo. ⁽⁵⁾

En el Ecuador, la DM seguido de la HTA representan la causa principal de ENT. El incremento del número de casos por año constituye una prioridad para el Sistema Nacional de Salud (SNS). Datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT ECU)⁽⁶⁾ aplicada en el año 2012, indicó que la prevalencia de la HTA es de 9.3 %, identificando 17015 personas del género femenino y 12397 masculino, en edades comprendida de 18 a 59 años. Entre las provincias con porcentajes elevados de morbilidad, se encontraron el Guayas con cifras elevadas de 53.67% y Chimborazo con 12.05%. El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)⁽⁷⁾ en el 2016 registró 3487 defunciones por enfermedad hipertensiva.

Por otra parte, la ENSANUT⁽⁶⁾ revela que la prevalencia de la DM es de 2.7% en edades comprendidas entre 10 a 59 años. Esta proporción va subiendo a partir de los 30 años de edad hasta los 50 ,uno de cada 10 ecuatorianos padece de DM. El INEC⁽⁷⁾ en el 2016, reportó como segunda causa de mortalidad a esta patología con 4906 fallecidos.

Además, la Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud (DNEAIS)⁽⁸⁾ actualizada en el mismo año, refiere que en la provincia de Chimborazo la DM aportó para ese periodo un total de 80 defunciones por este motivo. Esta situación la ubicó en el segundo lugar a nivel nacional; de los cuales en el Distrito Chambo–Riobamba se reportaron 64 decesos, cifra que representó el 4.83% de estas muertes. El panorama antes descrito evidencia la necesidad de incorporar cuidados al ciudadano que mejoren su estado de salud.

Los Cuidados Paliativos (CP) contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida del individuo y sus allegados. Cifras de la OMS indican que anualmente 40 millones de personas necesitan paliar su situación de salud y el 78% viven en países de ingreso bajo y mediano. Sin embargo, a nivel mundial tan solo el 14% de los individuos que requieren asistencia paliativa la reciben.⁽⁹⁾

En Latinoamérica la implementación de CP inició a principios de la década de los 80 en países como Colombia y Argentina. En la actualidad el 84% de los países de esta región ofrecen este tipo de servicio. No obstante, el desarrollo de este modelo asistencial en la región no ha sido claro y los SNS han enfrentado problemas, tales como infraestructuras inadecuadas o sistemas administrativos deficientes.⁽¹⁰⁾

El acceso a estos cuidados es irregular y depende de la zona geográfica donde vive el paciente. En países como Argentina y Chile se localiza el 46% de los servicios de atención paliativa y representa el 10% de la población latinoamericana. Dávalos y col,⁽¹⁰⁾ consideran a partir de los datos antes mencionados, que la mayoría de los pacientes con ENT no reciben este tipo atención, debido al déficit de cobertura.

La bibliografía consultada evidencia que en el Ecuador existen escasos estudios desarrollados sobre el tema de los CP. La Constitución de la República del Ecuador establece que la salud es un derecho garantizado por el Estado. Con este enfoque, el país

se direcciona hacia la instauración de políticas públicas integrales, orientadas a la implementación de este tipo de cuidado.⁽¹⁰⁾

En el país antes mencionado uno de los objetivos del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS),⁽¹¹⁾ es incorporar los servicios de CP en la Red Pública de Salud. Para brindar atención exhaustiva a individuos que se encuentran en fase terminal y ENT que amenazan la vida sin posibilidad de curación. Se enfoca en la atención de las necesidades biológicas, sicosociales y espirituales hasta el momento de la muerte; así como la familia y comunidad, incluso en el proceso del duelo.

La modalidad de servicio referida en el párrafo que le antecede es pertinente que se proporcione en los tres niveles de atención, teniendo en cuenta las normativas emitidas por los SNS. Además, se orienta el cumplimiento de acciones enfocadas en la promoción, prevención de complicaciones y tratamiento oportuno a las personas con ENT y allegados; las que son ejecutadas por un equipo de salud multi e interdisciplinario.

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)⁽¹²⁾ del Ecuador en marzo del 2010, publicó el reglamento para la atención holística, incluyendo el modelo paliativo asistencial a la persona y su familia. Al mismo tiempo, se enfoca en el fortalecimiento del cuidado domiciliario, mediante actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidado del individuo con enfermedad crónica y/o discapacidad.

Por otra parte, en el 2011 el Ministerio de Salud Pública (MSP)⁽¹³⁾ del Ecuador, reconoce a los CP como parte del MAIS. De Igual manera manifiesta que es responsabilidad del Estado generalizar estos cuidados a las instituciones prestadoras de servicios públicos y privados. El propósito es disminuir las inequidades en la accesibilidad y atención temprana; así como incrementar el seguimiento del tratamiento, especialmente de los pacientes con ENT.

En el 2014 el MSP⁽¹⁴⁾ aprobó la Guía de Práctica Clínica sobre CP con la finalidad de generalizar los procedimientos de atención sanitaria a personas con enfermedades crónicas en la etapa final de la vida.⁽¹⁰⁾ Las autoras de esta investigación opinan que el CP se debe brindar desde el diagnóstico de la enfermedad, con el objetivo de contribuir

al mejoramiento de la calidad de vida (CV); a través del proceso de adaptación y afrontamiento del paciente y sus allegados.

Para evaluar la CV se debe reconocer el concepto multidimensional, que incluye el bienestar físico, emocional, social y espiritual. Estas dimensiones son influenciadas por las creencias, experiencias y expectativas de un usuario; las que se definen como percepciones de la salud. Cada dimensión se puede dividir en dos análisis, uno objetivo en relación al estado de salud y otro subjetivo de la misma.⁽¹⁵⁾ Por ende, dos personas con el mismo diagnóstico presentan CV diferente.

El incremento de las ENT requiere adecuaciones de los programas del sistema de salud que intervienen en estas enfermedades. Ante esta situación es importante que los profesionales de enfermería tomen iniciativa para abordar esta amenaza. Por tanto, el conocimiento de los diagnósticos enfermeros es la primera fase de estandarización de cuidados, que permite unificar criterios de actuación, sistematizar etapas, proporcionar actividades individualizadas y con criterio de actuación interdisciplinaria.

Los CP e integración de las taxonomías de enfermería American Nurses Association (ANA), a través de los diagnósticos desarrollados por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería Internacional⁽¹⁶⁾ (en inglés. North American Nursing Diagnosis Association) (NANDA), la Clasificación de Resultados de Enfermería⁽¹⁷⁾ (Nursing Outcomes Classification) (NOC) y la Clasificación de la Intervenciones de Enfermería⁽¹⁸⁾ (en inglés, Nursing Interventions Classification) (NIC), mejoran la calidad de atención que brindan en el manejo de ENT en adultos. Este accionar permite identificar las intervenciones de enfermería enfocadas a la prevención de complicaciones. Además, determinar el nivel de cumplimiento de las acciones que ejecuta el profesional y evaluar el cumplimiento de las guías aplicadas en la población atendida.

A nivel mundial las ENT afecta de manera desproporcional a las regiones y países. De acuerdo a los datos publicados por la OMS,⁽¹⁾ más de 40 millones de personas fallecen cada año por esta causa y corresponde al 71% de las defunciones que sucedieron hasta el 2018. Estas patologías suelen asociarse a grupos de edad avanzada y las defunciones atribuibles a las mismas se incrementan en los países de ingresos bajos y medios.

Entre las enfermedades cardiovasculares se encuentra la HTA, que con o sin vínculo con la DM representan la mayoría de muertes por ENT. Además, se evidencia un incremento de estas enfermedades en la población adulta a nivel mundial, ^(2-4, 9) los que demandan de CP en los tres niveles de atención, con énfasis en la atención domiciliaria. Los hábitos inadecuados en la alimentación y la falta de ejercicio aumentan el riesgo de desarrollar las enfermedades mencionadas y constituyen las principales causas de muerte en el Ecuador.

Se debe declarar que estas patologías son de larga duración, progresivas y requieren de diversos recursos (personal sanitario especializado, medicamentos subsidiados, entre otras) para su tratamiento; por cuanto afectan directamente a la CV del individuo y su familia. Además, repercuten sobre el presupuesto general de los estados e interfieren en el desarrollo económico del país.

Los CP en Ecuador aun no brindan una amplia gama de servicios que permitan llegar a la totalidad de la población que demanda de estas acciones. A pesar de la importancia de este tema, el sistema sanitario todavía no satisface las necesidades reales de los pacientes que se enfrentan a ENT como hipertensión y diabetes. La educación sobre la atención paliativa continúa siendo una barrera para la sociedad, debido al desconocimiento y la desinformación de algunos profesionales del ámbito de la salud. ⁽⁹⁾

La promoción oportuna de la asistencia paliativa contribuye a mejorar la CV y reducir la morbimortalidad por enfermedades crónicas. Este proceso requiere la integración de un equipo multidisciplinario desde el diagnóstico de la enfermedad, integrado por profesionales de enfermería, medicina, psicología y nutrición, entre otros. El rol del equipo de salud es de vital importancia, para el desarrollo de estrategias de promoción y prevención. De igual forma, el cumplimiento de la guía práctica clínica de CP vinculada a la taxonomía enfermero, contribuirá a reducir la comorbilidad y al mejoramiento el estado de salud del binomio paciente-familia.

OBJETIVOS

General

- Establecer el vínculo de las dimensiones de calidad de vida afectadas en adultos y adultos mayores diabéticos e hipertensos atendidos en los centros de salud del Distrito Chambo-Riobamba según las acciones de cuidados paliativos descritas en la Guía práctica clínica del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y la taxonomía enfermero.

Específicos

- Identificar las variables sociodemográficas de interés de los pacientes encuestados.
- Enumerar las dimensiones de calidad de vida afectadas en adultos y adultos mayores diabéticos e hipertensos.
- Asociar las dimensiones de calidad de vida afectadas en la población de estudio, con las acciones de cuidados paliativos según la Guía práctica clínica y la taxonomía NANDA-I, NOC y NIC.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

Fundamentos teóricos de la Atención Primaria de Salud (APS)

La Conferencia Internacional de salud de Alma Ata celebrada en la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) refirió a la APS como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas. Fundados científicamente, socialmente aceptados y puesta al alcance de todos los individuos y familias. Mediante su plena participación, a un valor que la comunidad y el país puedan soportar en las etapas de desarrollo y con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. ⁽¹⁹⁾

La APS constituye la función y núcleo principal del SNS, como elemento del desarrollo social y económico global de la comunidad. El primer nivel de atención hace énfasis en la promoción y prevención de la salud; vinculados a los componentes esenciales de calidad como; sostenibilidad, responsabilidad y rendición de cuentas. El objetivo es colaborar con otros sectores al implementar las acciones estratégicas que mejoren la CV y la equidad. ⁽¹⁹⁾

La OMS en el año 2014 indico que la población mundial de 60 años o más es de 650 millones, y se calcula que en 2050 alcanzará los 2000, como consecuencia del incremento de la esperanza de vida. Esto se debe al aumento de la demanda de APS, atención de casos agudos, ENT y asistencia social. Sin embargo, el adulto mayor también ofrece oportunidades para la sociedad, al poseer una gran experiencia que contribuye al desarrollo social. ⁽²⁰⁾

En América Latina en el año 2005 existió 48 millones de adultos mayores, esto corresponde al 8.8% de la población. Se estima que para el 2030 se duplicara con valores equivalentes al 16.3%. Las proyecciones estadísticas en los países en vía de desarrollo muestran que el crecimiento de este grupo de población es más acelerado con respecto a los países desarrollados. ⁽²⁰⁾

Por consiguiente, el envejecimiento poblacional unido al incremento de personas con ENT y/o cáncer, representan un reto importante para los servicios de salud a nivel mundial. Mientras en Ecuador se evidencio un crecimiento del 9,9% de este grupo etario

en relación con la población total. Se estima que para el año 2030, la proporción de las personas mayores a 70 años sea de 14.5% y en 2050 de 21.8%.⁽²¹⁾

Las ENT afectan a la población en todos los ciclos de vida, regiones y países. Estas patologías se asocian con frecuencia al grupo de edad avanzada. Sin embargo, las estadísticas muestran que 15 millones de las defunciones se producen entre los 30 y 69 años. Mientras más del 85% de estas muertes prematuras ocurren en países de recursos bajos y medianos.⁽²⁾ A medida que avanza la edad es frecuente la presencia de estas enfermedades, debido a los cambios anatomofisiológicos que ocurren en el organismo como parte del proceso de envejecimiento.⁽²²⁾

López,⁽²³⁾ refiere que, dentro de las ENT, la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y la HTA se asocian al síndrome metabólico (SM). Las enfermedades mencionadas tienen un efecto negativo y representan factores de riesgo cardiovascular con elevado índice de morbilidad y mortalidad. Además, se relacionan con otros elementos como la obesidad, dislipidemias, estado protrombótico y proinflamatorio que acelera el proceso de aterosclerosis.

Fundamentos de Hipertensión Arterial

A nivel mundial, más de uno de cada cinco adultos tiene HTA, trastorno que causa aproximadamente la mitad de las defunciones por accidente cerebrovascular o cardiopatía. Las complicaciones engloban a 9,4 millones de los fallecimientos anuales.⁽²⁴⁾ Según datos de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC), esta enfermedad en el 2015 alcanzó del 30 al 45% de la población global, de lo cual el 60% corresponde a personas mayores de 60 años.⁽²⁵⁾ La causa principal de mortalidad en los países desarrollados es la enfermedad cardiovascular, siendo la HTA su máxima determinante al constituir el factor de riesgo con mayor prevalencia.

La HTA es un trastorno donde los vasos sanguíneos mantienen presión arterial (PA) elevada continua, esto ocasiona daño cada vez que el corazón late y bombea sangre a los vasos. La PA es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos arteriales, determinada por el gasto cardíaco (GC) y la resistencia vascular periférica total (RVPT).

La presión normal en adultos es de 120 milímetros de mercurio (mmHg), cuando el corazón late se denomina presión arterial sistólica (PAS) .De y de 80 mmHg cuando el corazón se relaja siendo la presión arterial diastólica(PAD). Cuando la PAS es \geq a 140 y/o la PAD es \geq a 90, la tensión arterial se considera elevada. En la mayoría de los pacientes la HTA transcurre sin sintomatología por lo que suele pasar desapercibida. Sin embargo, existen manifestaciones clínicas como cefalea, sudoraciones, taquicardia, disnea, mareo, alteraciones visuales, zumbidos en los oídos, rubor facial, entre otras. ⁽²⁴⁾

La fisiopatología de la hipertensión es compleja debido a que intervienen diversos factores que en su mayoría poseen una base genética. El componente principal es la disfunción endotelial y la ruptura del equilibrio entre los elementos vasoconstrictores y vasodilatadores. Además, el sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) es importante puesto que depende de la acción de otros factores humorales y neurales. Entre los que se encuentran la producción de endotelina, inhibición del óxido nítrico (NO) y prostaciclina (PGI₂), acción de catecolaminas o de vasopresina (AVP), ouabaína-sensible o FDE, tromboxano A₂ (TxA₂) y de diversas sustancias vasopresoras endógenas. ⁽²⁶⁾

El SRAA promueve estrés oxidativo a nivel tisular ocasionando cambios estructurales y funcionales especialmente disfunción a nivel endotelial. La angiotensina II (AII) junto a la Aldosterona aumenta el tejido colágeno a nivel cardíaco y vascular, debido a la inhabilitación de la actividad de la metaloproteinasa (MMP1). Se obtiene como resultado el incremento del colágeno en el corazón y vasos sanguíneos de los pacientes hipertensos. También el incremento de absorción renal de sodio (Na), cloruro y agua se relaciona con la patología. ⁽²⁶⁾

Diversos factores de riesgo son los que determinan la aparición de la HTA, entre ellos se destacan la edad, factores genéticos, género, etnia, factores socioeconómicos, obesidad, sedentarismo, ingestión de alcohol, consumo de tabaco, hábitos alimenticios inadecuados, entre otros. Esta patología no ocurre de forma aislada, debido a que la mayoría de los hipertensos presentan factores de riesgo cardiovasculares. Algunos de esos factores de riesgo son modificables, por tanto las recomendaciones dirigidas al cambio de estilo de vida son de extrema importancia tanto para la prevención como para el control de la enfermedad. ⁽²⁷⁾

La guía del Colegio Americano de Cardiología⁽²⁸⁾ en el año 2017 clasifica a la PA en las siguientes categorías:

- PA normal con valores de < 120/80 mmHg
- PA alta de 120-129 y < 80 mmHg
- HTA estadio 1 de 130-139 o 80-89 mmHg
- HTA estadio 2 de ≥ 140 o ≥ 90 mmHg.

Mientras que la guía de la Sociedad Europea de Cardiología⁽²⁸⁾ plantea la siguiente clasificación:

- PA optima < 120/80 mmHg
- PA normal 120-129 y/o 80-84,
- PA normal alta 130-139 y/o 85-89
- HTA grado 1 de 140-159 y/o 90-99
- HTA grado 2 160-179 y/o 100-109
- HTA grado 2 de ≥ 180 y/o ≥ 110
- HTA sistólica aislada de ≥ 140 y < 90 mmHg.

Entre las complicaciones de la HTA se encuentran el accidente vascular cerebral, aneurisma, insuficiencia cardiaca, vasos sanguíneos debilitados y con estrechamiento a nivel renal, engrosamiento o rotura de los vasos sanguíneos en los ojos, síndrome metabólico y problemas con la memoria o la comprensión. El Accidente vascular cerebral se origina cuando la arteriosclerosis afecta a los vasos del cerebro, al ocurrir un bloqueo de sangre a ese nivel, debido al estrechamiento o trombosis, o una rotura de un vaso denominado hemorragia cerebral.⁽²⁹⁾

El Aneurisma se produce debido a que los vasos sanguíneos se debilitan y se abomban como consecuencia del incremento de la PA; si un aneurisma se rompe, puede ser mortal para el individuo. En la Insuficiencia cardiaca el músculo del corazón se engrosa para bombear la sangre contra la presión alta en sus vasos, debido a la dificultad para bombear suficiente sangre y satisfacer las necesidades del organismo.⁽²⁹⁾

La quinta parte de la sangre bombeada por el corazón va a los riñones, estos filtran los productos de deshecho, mantienen los valores químicos adecuados, controlan el balance

de ácidos, sales y agua. Además, estos órganos son sensibles a las variaciones del flujo sanguíneo, si este decrece la enzima renina incrementa su secreción, por lo que las arterias del cuerpo aumentan la presión, en un intento de restaurar el flujo renal. Esta complicación empeora la función hasta llegar al fallo renal.⁽²⁹⁾

El engrosamiento o rotura de los vasos sanguíneos en los ojos ocasiona pérdida de la visión. Por otra parte, el síndrome metabólico constituye un trastorno que se origina debido al incremento de los triglicéridos, colesterol e insulina, entre otros. Estas condiciones lo hacen propenso a desarrollar diabetes, enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares. Los problemas con la memoria o la comprensión se deriva de la HTA incontrolada.⁽²⁹⁾

El tratamiento farmacológico de la HTA demuestra ampliamente su eficacia en los pacientes independientemente de la edad, género o etnia. El objetivo del tratamiento es disminuir y controlar la PA. Además, a largo plazo reducir la morbimortalidad, fundamentalmente de las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales asociadas a la misma.⁽³⁰⁾ Los medicamentos utilizados se agrupan en diuréticos, alfabloqueantes, betabloqueantes, antagonistas del calcio, agentes que bloquean la producción o acción de la angiotensina.

Los fármacos Diuréticos reducen la cantidad de Na y el volumen sanguíneo. Por consiguiente, la carga cardíaca por vasodilatación decrece. Los Alfabloqueantes bloquean de manera selectiva y competitiva los receptores α_1 adrenérgicos postsinápticos vasoconstrictores, ocasionando vasodilatación arteriovenosa, reducción de las resistencias vasculares periféricas y de la PA.⁽³⁰⁾

Los Betabloqueantes obstruyen de forma competitiva y reversible los receptores beta adrenérgicos, disminuyendo la frecuencia y el GC, además de bloquear la liberación de renina. Los Antagonistas del calcio fijan a los canales de calcio tipo L voltaje dependientes, eliminando la corriente del mismo que provoca la contracción muscular, produciendo la relajación del músculo liso vascular.

Los agentes que bloquean la producción o acción de la angiotensina son los Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECAs), estos interfieren en la síntesis de

angiotensina II por inhibición competitiva de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA) produciendo vasodilatación arteriovenosa además de natriuresis.⁽³²⁾ Los antagonistas de los receptores de la angiotensina (ARA II) inhiben de manera selectiva los receptores AT1, actuando sobre la acción de la angiotensina II.

Se destaca el uso de los agentes que actúan sobre el SRA, a través de diferentes mecanismos que permite combinar los fármacos de varios grupos. Por consiguiente se incrementa la eficacia y la toxicidad, enfatizando en las combinaciones preferidas los IECA-diurético, ARA II-diurético, IECA-calcioantagonista y ARA II-calcioantagonista.

En general, los antihipertensivos son eficaces, relativamente económicos y generalmente bien tolerados a dosis bajas. El tratamiento con uno o combinación de varios fármacos, debe establecerse de manera individualizada, en función de las características de cada paciente, cifras de la PA, factores de riesgo cardiovasculares, presencia de lesiones orgánicas, trastornos clínicos y relación coste/efectividad.

Brindar tratamiento adecuado es de vital importancia para prevenir posibles efectos secundarios y reducir el precio de la atención sanitaria. La dificultad para la adherencia al tratamiento de la HTA, es el bajo nivel de cumplimiento terapéutico de los pacientes, alrededor del 71,9% están siendo tratados para su enfermedad y de éstos, el 15,5% son controlados de manera correcta, lo que disminuye la efectividad de los medicamentos utilizados.⁽³⁰⁾

Fundamentos de la diabetes mellitus

En la actualidad la DM es una de las principales emergencias de salud. Cada año se incrementa el número de personas que viven con esta condición, que puede desencadenar complicaciones a lo largo de la vida. Datos de la Federación Internacional de Diabetes (FID),⁽³¹⁾ en el año 2015 reflejo que la población global con esta enfermedad fue de 415 millones, con edades comprendido entre 20 a 79 años. Además, existen 318 millones de adultos con tolerancia a la glucosa alterada, lo que les sitúa en un alto riesgo de desarrollar la enfermedad en el futuro.

En el 2015 la OMS ⁽⁴⁾ indico que esta patología fue la causa directa de 1,6 millones de decesos. Aproximadamente la mitad de las muertes atribuibles a la hiperglucemia tienen lugar antes de los 70 años de edad. La FID refiere que la DM1 se presenta con menor frecuencia y se incrementa en un 3% cada año, afectando de forma mayoritaria a los niños. Sin embargo, los adultos no escapan de esta realidad, debido a que del 7 al 12% se corresponde con este grupo etario.

La DM2 es más común y se ha incrementado unido a los cambios culturales y sociales. En los países desarrollados alrededor del 87 al 91% de los adultos manifiestan este tipo de diabetes. La FID estima que 193 millones de personas con la patología mencionada no están diagnosticadas, por lo que tienen mayor riesgo de desarrollar complicaciones. Además, uno de cada 14 adultos es diagnosticado con esta enfermedad. La mayoría de los países todavía son inconscientes del impacto social y económico de la diabetes. Al mismo tiempo, la falta de entendimiento es la barrera que afecta con frecuencia, la implementación de estrategias de prevención que contribuyan a disminuir esta afección.

La DM es un trastorno metabólico caracterizado por hiperglucemia crónica, acompañada de deterioro en el metabolismo de carbohidratos, lípidos y proteínas. Lo cual surge cuando el páncreas no produce suficiente hormona insulina o no la utiliza eficazmente. Esta hormona ayuda a la glucosa de los alimentos a ingresar a las células del cuerpo, donde se convierte en energía necesaria para los músculos y tejidos. A largo plazo ocasionan disfunción e irregularidad multiórganos, como a nivel de los ojos, corazón, riñones, nervios y vasos sanguíneos. ^(32,33)

Los síntomas que caracterizan la DM incluyen: poliuria, polidipsia, incremento del apetito, fatiga, agotamiento, visión borrosa, entumecimiento en las manos o los pies, lesiones que no cicatrizan y pérdida de peso. En la DM1 los síntomas pueden aparecer de forma rápida incluso en semanas, lo contrario ocurre con la tipo 2, puesto que suelen desarrollarse de forma lenta a lo largo de los años y manifestarse de manera silenciosa. Algunos individuos reconocen que tienen la enfermedad cuando aparecen problemas de salud vinculados a la misma. ⁽³⁴⁾

La OMS ⁽³⁵⁾ la clasifica en las siguientes categorías. Diabetes Mellitus tipo 1(DM1), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) y Diabetes Gestacional (DG). La DM1 denominada

insulinodependiente o de comienzo juvenil, afecta a individuos de cualquier edad, especialmente antes de los 30 años. Esta patología es producto de un proceso autoinmune, lo cual destruye a las células beta pancreáticas dando como resultado la deficiencia de la hormona insulina. El cuerpo necesita energía para realizar las actividades y como el páncreas pierde su función se debe administrar insulina extra cada día con el objetivo de controlar los niveles de glucosa.⁽³⁶⁾

La DM2 conocida como no insulinodependiente, aparece cuando el páncreas no secreta de forma adecuada la insulina o es incapaz de utilizarla correctamente, es decir produce resistencia. Este tipo de diabetes es causado por factores como la obesidad, sedentarismo, entre otros. Las personas que la padecen se puede controlar con una dieta equilibrada y seguimiento correcto del tratamiento con medicamentos orales.⁽³⁶⁾

La DG es la anomalía secundaria al embarazo, se presenta en el segundo o tercer trimestre en mujeres sin este diagnóstico previo. Las hormonas fetales originan el incremento de la glucosa en sangre (hiperglucemia) la que desaparece después del parto. Sin embargo, es importante tener en cuenta que las mujeres que han padecido esta enfermedad durante la gestacional, presenta mayor riesgo de padecer a futuro DM2.⁽³⁶⁾

La insulina es una hormona que se origina en las células Beta de los Islotes de Langerhans en el Páncreas, son encargados de normalizar los niveles de azúcar permitiendo que la glucosa ingrese en las células adiposas y musculares donde es necesario para producir energía. Estas células con el tiempo disminuyen la cantidad de insulina ocasionando hiperglucemia que conlleva a la resistencia de insulina (RI); fenómeno que impide la reducción adecuada de glucosa.⁽³⁷⁾

El adipocito acumula ácidos grasos (AG) en forma de triglicéridos. La capacidad de almacenamiento se ve limitada por el incremento de tamaño y migran al músculo esquelético. El ingreso de AG en dicho músculo bloquean las señales de insulina finalizando en RI. El deterioro de las células beta es producido por el estrés oxidativo, procedente de la oxidación de la glucosa y de los AG libres. Este suceso reduce los factores de transcripción originados en el páncreas y duodeno, que favorecen la reparación y regeneración de las células beta.⁽³⁷⁾

American Diabetes Association muestra los criterios para el diagnóstico de la DM. La glucosa en ayuno debe ser \geq a 126 mg/dl y se orienta no consumir alimentos 8 horas antes de la toma de muestra. La plasmática se realiza mediante una prueba de tolerancia a la glucosa, tras 10 horas de ayuno con una carga de 75g de glucosa disuelta en agua y si luego de 2 horas el valor es \geq a 200 mg/dl el resultado es positivo. El examen de glucosa al azar es positivo cuando el valor es \geq a 200 mg/dl. Para confirmar este diagnóstico se indica la hemoglobina glucosilada que debe ser \geq a 6.5%.⁽³⁸⁾

La complicación aguda comprende la cetoacidosis diabética y el síndrome hiperglucémico secundarias al déficit de insulina. Mientras la hipoglucemia iatrogénica es el resultado del exceso de insulina. Por otra parte, las crónicas se dividen en micro y macrovasculares. Entre las macrovasculares se encuentran la Retinopatía diabética que ocasiona disminución de la agudeza visual y puede llegar a la ceguera. La Nefropatía renal se caracteriza por valores elevados de glicemia; provoca daño a nivel de la nefrona terminando en insuficiencia renal. La Neuropatía diabética produce alteración de los nervios periféricos por la duración y magnitud de la hiperglucemia.^(39,40)

Las complicaciones macrovasculares detallan a la enfermedad de las arterias coronarias que tiene relación con la edad y duración de la diabetes, debido a los estados de arteriosclerosis e hipercoagulación. Las Enfermedades cerebrovasculares se encuentran vinculadas con la diabetes debido al exceso de glicosilación, inadecuado funcionamiento endotelial, aumento de la agregación plaquetaria, binólisis dañada y resistencia a la insulina.

La enfermedad arterial periférica se localiza en las extremidades inferiores del paciente diabético, produciendo claudicación, pérdida del vello en el pie, disminución del llenado capilar y ausencia de pulsos periféricos. Como consecuencia se produce el Pie diabético siendo la principal causa de amputación parcial de una o ambas extremidades. En tal virtud, es importante indicar el adecuado cuidado de los pies y correcto uso de calzado, para evitar lesiones y prevenir el deterioro de la CV.⁽³⁹⁾

El tratamiento depende del tipo de diabetes que presente la persona y se cumple de forma integral por el equipo de salud.⁽⁴¹⁾ El de tipo farmacológico para la DM1 se debe administrar insulina por vía hipodérmica de 3 a 4 inyecciones cada día o en forma de

infusión subcutánea. Al mismo tiempo, se les educar sobre la dosis correcta, la ingesta adecuada de carbohidratos y actividad física moderada, especialmente en adultos mayores. En la DM2 se debe iniciar con un control de glucosa para aliviar los síntomas y prevenir complicaciones. Si no existe contraindicación se iniciará la elección del fármaco, pudiendo la Metformina 500mg vía oral una dosis diaria.

Mientras que, el tratamiento no farmacológico inicia con la modificación de los factores de riesgo; cambios en el estilo de vida, control de la glucemia, sedentarismo, estrés, e instruir la práctica de actividades físicas con el objetivo de reducir las complicaciones como la enfermedad coronaria y vascular cerebral. Además se orienta una alimentación saludable mediante la guía nutricional con el fin de reducir del 7 a 10% del peso corporal en individuos con sobrepeso y obesidad.⁽⁴¹⁾

Fundamentos de los cuidados paliativos

Cicely Saunders,⁽⁴²⁾ enfermera británica fundadora del primer hospicio para pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, manifiesto que las personas importan hasta el último momento de sus vidas. Reafirman que los CP mejoran la CV de los individuos que padecen patologías avanzadas, progresivas e incurables; mediante acciones terapéuticas aplicadas por un equipo multiprofesional. La enfermera como integrante del equipo interdisciplinar desempeña la misión de proporcionar cuidados, los que deben estar fundamentados en las necesidades del paciente y su familia.

Pastrana⁽⁴³⁾ menciona que en Latinoamérica el 1% de alrededor de cuatro millones de personas que necesitan recibir este tipo de asistencia tiene acceso a ella, debido a las brechas en salud que afronta la región. También manifiesta que luego del primer encuentro celebrado en Lima, sobre CP y fortaleciendo el Sistema Sociosanitario, las mejoras siguen siendo insuficientes, debido a que persisten desigualdades entre países e incluso dentro de ellos.

Países como Uruguay, Argentina, Costa Rica y Chile presentan mejor índice en la región a nivel de estos cuidados, ya que los han incorporado en sus programas de salud y legislaciones. Por otro lado, se encuentran Ecuador, Panamá, Colombia, Venezuela, México, Brasil, El Salvador, Guatemala y Paraguay, que cuentan con índices medios en

este tipo de asistencia. Sin embargo, Perú, República Dominicana, Bolivia y Honduras han sido los últimos de la lista de accesibilidad a CP.⁽⁴³⁾

Se considera que una de las razones del bajo progreso de este modelo de asistencia se debe, a que en Latinoamérica están enfocados en el tratamiento, prevención y rehabilitación. Sin embargo, no tienen presente que los CP pertenecen al espectro de servicios de una cobertura sanitaria universal. Las desigualdades internas de cada país agravan la situación de los grupos más vulnerables, quienes no poseen la posibilidad de mejorar la CV durante la evolución de la enfermedad.⁽⁴³⁾

Las dimensiones de CV engloban el bienestar físico, que se refiere a la realización de actividades deportivas y alimentación saludable para mantener un estado de salud óptimo. El emocional se enfoca en la esfera psicológica, aprender a escuchar y fortalecer la comunicación profesional-paciente-familia. La esfera social se ocupa de la salud y necesidades personales, sin abandonar el rol que desempeña en la sociedad. El espiritual es el conjunto de valores y creencias que lleva a la persona a encontrar el significado de la vida.⁽⁴⁴⁾

La Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos (FECUPAL),⁽⁴⁵⁾ da sus primeros pasos en octubre de 1997 para cubrir las necesidades de la población vulnerable, que carecía de este tipo de cuidado. Se inició con un equipo de atención domiciliaria que fue la base para implementar un nuevo servicio, convirtiéndose en la pionera en brindar asistencia paliativa a nivel nacional. A posterior abrió sus puertas la Clínica San Camilo donde se brinda hasta la actualidad atención de medicina general, paliativa y especialidades a bajo costo, constituyendo una ayuda a la población de escasos recursos. En el 2008 se inició la construcción del Hospice San Camilo y en mayo del 2014 acogió a su primer paciente.

Cervantes,⁽⁴⁶⁾ manifiesta que en Ecuador existe una normativa, la cual determina la implementación de áreas de CP en los hospitales de la red de salud y una guía clínica para el manejo de los mismos, que aún no se implementa. Situación causada entre múltiples factores por la ausencia de especialistas, dificultades para el acceso a los medicamentos que ayudan al control de síntomas, escaso conocimiento de los estudiantes, profesionales y la sociedad sobre este tema.

Taxonomía enfermero y cuidados paliativos desde la perspectiva de la Guía Práctica Clínica del Ecuador

El proceso de enfermería es la metodología propia de trabajo de esta disciplina profesional a la hora de aplicar cuidados, la misma que se creó en las décadas de los 50 y 60 en Estados Unidos y Canadá. Entre los años 1973 y 1975 se gestó el concepto de diagnóstico de enfermería y dicho proceso, que en su origen constaba de tres etapas. En la actualidad consta de cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. La metodología basada en el proceso de atención de enfermería se ha extendido por centros sanitarios a nivel mundial.⁽⁴⁷⁾

Para la implementación de los CP es pertinente utilizar el lenguaje estandarizado reconocidos por la ANA, a través de los diagnósticos desarrollados por la NANDA.^(16,48) Esta relación generalizó los diagnósticos dirigidos a satisfacer las necesidades afectadas en el enfermo y prevenir complicaciones derivadas del desequilibrio en el proceso salud-enfermedad a nivel individual, familiar y comunitario. Las NOC^(17, 49) es la organización sistemática de resultados en grupos o categorías basados en semejanzas, diferencias y relaciones entre los resultados. La estructura de la taxonomía tiene cinco niveles: dominios, clases, resultados, indicadores y escalas de medición.

La NIC^(18,50) es una clasificación normalizada y completa de las intervenciones. Se emplea en la planificación de los cuidados, documentación clínica, comunicación de cuidados en diferentes escenarios e integración de datos entre sistemas y situaciones. Incluye las intervenciones directas e indirectas realizadas por los profesionales de enfermería. Pueden aplicarse en todos los contextos (cuidados agudos, intensivos, domiciliarios y paliativos). Así como la relación entre estas clasificaciones propicia la aplicación de este lenguaje en la práctica, formación e investigación.

La utilización de una metodología científica en la práctica de enfermería da respuesta a estas necesidades, garantiza la calidad y continuidad de estos cuidados. Los planes estandarizados constituyen una herramienta útil para la actuación asistencial. Reflejan la línea de decisión y actuación de este profesional, valorando los resultados esperados y estableciendo guías de actuación para la continuidad de cuidados.⁽⁴⁷⁾

Los registros informatizados en el campo de la enfermería, en la actualidad se consideran como una herramienta valiosa en el trabajo cotidiano y favorecen múltiples aspectos profesionales. Admiten mejorar la calidad de los registros enfermeros, facilitan el desarrollo profesional, analizan los datos enfocados a la obtención de objetivos y resultados, desarrollan la función investigadora y guían la implantación de esta metodología en la práctica asistencial.

La taxonomía enfermero es fundamental en la comunicación entre profesionales y desde el punto de vista interdisciplinar. Constituye fuente de información con respecto a la situación del paciente, fortalecen el cuidado enfermero, la continuidad de los mismos. Finalmente, admite el reconocimiento institucional hacia esta metodología y su utilidad en el campo asistencial, docente e investigativo.

La contribución de enfermería en el contexto de las enfermedades crónicas depende de una sólida formación, que favorece el ejercicio de un juicio clínico consistente, profundo y amplio. Depende también de su capacidad en proponer y validar intervenciones innovadoras, poniendo la mira en la prevención o estabilización de estas patologías. Para alcanzar estos resultados es pertinente fortalecer la formación de pre y posgrado sobre intervenciones, basadas en modelos teóricos, metodológicos y asistenciales. Los mismos incrementarán la eficiencia y eficacia, mejorando la CV del individuo y su familia.

El MSP inicia la atención en CP en los tres niveles de atención y fortalece su ejecución con la Guía de Práctica Clínica de Cuidados Paliativos para los profesionales ⁽¹⁴⁾ y para el ciudadano.⁽⁵¹⁾ La primera está dirigida a profesionales médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales y unidades especializadas. Con el objetivo de brindar atención sanitaria a pacientes con patologías crónicas, avanzadas, con pronóstico de vida limitada y en fase terminal de la vida. El objetivo de la guía es generalizar los procedimientos de atención en los distintos ámbitos familiares y establecimientos del SNS.

Al mismo tiempo, fomenta en los profesionales de la salud, cuidadores y pacientes la toma de decisiones apropiadas y amparadas científicamente.⁽¹⁴⁾ La presente guía contiene intervenciones enfocadas en el control de los síntomas como el dolor, astenia, anorexia-caquexia y deshidratación. Entre las alteraciones del sistema respiratorio se localiza la

disnea y tos. En lo psicológico se halla el delirium, insomnio, ansiedad y depresión. En la sintomatología digestiva se encuentra la mucositis, xerostomía, candidiasis, disfagia, náuseas, vómito, estreñimiento, diarrea, obstrucción intestinal, ascitis e hipo.

Además, la guía se orienta en los cuidados de la piel dentro de ellos la prevención y tratamiento de las úlceras y prurito. Las urgencias comprenden la hipercalcemia, crisis convulsivas y hemorragia. También brinda apoyo psicosocial y espiritual a la persona en FFV y su familia. Los CP deberían comenzar desde el diagnóstico de la enfermedad y continuar de manera estable durante la evolución de la enfermedad. Con el objetivo de prevenir complicaciones, mantener y mejorar la CV del individuo y sus allegados

La guía para el ciudadano⁽⁵¹⁾ tiene la finalidad de proveer información que rompa asimetrías, facilitar la toma de decisiones informadas por parte de los ciudadanos y cumplir la garantía del derecho a la salud y al cuidado en cada etapa de la vida. Con el propósito de ofrecer atención activa, continua, integral y solidaria con eficiencia, empatía y calidad a las personas con enfermedades crónicas, avanzadas, progresivas e incurables, especialmente las que están en la etapa FFV. Así como satisfacer las necesidades de sus familiares y cuidadores, en el ámbito físico, psicológico, social y espiritual.

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo, documental, clasificación que se establece atendiendo a los criterios ofrecidos por Artiles ⁽⁵²⁾ (2009), Sampieri ⁽⁵³⁾ (2014); con el objetivo de establecer el vínculo de las dimensiones de calidad de vida afectadas en adultos diabéticos e hipertensos atendidos en los centros de salud del Distrito Chambo-Riobamba según las acciones de cuidados paliativos descritas en la Guía práctica clínica del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y la taxonomía enfermero.

La investigación que se presenta incorporo a la metodología enfermero representada en la taxonomía NANDA-I, NOC y NIC, componentes no planteados en el título que se defiende, motivo que propició la incorporación de la taxonomía de trabajo a la metodología de este estudio.

La población de estudio quedo conformada por los documentos siguientes:

- Inventario de dimensiones de calidad de vida afectadas, en los pacientes con diagnóstico DM (101) e HTA (188), obtenidas de la base de datos del estudio que precede a la investigación que se presenta, denominado: Cuidados paliativos en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. Distrito de Salud Chambo-Riobamba.
- Guía Práctica Clínica de Cuidados Paliativos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Taxonomía NANDA-I, NOC y NIC.

Métodos de la investigación utilizados:

Del nivel teórico

- Lógico-histórico: permitió realizar el análisis del surgimiento, desarrollo y evolución de los CP, la Guía práctica clínica del MSP del Ecuador y la taxonomía enfermero.
- Analítico-sintético: facilito el análisis de la situación problemática, con la necesidad de asociar los CP, las taxonomías NANDA-I, NOC y NIC, y la Guía práctica clínica según las dimensiones de calidad de vida afectadas en ese tipo de paciente, para a partir de este análisis seleccionar aspectos que guardan relación con la investigación.

- Inductivo-deductivo: proporcionó a partir dimensiones de calidad de vida afectadas en adultos diabéticos e hipertensos atendidos en los centros de salud del Distrito Chambo-Riobamba, se realice la asociación de cuidados paliativos en pacientes con HTA y DM, según las acciones paliativas descritas en la Guía práctica clínica y la taxonomía enfermero.
- Enfoque sistémico: aportó la orientación general para asociar atención paliativa, según la Guía práctica clínica y la taxonomía enfermero y las dimensiones de calidad de vida afectadas en ese tipo de paciente; vistos como una realidad integral, formada por componentes que cumplen determinadas funciones y mantienen formas estables de interacción entre las partes que los componen. Instaurando, de esta manera, vínculos firmes de relación entre los elementos que componen el cuidado paliativo de Enfermería y la guía para la atención al adulto diabético e hipertenso, los que se insertan en la estrategia de la Atención Primaria de Salud.

Nivel empírico

- Revisión de documentos escritos: propicio una visión amplia y crítica del contenido de la Guía práctica clínica de paliativo y la taxonomía enfermero, enfocada en mejorar la calidad de vida de los pacientes con ENT.

Técnica de estudio

Guía de revisión de documentos escritos.

CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Las características sociodemográficas observadas en la población de estudio evidencian que el grupo etario que predominó fue el de individuos con edades comprendidas entre los 65 y 79 años. Además, predominó el género femenino, religión católica, etnia mestiza, estado civil casado, convivencia con su esposo/a, nivel de instrucción básica y profesión ama de casa.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes diabéticos e hipertensos

Características sociodemográficas		Numero			%	Características sociodemográficas		Numero			%
		DM	HTA	total				DM	HTA	total	
Género	Femenino	72	130	202	70	Nivel de Instrucción	Básica	61	89	150	52
	Masculino	29	58	87	30		Bachillerato	11	10	21	7,2
	Total	101	188	289	100		Nivel técnico	0	1	1	0,3
Edad en años	20-34	1	3	4	1,3		Tercer nivel	2	3	5	1,7
	35-49	9	6	15	5,2		Ninguno	27	85	112	39
	50-64	30	38	68	24		Total	101	188	289	100
	65-79	47	80	127	44		Ocupación	Ama de casa	54	82	136
	80 y mas	14	61	75	26	Agricultor		18	54	72	25
	Total	101	188	289	100	Chofer		3	6	9	3,1
Religión	Católico	80	155	235	81	Costurera		0	6	6	2
	Evangélico	17	25	42	15	Cocinera		1	4	5	1,8
	Cristiano	2	7	9	3,1	Panadero		1	0	1	0,3
	Testigo de Jehová	2	1	3	1	Profesor		1	0	1	0,3
	Total	101	188	289	100	Comerciante	15	13	28	10	
Etnia	Mestizo	85	143	228	79	Empleada	0	20	20	7	
	Indígena	16	43	59	20	Ninguna	8	3	11	3,8	
	Blanco	0	1	1	0,3	Total	101	188	289	100	
	Afroecuato-riano	0	1	1	0,3	Convivencia	Esposo/a	46	79	125	43
	Total	101	188	289	100		Hijo/a	17	44	61	21
Estado Civil	Soltero/a	7	24	31	11		Solo/a	12	30	42	15
	Casado/a	63	91	154	53		Esposo e hijo	14	19	33	11
	Divorciado/a	5	12	17	5,8		Nietos	2	1	3	1
	Viudo/a	21	61	82	28		Hijos/as y nietos	3	3	6	2
	Unión libre	5	0	5	1,8		Esposa/o, Hijos/as, Nietos/as	0	9	9	3,1
	Total	101	188	289	100	Otra persona	7	3	10	3,4	
	Jubilado	Si	2	2	4	1,3	Total	101	188	289	100
No		99	186	285	99						
Total		101	188	289	100						

Las autoras de la presente investigación opinan que, al avanzar la edad del individuo, incrementa el riesgo de padecer enfermedades crónicas como la HTA y DM. Por tanto, se debe priorizar en este grupo etario los cuidados enfocados en la prevención de complicaciones que pueden ser ocasionadas por estas patologías. El equipo de salud con énfasis en el profesional de enfermería, debe recibir capacitación académica sobre CP. Resultado que contribuirá al proceso de adaptación y afrontamiento del individuo y su familia a la enfermedad.

En la tabla 2 se muestran las dimensiones básicas de CV estudiadas las que se clasificaron en las escalas de *nada*, *poco*, *medio* y *bastante*; evidenciando prevaencia en orden decreciente aquellas que causan adaptación a las limitaciones, seguido de cambios que la enfermedad ha provocado en su persona, luego se encuentra las limitaciones en su actividad física, las enfermedades que le produce limitaciones al realizar actividades, independencia en el cuidado persona, problemas económicos por su enfermedad, limitación en su trabajo, cambios de carácter o de comportamiento que afecta a su descanso, afecta a su familia y limitación en las relaciones con las demás personas.

Tabla 2. Dimensiones de calidad de vida afectadas en pacientes diabéticos e hipertensos

Dimensiones de calidad de vida afectadas	Escala								Total	
	Nada		Poco		Medio		Bastante			
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Cambios en su persona	56	19,37	89	30,79	68	23,52	76	26,29	289	100
Cambios de carácter o de comportamiento.	146	50,51	56	19,37	39	13,49	48	16,60	289	100
Limitación en su actividad física.	75	25,95	66	22,83	65	22,49	83	28,71	289	100
Adaptación a las limitaciones.	51	17,64	38	13,14	71	24,56	129	44,63	289	100
Independencia en el cuidado personal.	83	28,71	15	5,19	26	8,99	165	57,09	289	100
La enfermedad le produce limitaciones al realizar actividades.	82	28,37	72	24,91	70	24,22	65	22,49	289	100
Afecta su descanso.	146	50,51	84	29,06	41	14,18	18	6,22	289	100
Problemas económicos por su enfermedad.	108	37,37	81	28,02	45	15,57	55	19,03	289	100
Limitación de las relaciones con las demás personas.	217	75,08	40	13,84	14	4,84	18	6,22	289	100
Limitación en su trabajo.	107	37,02	81	28,02	50	17,30	51	17,64	289	100
Ha afectado a su familia.	194	67,12	45	15,57	32	11,07	18	6,22	289	100

Para establecer relación de las dimensiones de CV afectadas entre pacientes con DM e HTA, se tomó en cuenta los resultados de la base de datos del proyecto de CP en ENT. Las autoras del presente estudio luego de revisar la información antes mencionada, refieren que se evidencia similitud entre las dimensiones afectadas en esa población. Por otra parte, no se constatan diferencias entre los cuidados de enfermería basados en la Taxonomía NANDA1, NOC y NIC orientadas a la atención de la persona con diagnóstico de DM e HTA.

Chacón y col, ⁽⁵⁴⁾ manifiestan que el lenguaje estandarizado de enfermería (LEE) NANDA-NIC-NOC es un instrumento valioso que permite integrar la identificación de problemas, intervenciones y resultados en los cuidados. Las autoras indican que existe distancia entre la teoría del lenguaje y su aplicación en la clínica. Sin embargo, el empleo del LEE representa una oportunidad de desarrollo profesional.

Las autoras del estudio que se expone consideran oportuno contextualizar la taxonomía enfermero a la realidad de cada nivel asistencial. En ese sentido, para la implementación de esa metodología en los niveles de atención, resulta importante interpretar la misma desde la concepción del CP interdisciplinario al individuo, familia y comunidad.

La literatura especializada en cuidados intensivos, demuestra que la taxonomía es concebida por los profesionales de esa área como una oportunidad para el desarrollo científico, técnico y práctico.⁽⁵⁵⁻⁵⁷⁾ Sobre la base de estas ideas, las autoras de la investigación que se presenta, opinan que es pertinente fortalecer la implementación de la taxonomía enfermero en los diferentes niveles de atención; al mismo tiempo que sustenta la calidad del cuidado que brinda este profesional.

Un análisis crítico a esa sistematización permite observar que a pesar de la amplia diversidad de publicaciones realizadas en relación con el uso de la taxonomía NANDA-I, NOC y NIC,⁽⁵⁸⁾ en el contexto internacional. De hecho, aún no se constatan suficientes evidencias científicas que demuestren la adecuación de estas a la realidad local ecuatoriana. En este contexto de la región latinoamericana prevalecen condiciones socioculturales que limitan la instrumentación exitosa de esa metodología; debido, entre otras razones, a un predominio del modelo biologicista sobre el salubrista.

Tabla 3. Relación entre dimensiones de CV afectadas, CP de la Guía práctica clínica del MSP del Ecuador y Taxonomía

Dimensiones de calidad de vida afectadas	Cuidados Paliativos de la Guía práctica clínica MSP	Cuidados Paliativos desde la Taxonomía Enfermero		
		NANDA 1	NOC	NIC
Física	<p>Informar al paciente y su familia sobre la elección de las pautas del tratamiento, considerando sus preferencias. Para esto es imprescindible el consentimiento del paciente, o de la familia.</p> <p>Realizar valoración individualizada, identificando problemas de salud que afectan el bienestar del paciente; para brindar cuidados enfocados en la etiología y síntomas de la enfermedad con el fin de mejorar la CV.</p> <p>Hidratar al paciente por vía oral mediante el aporte de líquidos. Incentivar a consumir mínimo 2 litros de agua al día y explicar al paciente y familiares la importancia de incrementar la ingesta de líquidos y mejorar el control metabólico.</p> <p>Si se opta por la hidratación parenteral, puede considerarse en primer lugar la vía subcutánea, siempre que se cuente con los medios necesarios y personal preparado.</p> <p>Coordinar con la ayuda del nutricionista una dieta saludable, incrementando la ingesta de fibra y líquidos. Además, realizar actividad física regular, que ayuden a mejorar la función del sistema digestivo.</p>	<p>Disposición para mejorar la gestión de la salud (00162) Definición: patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que puede ser reforzado. M/P: Expresa deseos de mejorar el manejo de su enfermedad.</p>	<p>Autocontrol: enfermedad crónica (3102) Sigue las precauciones recomendadas</p> <p>Controla los cambios de la enfermedad.</p>	<p>Enseñanza: Proceso de enfermedad (5602)</p> <p>Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicación esto controlar el proceso de la enfermedad.</p> <p>Reforzar la información suministrada por los otros miembros del equipo de cuidados</p>
		<p>Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad (00076) Definición: Patrón de actividades de la comunicación para la adaptación y solución de problemas que resulta adecuado para satisfacer las demandas o necesidades de la comunidad en el manejo de problemas o agentes estresantes actuales o futuros y que puede ser mejorado. M/P: Expresa deseos de mejorar la planificación activa de la comunidad para afrontar agentes estresantes.</p>	<p>Control del riesgo social: enfermedad crónica (2801)</p> <p>Participación de la población diana en los programas de educación pública sobre reducción del riesgo de enfermedades crónicas.</p> <p>Disponibilidad de programas sobre el autocontrol de enfermedades crónicas.</p>	<p>Educación para la salud (5510)</p> <p>Destacar la importancia de forma saludable de comer, dormir, hacer ejercicio, etc., a las personas, familias y grupos que servirán de modelo de estos valores y conductas para otros.</p> <p>Planificar un seguimiento a largo plazo para reforzar la adaptación de estilos de vida y conductas saludables.</p> <p>Fomentar la salud de la comunidad</p>

	<p>Para prevenir las úlceras por presión se debe implementar estrategias que eviten daños en la piel. Por ende, es importante valorar los puntos de presión en omóplatos, talones, codos, sacro, trocánteres y proporcionar masaje circular si la piel está intacta y no presenta cambios de color.</p> <p>Evitar zonas de presión mediante cambios posturales, utilización de dispositivos y colocación de un colchón estándar para reducir la incidencia.</p> <p>Mantener la piel limpia, seca e hidratada, evitar las arrugas en la ropa del paciente o de la cama y no elevar la cabecera más de 30 grados.</p> <p>Si el paciente presenta incontinencia utilizar cremas o pomadas con zinc para evitar que la piel se macere y cambiar el pañal frecuentemente.</p> <p>Evitar rozamientos de las superficies cutáneas entre sí, con otros objetos y superficies. Para movilizar al paciente, levantarlo con la ayuda de una media sábana y no arrastrarlo.</p> <p>Si a pesar de realizar estas medidas aparecen las úlceras; es primordial controlar el dolor, exudado y olor. A través del cambio de apósitos, curación de las heridas causando el menor daño posible y empleando apósitos estériles para no contaminar la herida.</p>			<p>Participar en el dialogo para definir los intereses sanitarios de la comunidad y desarrollar planes de acción.</p> <p>Desarrollar mecanismos para la implicación de los miembros en actividades locales, autonómicas y nacionales relacionadas con los intereses sanitarios de la comunidad.</p> <p>Participar en el desarrollo de programas (p.ej., enseñanza, elaboración de políticas, grupos de presión), según estén asociados con la recogida y la notificación de datos de la comunidad.</p>
--	--	--	--	--

	<p>Incentivar al paciente a su autocuidado, con el propósito de disminuir el riesgo de complicaciones y de infecciones graves que incluso pueden ser mortales.</p> <p>Evaluar la efectividad de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos disponibles.</p>			
Social	<p>Valorar la realidad del paciente, priorizando las necesidades y plantear objetivos de intervención, identificando factores de riesgo.</p> <p>Educar sobre el proceso de la enfermedad Para esto es necesario una comunicación abierta para facilitar la expresión de sentimientos y promover la adaptación. De esta manera, el individuo mejora su autoimagen.</p> <p>Establecer el vínculo entre los familiares y pacientes con enfermedades crónicas, ya que requieren cuidados y apoyo familiar para un mejor control de sus patologías, caso contrario, las familias disfuncionales estarán más expuestas a ocasionar descompensación del paciente.</p> <p>Evaluar el bienestar psicosocial del paciente y la familia.</p>	<p>Disposición para mejorar la comunicación (00157)</p> <p>Definición: Patrón de intercambio de información e ideas con otros que es suficiente para satisfacer las necesidades y objetivos vitales de la persona y que puede ser reforzado.</p> <p>M/P: expresa deseos de mejorar la comunicación.</p>	<p>Satisfacción del paciente/usuario: comunicación (3002)</p> <p>El personal escucha al paciente/usuario.</p> <p>Las preguntas se responden con una duración de tiempo razonable.</p>	<p>Elaboración de Relaciones Complejas (5000)</p> <p>Identificar la propia actitud con respecto al paciente y la situación. Tratar las responsabilidades del paciente en la relación <de tú a tú> entre profesional de Enfermería y paciente.</p>
		<p>Disposición para mejorar el auto concepto (00167)</p> <p>Definición: Patrón de percepciones o ideas sobre uno mismo que es suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado.</p> <p>M/P: expresa deseos de mejorar el desempeño de rol</p>	<p>Satisfacción del paciente/usuario: comunicación (3002)</p> <p>El personal escucha al paciente/usuario.</p> <p>Las preguntas se responden con una duración de tiempo razonable.</p>	<p>Potenciación de la socialización (5100)</p> <p>Fomentar la implicación en las relaciones ya establecidas. Animar al paciente a cambiar de ambiente, como salir a caminar o al cine.</p> <p>Asesoramiento (5240)</p> <p>Demostrar empatía, calidez y sinceridad. Identificar cualquier diferencia entre el punto de vista del paciente y el del equipo de salud.</p>

				Disponer la intimidad y asegurar la confidencialidad. Disponer la intimidad y asegurar la confidencialidad.
		Disposición para mejorar el auto concepto. Definición: Patrón de percepciones ideas sobre uno mismo que es suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado. M/P: aceptación de las fortalezas y las limitaciones.	Conductas personales. Identifica recursos necesarios para apoyar cada alternativa. Toma de decisiones (0906) Reconoce el contexto social de la situación.	Clarificación de valores (5480) Tener en cuenta los aspectos éticos y legales de la libre elección, dada la situación particular, antes de comenzar la Intervención. Crear una atmosfera de aceptación, sin prejuicios. Ayudar al paciente a priorizar los valores.
		Conflicto de decisiones (00083) Definición: Incertidumbre sobre el curso de la acción a tomar cuando la elección entre acciones diversas implica riesgo, pérdida o supone un reto en sus valores y creencias personales. R/C: inexperiencia en la toma de decisiones.	Toma de decisiones (0906) Capacidad para realizar juicios y escoger entre dos o más alternativas. Identifica alternativas (90602) Identifica las consecuencias posibles de cada alternativa (90603)	Apoyo en la Toma de decisiones (5250) Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y los profesionales sanitarios sobre la afección del paciente. Facilitar la toma de decisiones en colaboración. Respetar el derecho del paciente a recibir o no información.

<p>Emocional</p>	<p>Planificar periodos de tiempo de comunicación entre familiares y paciente, reforzando los lazos afectivos y en el caso de los adultos mayores, buscar actividades externas que los motiven, como talleres de arte, manualidades y diversos oficios.</p> <p>Establecer rutinas positivas asociadas al sueño como planificar las horas de descanso, dormir ocho horas completas, sin interrupciones, mantener la luz apagada, entre otras.</p> <p>Implementar técnicas de relajación que ayuden a una persona a reducir su tensión física y mental, permitiendo que el individuo alcance un mayor nivel de bienestar, reduciendo el estrés y ansiedad.</p> <p>Implicar a la familia en el abordaje del delirium y cuidados del paciente, educación y asesoramiento familiar sobre las técnicas necesarias para la prevención de complicaciones.</p> <p>Aconsejar pautas de actuación ante la aparición del delirium e instruir sobre la identificación de signos prodrómicos de alerta: gritos, inquietud, tocarse constantemente sondas, vías, hipoactividad, dificultad para dormir o alteración vigilia-sueño, agresividad verbal y física, irritabilidad, labilidad emocional, alucinaciones y no reconocimiento del lugar donde se encuentra ni del familiar.</p>	<p>Síndrome de fragilidad del anciano (00257)</p> <p>Definición: estado dinámico de equilibrio inestable que afecta a los individuos más ancianos que experimentan deterioro en uno o más dominios de la salud (física, funcional, psicológica o social) que conlleva un aumento en la susceptibilidad a efectos adversos en la salud, en particular a la discapacidad.</p> <p>M/P: deterioro de la movilidad física. R/C: Enfermedad crónica</p>	<p>Estado de salud personal (2006)</p> <p>Equilibrio del estado de ánimo. Capacidad para el afrontamiento.</p> <p>Adaptación a condiciones crónicas</p> <p>Relaciones sociales</p>	<p>Mejorar el afrontamiento (5230)</p> <p>Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.</p> <p>Fomentar las actividades sociales y comunitarias.</p> <p>Ayuda con el autocuidado (1800)</p> <p>Establecer una rutina de actividades de autocuidado que fomente el respeto, aceptación y cumplimiento de reglas.</p> <p>Proporcionar un ambiente terapéutico garantizando una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada.</p>
------------------	---	---	--	---

<p>Espiritual</p>	<p>Valorar las necesidades fisiológicas, de seguridad, pertinencia, consideración, estima, silencio, soledad, reconciliación y de ser acompañado hasta la muerte.</p> <p>Brindar acciones religiosas porque la fe se asocia con actitudes positivas en relación al diagnóstico y a la CV. Teniendo en cuenta sus creencias y necesidades espirituales.</p> <p>Considerar las diferencias culturales respecto a la espiritualidad, sin que ello justifique la falta de atención a estos aspectos en personas que pertenecen a diferentes grupos culturales.</p> <p>Facilitar la comprensión del proceso de duelo, dar información, mantener comunicación con los familiares, brindarles soporte emocional, fomentar la realidad de la pérdida y planificación para el futuro.</p>	<p>Riesgo de sufrimiento espiritual (00067)</p> <p>Definición: Vulnerable a un deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión de la persona con el yo, otras personas, el arte, la música, la literatura, la naturaleza y/o un poder superior a uno mismo que puede comprometer la salud.</p> <p>M/P: enfermedad crónica, ansiedad, autoestima baja, relaciones ineficaces.</p>	<p>Aceptación: estado de salud (1300)</p> <p>Reconoce la realidad de la situación de la salud. Realiza las tareas de autocuidados. Mantiene las relaciones.</p> <p>Se adapta al cambio en el estado de salud.</p>	<p>Mejorar el afrontamiento (5230)</p> <p>Proporcionar un ambiente de aceptación</p> <p>Fomentar las actividades sociales y comunitarias</p> <p>Manejo ambiental: confort (6482)</p> <p>Crear un ambiente de tranquilo y apoyo.</p> <p>Ofrecer recursos educativos relevantes y útiles respecto al manejo de enfermedades y lesiones a los pacientes y sus familias, según corresponda.</p>
-------------------	--	--	---	---

Lopez,⁽⁵⁸⁾ en su investigación publicada en el año 2016 manifiesta que Ecuador existen pocas investigaciones sobre la aplicación del Proceso Enfermero por las enfermeras en los hospitales, por lo que es de gran interés indagar sobre el conocimiento que tiene el personal de enfermería acerca de este método y determinar qué relación tiene el conocimiento y factores predisponentes en la aplicación del mismo.

Al respecto, López⁽⁵⁸⁾ 2016 y Vele en el año 2015,⁽⁵⁹⁾ coinciden que los factores para la poca utilidad de la taxonomía enfermero en el desempeño cotidiano se deriva de una serie de factores como volumen de pacientes, estrés, carga horaria y ambiente laboral, déficit de recursos humanos, económicos; poca cooperación de paciente y familiares, inexistencia de una política institucional sobre cuidado de enfermería, falta de sistemas de registro adecuados, desconocimiento por el personal de enfermería en la aplicación de las metodologías NIC y NOC, aplicando tan solo la metodología NANDA Realidad que se constata en los servicios de salud del Ecuador.

Segura y Barrera,⁽⁶⁰⁾ manifiestan que las ENT constituyen un problema de salud mundial y han modificado el perfil epidemiológico de América Latina. Ejemplo en Colombia, la DM e HTA ocupan el segundo y tercer lugar, entre las cinco primeras causas de mortalidad. Resultado que genera impacto negativo en la CV a nivel individual y familiar. El profesional de enfermería realiza el seguimiento de individuos con HTA, mediante proceso de atención como herramienta que permite establecer objetivos e intervenciones, con el objetivo de recuperar la salud, estabilizar la enfermedad y mejorar la CV de la persona.

A partir de lo antes expuesto las autoras, indican que se debe implementar acciones que modifiquen el estilo de vida. En este sentido se espera que el profesional de enfermería, intervenga de manera oportuna, a partir de la experiencia que viven las personas en situación de cronicidad. Con el propósito de brindar apoyo biopsicosocial al individuo y familia; así como prevenir el deterioro de la CV.

Cabrera R,⁽⁶¹⁾ manifiesta que el proceso de atención de enfermería es fundamental, debido a que permite realizar acciones orientadas a satisfacer las necesidades de cada paciente, en este caso a los hipertensos. Entre las intervenciones se encuentra la educación, motivación, comunicación, cuidados específicos, promoción y prevención en el paciente, familia y comunidad. Las mismas garantizan el cumplimiento del tratamiento, mejoría en la CV y el autocuidado. Además,

sensibilizar a la persona y su entorno en la prevención de complicaciones y del índice de mortimorbilidad por esta causa.

La hipertensión es un problema de salud de alta complejidad debido a la repercusión y secuelas que ocasiona en la población. Se ha demostrado que en Ecuador afecta uno de cada tres personas y en una de estas con estilo de vida poco saludable. Por esta razón es necesario aplicar estrategias que contribuyan a mejorar la problemática, donde el rol del profesional de enfermería es primordial en el control, tratamiento, y prevención de complicaciones mediante acciones educativas al paciente y familia encaminados a mejorar o mantener su CV.

Compean y col,⁽⁶²⁾ plantean una aproximación de la valoración en base a comportamientos de autocuidado en personas que padecen diabetes. Además, fomentan la aplicación del proceso enfermero y el uso de la interrelación NANDA-NIC y NOC en el cuidado del adulto con DM2. Manifiestan que la educación en esta enfermedad debe proveer al paciente conocimientos y habilidades que le ayuden a identificar barreras, facilitar la toma de decisiones en la solución de problemas y alcanzar cambios favorables en los comportamientos de autocuidado. El profesional de enfermería a través del proceso enfermero organice e implemente los cuidados que le proporcionan a quien padece la enfermedad.

Mientras Lozano,⁽⁶³⁾ indica que el proceso de atención de enfermería mediante la taxonomía NANDA I, NOC, NIC se muestra pertinente en la Atención Primaria; donde la relación enfermero-paciente es por lo general más estrecha, frecuente y duradera. Esto facilita la continuidad de los cuidados con enfoque paliativo, aspecto interesante para la ejecución de Planes de cuidados y el manejo de problemas de salud comunitarios a largo plazo, como la prevención y el control de enfermedades crónicas, entre ellas la HTA y DM.

En el 2016 Cortes M,⁽⁶⁴⁾ manifestó que en principio las unidades de CP atendían a pacientes oncológicos con pronóstico de vida limitado. Sin embargo, en la actualidad estos cuidados son más amplios y se incluyen otras enfermedades crónicas en fase final, donde se asocia la DM. Debido a que esta patología en fase avanzada puede desencadenar complicaciones micro y macroangiopáticas evolucionadas, hipoglucemias graves, enfermedad coronaria o cerebrovascular, entre otras, reduciendo la esperanza de vida. Por lo que se considera como una enfermedad que requiere de CP.

La atención a individuos que padecen la mencionada entidad contribuyen al mejoramiento de la CV y a la adaptación emocional ante las situaciones que va a vivir junto con su familia, hasta el final de sus días. Las autoras del actual proyecto, establecieron la relación entre las dimensiones de CV afectadas en el adulto diabético e hipertenso, los CP de la Guía Práctica Clínica del MSP⁽¹⁵⁾ del Ecuador y la taxonomía NANDA-I, NOC y NIC, enfocados en mejorar la salud, el afrontamiento, la comunicación, el autoconcepto; así como la ayuda en la toma de decisiones y prevención de complicaciones.

La Guía Práctica Clínica del MSP⁽¹⁵⁾ plantea como objetivo generalizar los procedimientos de atención sanitaria en las personas con enfermedades crónicas, avanzadas, con pronóstico de vida restringido en fase terminal de la vida. Las intervenciones descritas en la misma se enfocan en pacientes oncológicos, en fase terminal y no responde a lo concebido en el propósito de la misma. Por ende, las autoras del presente estudio después de realizar una revisión minuciosa de la guía, consideran que las intervenciones deben estar dirigidas al paciente desde el diagnóstico de la enfermedad. Acción que se alcanza mediante el cuidado continuo y prevención de complicaciones; así como, la educación del enfermero sobre su autocuidado y de la familia. Además, se observa predominio de estas enfermedades en la población adulto mayor que demandan de CP con enfoque enfermero.

CONCLUSIONES

- ✓ Las variables sociodemográficas permitieron identificar, que estas enfermedades tienen más predominio en el adulto mayor, de sexo femenino, por lo cual estos pacientes tienden a tener complicaciones, por falta de educación de estas patologías desde el diagnóstico.
- ✓ Las dimensiones de calidad de vida afectadas en estos individuos, permitieron tener una visión amplia, para adecuar los cuidados paliativos de la guía práctica clínica con la taxonomía enfermero y alcanzar el desarrollo continuo de las acciones, aplicadas en base a la taxonomía enfermero.
- ✓ Se evidencia similitud en las dimensiones de calidad de vida afectadas en pacientes de diabéticos e hipertensos, las cuales se asociaron con las acciones de cuidados paliativos descritas en la Guía práctica clínica del MSP del Ecuador y la taxonomía enfermero. Se estableció el vínculo entre las entidades mencionadas obteniendo acciones paliativas, enfocándose al cuidado desde el diagnóstico de la enfermedad y centrados en las respuestas humanas y así, mejorar la calidad de vida individual, familiar y del entorno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. Sitio web mundial [Internet]. 2016 [consulta el 27 de mayo de 2019];76(2):1. Disponible en: https://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/es/
2. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. Sitio web mundial [Internet]. 1 de junio .2018[consulta el 28 de mayo de 2019]:1. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
3. Ezzati M. Tendencias mundiales en la presión arterial desde 1975 hasta 201: un análisis conjunto de 1479 estudios de medición basados en la población con 19.1 millón de participantes. *www.thelancet.* [Online].; 2016 [cited 2019 junio 05. Available from: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(16\)31919-5.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)31919-5.pdf).
4. Whashington, D., Organización Panamericana de Salud. Las enfermedades no transmisibles amenazan el crecimiento económico de América Latina y el Caribe, advierte la OPS *www.paho.org.* [Online].; 2016 [cited 2019 junio 06. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12557:noncommunicable-diseases-threaten-economic-growth-latin-america-caribbean&Itemid=42100&lang=es.
5. Organización Mundial de la Salud. Diabetes.*www.who.int.* [Online].; 2016 [cited 2019 junio 06. Available from: <https://www.who.int/diabetes/global-report/es/>
6. Instituto Nacional de Estadística y Censo. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2011-2013 (ENSANUT ECU) [Internet]. Ecuador: Quito 2013. [Consultado el 12 de julio del 2019]. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf
7. Instituto de Estadísticas y Censo. Registro Estadístico de Nacidos vivos y Defunciones 2016 [Internet]. Ecuador: UAB; 2016 [consultado el 12 de julio del 2019]. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2016/Presentacion_Nacimientos_y_Defunciones_2016.pdf
8. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud (DNEAIS). Defunciones 2016 [Internet]. Ecuador: UAB; 2016 [Consulta el 12 de julio del 2019]. Disponible en: <https://public.tableau.com/profile/darwin5248#!/vizhome/defunciones2016/Historial?publish=yes>
9. Organización Mundial de Salud. Cuidados paliativos.*www.who.int.* [Online].; 2018 [cited 2019 junio 06. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.

10. Davalos V. LC. *Perspectivas Del Desarrollo Regional Sustentable En Ecuador*. primera ed. R. C, editor. Quito: Ediloja; 2017
11. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Manual del Modelo De Atención Integral de Salud*, Ecuador. Tercera edición. Quito; 2018, pp. 48
12. Consejo Directivo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). *Reglamento para atención de salud integral y en red de los asegurados* [Internet]. Quito:UAB; 2010 [Consultado el 30 de mayo del 2019]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Reglamento-para-Atenci%C3%B3n-de-Salud-Integral-y-en-Red-de-los-Asegurados.pdf>
13. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Sociedad Ecuatoriana de Bioética* [Internet]. Quito: UAB; 2011 [consultado el 30 de mayo del 2019]. Disponible en: https://www.bioetica.org.ec/acuerdo_cuidados_paliativos.htm
14. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Cuidados paliativos. Guía de Práctica Clínica*. Dirección Nacional de Normatización. Quito. 2014, 312 pp. Disponible en: <http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/guias%202014/GPC%20Cuidados%20paliativos%20completa.pdf>
15. Robles A, Rubio B. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *Rev. El residente* [Internet]. 2016 [consulta el 26 de julio de 2019];11(3):2. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2016/rr163d.pdf>
16. NANDA Internacional. *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015- 2017*. Elsevier 2015 [citado 2018 Nov 05].
17. Silva, NC; Oliveira, AR; Carvalho, E. Conocimiento producido sobre los resultados de la "Nursing Outcomes Classification - NOC": revisión integrativa. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2015 Dec [consultado el 6 de Julio del 2019]; 36(4): 104-111. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472015000400104&script=sci_abstract&lng=es
18. Bulechek, GM et al. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Elsevier Health Sciences, 27 dic. 2013
19. Organización Panamericana de la salud. *Nuevo compromiso mundial con la atención primaria de la salud en la Conferencia de Astaná Salud*. Campus virtual de salud pública 25 octubre.2018 [consulta el 2 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.campusvirtualesp.org/es/nuevo-compromiso-mundial-con-la-atencion-primaria-de-la-salud-en-la-conferencia-de-astana>
20. Guerrero N, Yépez M. Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. *Rev Universidad y Salud* [Internet] 26 mayo.2015 [consulta el 4 de junio de 2019]2. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v17n1/v17n1a11.pdf>

21. Repetto J. Envejecimiento poblacional. Rev Asesoramiento Estratégico [Internet]. 2017 [consulta el 4 de junio de 2019];1. Disponible en: <https://actuarial.com.ec/el-envejecimiento-de-la-poblacion/>
22. Mendoza L. Caracterización de adultos mayores hipertensos en un área de salud. Rev Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2018 [consulta el 6 de junio de 2019];34(1):2. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v34n1/mgi01118.pdf>
23. López J, Diéguez M. Caracterización clínico epidemiológica de la hipertensión arterial en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev. Española del Corazón [Internet]. 2017 [consulta el 6 de junio de 2019];33(1):5. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v33n1/mgi02117.pdf>
24. Organización Mundial de la salud. Preguntas y respuestas sobre la hipertensión. Sitio web mundial [Internet]. septiembre 2015 [consulta el 22 de junio de 2019]1. Disponible en: <https://www.who.int/features/qa/82/es/>
25. Williams B. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev. Esp Cardiol [Internet]. 2019 [consulta el 24 de junio de 2019];72(2):7. Disponible en: https://www.heart.org/-/media/data-import/downloadables/whatishighbloodpressure_span-ucm_3qwas16246.pdf
26. Wagner P. Fisiopatología de la hipertensión arterial: nuevos conceptos. Rev. Scielo Perú. ginecol. Obstet. [Internet]. junio del 2018 [consulta el 23 de junio de 2019];64(2):1. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000200004
27. González P. Plan de Cuidados de Enfermería a una paciente con Hipertensión Arterial. Rev. médica electrónica portales médicos. [Internet]. 5 febrero, 2017 [consulta el 2 de julio de 2019]:2. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-cuidados-enfermeria-hipertension-arterial/>
28. Ramos M. Hipertensión arterial: novedades novedades de las guías 2018. Rev. Urug Cardiol [Internet]. marzo 2019 [consulta el 22 de junio de 2019];34(1):53. Disponible en: [causas de la hipertension arterial pdf.](#)
29. Muñoz Retana C. Complicaciones de la hipertensión arterial. Su sitio de salud en la web. [Internet]. 14 de agosto del 2018 [consulta el 22 de junio de 2019]1. Disponible en: https://www.geosalud.com/hipertension/hta_complicaciones.htm?fbclid=iwar2e5pjc5r9klwa_kgjp9ky9dngjcy_-twigosw8yeot50y90areuu_cj4
30. Avila C, Iglesias I. La Hipertensión Arterial: Importancia de su Prevención. Facultad de Farmacia Universidad Complutense. [Internet]. junio 2015 [consulta el 22 de junio de 2019]1. Disponible en: <http://147.96.70.122/web/tfg/tfg/memoria/maria%20del%20carmen%20avila%20lillo.pdf>
31. Federación Internacional de Diabetes (IDF). Atlas de la Diabetes [Internet]. IDF, 2015 [consulta el 05 de julio del 2019]. Disponible en: file:///Z:/descargas/IDF_Atlas_2015_SP_WEB.pdf

32. Baynest H. Classification, Pathophysiology, Diagnosis and Management of Diabetes Mellitus. *Journal of Diabetes and Metabolism* [Internet]. 2015 [consulta el 26 de junio de 2019]; 6(5):1. Disponible en: https://pdfs.semanticscholar.org/613c/ceb170b8262e25ca3f047065dfd5a2aba859.pdf?_ga=2.19299952.919425877.1561648200-854111564.1561648200
33. American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes. Mellitus. [Internet]. 2014 [consulta el 27 de junio de 2019]; 37 (1): 81. Disponible en: https://care.diabetesjournals.org/content/diacare/37/Supplement_1/S81.full.pdf
34. Griffin P. Rodgers. Síntomas y Causas de la Diabetes [Internet] 2008 [consultado el 28 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/informacion-general/sintomas-causas>.
35. Organización Mundial de la Salud (OMS). Diabetes [Internet] UAB, 2016 [consultado el 28 de junio de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/
36. Mas A. Tipos de Diabetes, Definición y Clasificación [Internet], 2017 [consultado el 28 de junio del 2019]. Disponible en: <https://masendocrino.com/tipos-de-diabetes-y-clasificacion/>
37. Barcias AJ. Fisiopatología de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). *Revista Médica* [Internet]. 2015 [cited 2018 Feb 17]; Available from: https://www.endocrino.org.co/wp-content/uploads/2015/10/Fisiopatologia_de_la_Diabetes_Mellitus_Tipo_2_J_Castillo.pdf
38. American Diabetes Association,. Guías ADA 2018 Resumen de Clasificación y Diagnóstico de La Diabetes.; Guías ADA [Internet] 2018 [consultado el 28 de junio de 2019]. Disponible en: <https://sinapsismex.files.wordpress.com/2018/01/resumen-guc3adas-ada-20182-0.pdf>
39. Chawla R. Complicaciones de la Diabetes.[Internet]. Mexico: Jhartze publishing; 2012 [consulta el 28 de junio de 2019]. Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=1kLVDgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=diabetes+complicaciones&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKEwjIuOWigYzjAhW5Ap0JHUjKD4kQ6AEIKDAA#v=onepage&q=diabetes%20complicaciones&f=false>
40. Rastrollo D. Sanchez L. Garrido A. Diabetes y complicaciones [Internet].www.lulu.com; 2012 [consulta el 28 de junio de 2019]. Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=zYfxAAQBAJ&pg=PT7&dq=diabetes+complicaciones&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKEwjIuOWigYzjAhW5Ap0JHUjKD4kQ6wEIMzAC#v=onepage&q=diabetes%20complicaciones&f=false>
41. Organización Panamericana de la Salud. Atención Integral de las personas con diabetes mellitus. Guías [Internet]. 2014 [consultado el 28 de junio de 2019]Disponible en: http://www.paho.org/pan/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publi

cations&alias=119-guia-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-diabetes-mellitus&Itemid=224

42. Saunders C. Filosofía de los cuidados paliativos. Rev. Scielo [Internet]. 2000 [consulta el 9 de junio de 2019];6(1):1. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000100003
43. Pastrana T. El país presenta índices medios en cuidados paliativos al paciente [Internet]. Quito: UAB; 2018[consultado el 06 de julio del 2019]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/el-pais-presenta-indices-medios-en-cuidados-paliativos-al-paciente--92997>
44. Valencia C. Calidad de vida: los siete dimensiones del bienestar humano. Sitio web [Internet]. 2018 [consulta el 26 de julio de 2019];1. Disponible en:<https://www.laautoestima.com/calidad-de-vida-7-dimensiones-del-bienestar-humano/>
45. Federación ecuatoriana de Cuidados Palitivos (FECU PAL). FECUPAL 20 años de solidaridad [Internet]. Quito: UAB; 2017 [Consultado el 06 de julio del 2019]. Disponible en: <http://fecupal.com/wordpress2013/>
46. Cervantes M. Ecuador tiene solo cuatro master en cuidados paliativos [Internet]. Quito: UAB; 2018 [Consultado el 06 de julio del 2019]. Disponible en: https://lahora.com.ec/noticia/1102191994/ecuador-tiene-solo-cuatro-master-en-cuidados-paliativos?fbclid=IwAR0NdBfY4v3aJiWv_emowABKuubR2gADzD1fTPProTTjKnbyqTtWTU_bEg
47. Valles Martínez M, Fernández N. Planes de cuidados estandarizados de Enfermería dirigidos a paciente y familia en procesos avanzados y terminales. Rev Sociedad Española de Cuidados Paliativos [Internet]. 2014 [consulta el 9 de junio de 2019];2:3. Disponible en: <http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5CGuiaPlanesdeCuidadosdeEnfemeria.pdf>
48. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015- 2017. Elsevier 2015 [consultado el 06 de julio del 2019].disponible en: https://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/lenguajes_normalizad.pdf
49. Silva, NC; Oliveira, AR; Carvalho, E. Conocimiento producido sobre los resultados de la "Nursing Outcomes Classification - NOC": revisión integrativa. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2015 Dec [consultado el 06 de Julio de 2019]; 36(4): 104-111. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472015000400104&script=sci_abstract&tlng=es
50. Bulechek, GM et all. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Elsevier Health Sciences, 27 dic. 2013
51. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía de cuidados paliativos para el ciudadano. Quito; UAB: 2014 [consultado el 06 de julio del 2019]. Disponible en:

<https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/GUIA%20CUIDADOS%20PALIATIVOS%20PARA%20CIUDADANO.pdf>

52. Artiles, L. 2009. Metodología de la Investigación para las Ciencias de la Salud. La Habana, Pp 235. Editorial Ciencias Médicas.
53. Hernández Sampieri, R. 2014. Metodología de la Investigación. 5a. Edición. México DF. Interamericana Editores, SA. DE C.V.
54. Cachón J., Álvarez C y Palacios D. El significado del lenguaje estandarizado NANDA-NIC-NOC en las enfermeras de cuidados intensivos madrileñas: abordaje fenomenológico. *EnfermIntensiva*.2012;23(2):68-76. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-S1130239911000897>
55. Cuzco C, Guasch P. Aplicación y evaluación del plan de cuidados en pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos. *Rev Science Direct [Internet]*. 2015 [consulta el 15 de julio del 2019]; 26(4):1. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239915000863>
56. Rojas J, Durango P. Aplicación del proceso de atención de enfermería en cuidados intensivos. *Rev Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal [Internet]*. 2010 [consulta el 14 de julio del 2019]; 28(3):323. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105215721003.pdf>
57. Klehr J, Hafner J, Leah M. Implementation of Standardized Nomenclature in the Electronic Medical Record. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications;UAB*: 2009 [Consultado el 09 de julio del 2019]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1744-618X.2009.01132.x>
58. Lopez, K. 2016. Aplicación del proceso enfermero en la atención a las usuarias sometidas a cesáreas en el trans y post-quirúrgico inmediato que ingresan a centro obstétrico en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba en el periodo Enero a Junio del 2016. Quito, Pp 43. Repositorios UCE. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/8663/1/T-UCE-0006-012-2016.pdf>
59. Vele S, Veletanga D. Aplicación del proceso de atención de enfermería de las enfermeras/os, que laboran en el Hospital Regional Vicente Corral Moscoso. Cuenca; UAB: 2015 [consultado el 15 de julio del 2019]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23234/1/Tesis%20Pregrado>.
60. Segura I, 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 Uninorte*. Barranquilla; UAB: 2016, 32 (2) [Consultado el 06 de julio del 2019]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v32n2/v32n2a06.pdf>

61. Cabrera R. Proceso de atención de enfermería en los pacientes con hipertensión arterial para la prevención de complicaciones. Unidad académica de ciencias químicas y de la salud [Internet]. 2017 [consulta el 16 de julio de 2019];76(2)19. Disponible en:file:///c:/users/user/downloads/cabrera%20perez%20rosa%20angelica.pdf
62. Compean L, Gonzales N, Perz B, Quintero L. Proceso Enfermero e Interrelaci!n de las Taxonom"as NNN en Adulto con Diabetes tipo. Desarrollo Cientif Enferm. Vol. 19 N° 8 UAB: 2011[consultado el 06 de julio del 2019]. Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-279.pdf>
63. Lozano J. Plan de cuidados individualizado en un paciente hipertenso en Atención Primaria. La palma; UAB: 2018 [Consulatdo el 06 de julio del 2019]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/9090/Plan%20de%20cuidados%20individualizado%20en%20un%20paciente%20hipertenso%20en%20atencion%20primaria.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
64. Cortes M. Atención a una persona con diabetes en fase paliativa. Diabetes Práctica;07(04) UAB: 2016 [Consultado el 06 de julio del 2019]. Disponible en: http://www.diabetespractica.com/files/1484041438.03_articulo_revision_dp_7-4.pdf