

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



TRABAJO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TÍTULO:

Propuesta de cuidados paliativos en la rehabilitación del paciente con
enfermedad hipertensiva. Cubijies- Quimiag, 2017

AUTORAS:

Janeth Hermelinda Cuvi Sagñay

Katherin alexandra Silva Sampedro

TUTORA: DRA. Mireya Pérez Rodríguez

RIOBAMBA-ECUADOR

2017

ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL

Los miembros del tribunal de graduación del proyecto de investigación de título: **“PROPUESTA DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD HIPERTENSIVA CUBIJES-QUIMIAG 2017”**, presentado por las Srtas.: **CUVI SAGÑAY JANETH HERMELINDA y SILVA SAMPEDRO KATHERIN ALEXANDRA** y dirigida por la: **DRA. MIREYA PÉREZ RODRÍGUEZ**. Una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación, en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite el presente, para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNACH.

.....
MsC. Marco Caiza

Presidente del Tribunal

.....
MsC. Luz Lalón

Miembro del Tribunal

.....
MsC. Yolanda Salazar

Miembro del Tribunal

ACEPTACIÓN DE LA TUTORA

Por la presente, hago constar que he leído el protocolo de proyecto de grado presentado por las Srtas.: Cuvi Sagñay Janeth Hermelinda, Silva Sampedro Katherin Alexandra, para optar al título de Licenciada en Enfermería y que acepto asesor a las estudiantes en calidad de tutora, durante la etapa de desarrollo de trabajo hasta su presentación y evaluación.

.....

Dra. Mireya Pérez Rodríguez PhD.

AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Nosotras, Janeth Hermelinda Cuvi Sagñay y Katherin Alexandra Silva Sampedro, declaramos que somos responsables del contenido, ideas y resultados planteados en el presente proyecto de investigación y el patrimonio intelectual del mismo que pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo.

.....

Janeth Hermelinda Cuvi Sagñay

.....

Katherin Alexandra Silva Sampedro

AGRADECIMIENTO

Gracias a la Universidad Nacional de Chimborazo, la Facultad de Ciencias de Salud por todos los conocimientos impartidos para nuestra formación. Gracias a Dios por darnos la fuerza y fortaleza de seguir y culminar nuestra etapa.

A nuestra tutora Dra. Mireya Pérez a quien expresamos nuestra gratitud por sus consejo, tiempo y dedicación brindada para el desarrollo de este proyecto.

Al personal de salud de los Subcentros de Cubijies y Quimiag por la información brindada y también a los pacientes de dichas unidades la cual permitió obtener resultados valiosos.

No ha sido sencillo el camino hasta ahora, pero gracias a sus aportes, a su amor, su inmensa bondad y apoyo, lo complicado de lograr esta meta se ha notado menos. Les agradecemos y hacemos presente nuestro gran afecto hacia ustedes, nuestra hermosa familia.

DEDICATORIA

Janeth Cuvi

Dedico este trabajo a mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

Katherin Silva

A mi hija y hermanas/o por todo el cariño que me han brindado.

A Dios ya que él ha sido mi ayuda, guía, sustento y fortaleza en todo momento y me ha brindado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita gracia bondad y

El presente proyecto está dedicado a Dios, ya que gracias a él he logrado concluir mi carrera.

A mis padres porque ellos siempre estuvieron a mi lado brindándome su apoyo y sus consejos para hacer de mí una mejor persona.

A mi hija y tíos por sus palabras y compañía.

A mi esposo por sus palabras de confianza, por su amor y brindarme el tiempo necesario para realizarme profesionalmente, a mis amigos, compañeros y a todos aquellas personas que de una u otra manera han contribuido para el logro de mis objetivos.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE CONTENIDOS

• ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL.....	ii
• ACEPTACIÓN DE LA TUTORA.....	iii
• AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	iv
• AGRADECIMIENTO	v
• DEDICATORIA.....	vi
• ÍNDICE GENERAL.....	vii
• ÍNDICE DE CUADROS.....	viii
• ÍNDICE DE TABLAS.....	ix
• ÍNDICE DE ANEXOS	ix
• RESUMEN.....	x
• ABSTRAC.....	xi
• INTRODUCCIÓN	1
• JUSTIFICACIÓN	3
• OBJETIVOS.....	4
GENERAL.....	4
ESPECÍFICOS.....	4
• MARCO TEÓRICO	5
• HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	5
✓ Definición.....	5
✓ Clasificación.....	5
• Cuadro 1: Clasificación de la presión arterial para adultos	5
✓ Síntomas.....	5
✓ Fisiopatología.....	6
• Mecanismos Reguladores de la Hipertensión	6

• Mecanismos de regulación de la presión arterial a corto plazo y a largo plazo.....	7
✓ Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial.....	8
• Factores no modificables	8
Factores modificables	9
Tratamiento farmacológico	10
Fitoterapia para la hipertensión.....	10
Tratamiento no farmacológico	11
• REHABILITACIÓN.....	12
✓ Definición.....	12
Principios de la rehabilitación del adulto mayor.....	12
• CUIDADOS PALIATIVOS.....	14
✓ Definición.....	14
✓ Calidad de vida.....	14
Principios del Plan Nacional de Cuidados paliativos.....	15
✓ Rol de la Enfermera al brindar cuidados paliativos	16
• METODOLOGÍA	16
• ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	18
• Tabla 5: Frecuencia de descanso y sueño.....	24
• Tabla 6: Frecuencia de la medicación	25
• Tabla 7: Frecuencia del control de salud	26
• CONCLUSIONES.....	29
• RECOMENDACIONES.....	30
• BIBLIOGRAFÍA.....	31

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Clasificación de la presión arterial para adultos	5
---	---

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Características sociodemográficas	18
Tabla 2: Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor	20
Tabla 3: Frecuencia de actividad física.....	21
Tabla 4: Frecuencia de alimentación	23
Tabla 5: Frecuencia de descanso y sueño.....	24
Tabla 6: Frecuencia de la medicación.....	25
Tabla 7: Frecuencia del control de salud	26
Tabla 8: Frecuencia de rehabilitación física.....	27

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	38
ANEXO 2: TEST DE AUTOCUIDADO	39
ANEXO 3: APLICACIÓN DEL TEST	43
ANEXO 4: PROPUESTA.....	45

RESUMEN

El presente estudio de investigación titulado Propuesta de cuidados paliativos en la rehabilitación del paciente con enfermedad hipertensiva Cubijies- Quimiag, se realiza con el objetivo de diseñar una propuesta de cuidados paliativos en la rehabilitación del paciente con enfermedad hipertensiva desde un enfoque paliativo de la atención, basada en la teoría del autocuidado descrito por Dorothea. La investigación es del tipo descriptivo-transversal, enfoque mixto; con una población de 83 pacientes adulto y adulto mayor, se utiliza la técnica de encuesta con la finalidad de evaluar la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor (CYPAC-AM), los resultados obtenidos demuestran dificultades de autocuidado (54.22%), no realizan actividades físicas útiles (54.84%), manifiestan hábitos alimentarios inadecuados a la enfermedad (63.46%), incumplimiento con los tratamientos medicamentosos indicados (77.42%), no existe control de la salud (80, 56%) y el 100% desconoce sobre cuidado paliativos como tratamiento de la hipertensión, en ambos Subcentros de salud se muestran resultados similares lo cual demuestra la necesidad de búsqueda de alternativas que conduzcan a propiciar los cuidados paliativos en estos pacientes, para lo cual se elabora un plan de acción en la que se integran la enfermera y la familia en función de elevar la calidad de vida.

Palabras clave: cuidados paliativos, rehabilitación, hipertensión arterial.

ABSTRAC

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, las enfermedades crónicas no transmisibles, representan un gran problema de salud pública, constituyéndose una de las principales causas de muerte y discapacidad tanto en países desarrollados como en desarrollo. Entre estas enfermedades, están las cardiovasculares, el cáncer, la diabetes mellitus, las enfermedades respiratorias crónicas, entre otras; las cuales están directamente relacionadas al estilo de vida, siendo el sedentarismo en conjunto con el tabaquismo y la dieta desequilibrada, los principales factores de riesgo responsables de su desarrollo, y de casi el 60% de las muertes en el mundo y del 46% de las enfermedades mundiales.¹

La hipertensión arterial, siendo una silenciosa causa de muerte de la población a nivel mundial, sugiere a la salud pública y especialistas considerar un enfoque de tratamiento multidisciplinario, en donde se priorice la prevención y promoción de estilos de vida saludables como la base de la recuperación de la salud. Más de uno de cada 5 adultos poseen cifras de tensión arterial elevadas que posteriormente presentan complicaciones como el accidente cerebro vascular o cardiopatías; en datos estadísticos aproximadamente mil millones de personas ya poseen un diagnóstico de hipertensión arterial (datos de la Organización Mundial de la Salud 2013) con una frecuencia de mortalidad anual de 9 millones de personas.²

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 25% de la población mundial sufre de esta enfermedad y se ha estimado que esta cifra aumentará en un 60% para el 2025, alcanzando el 40% de la población, la hipertensión es la causa de muerte anualmente de 9 millones de personas, la máxima prevalencia de hipertensión se registra en la Región de África, con un 46% de los adultos mayores de 25 años. Durante el año 2010 la hipertensión arterial en Europa fue del 45%; los factores de riesgo fueron: obesidad (34%), tabaquismo (25%), sedentarismo (12%), antecedente familiar de HTA (9%), edad mayor de 50 años en hombres (34%) y edad mayor de 65 años en mujeres (39%).³

En nuestro país, se ha impulsado el Buen Vivir de las personas como eje central de la salud, tratando de disminuir dichos factores de riesgo promoviendo y rescatando

las prácticas tradicionales desde el punto de vista natural; es decir, que a través de la cultura se identifique las formas adecuadas de llevar una vida sana para conseguir el bienestar individual y colectivo de todas las personas, sin ningún tipo de exclusión.

En Ecuador según el INEC, en el año 2011 las muertes por enfermedades hipertensivas ocupó el segundo lugar, con una tasa de 28,70%. Según la Encuesta Nacional de Salud, para el año 2012 la prevalencia de la hipertensión arterial para la población de 18 a 59 años fue del 9.3%. (ENSANUT, 2011-2013).⁴

En Chimborazo, los casos de hipertensión registrados fueron de 3.912 casos, el porcentaje de mujeres es de 1.033.02 casos y de: 553.78 casos por cada 100 mil habitantes (INEC, 2013).

En los Centros de Salud de Cubijes y Quimiag se encuentran registrados 83 casos de hipertensión de los cuales 64 son del género femenino y 19 son masculinos. (Cubijes- Quimiag 2017).

Los cuidados paliativos (CP) se presentan como un problema de salud pública, debido al sustancial aumento del número de ancianos y de la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles. Se evidencia la importancia de la reorganización de los servicios de la atención primaria de la salud (APS) para asegurar la oferta de estos cuidados.⁵

Estudios epidemiológicos han demostrado una fuerte relación entre la inactividad física y la presencia de factores de riesgo cardiovasculares, como hipertensión arterial, resistencia a la insulina, diabetes, dislipidemia y obesidad; así también, otros estudios clínicos y epidemiológicos, han sustentado que la práctica regular de actividad física, es un importante factor para la prevención y tratamiento de estas enfermedades, por lo que a continuación se muestra cual es el papel que cumple el ejercicio físico en diferentes enfermedades.⁶

JUSTIFICACIÓN

Todos los antecedentes como la mala alimentación, sedentarismo y mala calidad de vida, son determinantes para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial, sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus, entre otras. Cabe recalcar que la familia como grupo social, es la responsable de guiar y proteger a sus miembros, fomentando la idea de autorresponsabilidad en la salud, es necesario tener en cuenta el modo de vida de cada uno de sus miembros sus condiciones y estilos de vida, de tal manera que la familia influya fuertemente en la promoción, prevención y control de las enfermedades.

En los Subcentros de Salud de Cubijies y Quimiag pertenecientes al distrito Riobamba- Chambo en el primer semestre se reportaron 83 usuarios que padecen de hipertensión, del género femenino son 64 y masculino un total de 19, de lo que se ha podido identificar es que un gran número de pacientes no acuden a realizarse los controles, así como tampoco cumple con el tratamiento adecuado, se desconoce las causas del incumplimiento, además cada uno presentan enfermedades añadidas a la hipertensión, prevaleciendo entre ellas, gastritis, enfermedades musculoesqueléticas, hipotiroidismo, entre otras, lo cual afecta aún más a los usuarios.

Teniendo en cuenta que existe un alto porcentaje de población de adultos mayores y geriátricos hipertensos que representa un alto riesgo para su salud y vida en sentido general, las autoras del presente proyecto consideran que a pesar de existir múltiples tratamientos farmacológicos, a través de la fisioterapia, la actividad física terapéutica y profiláctica dirigidos a la rehabilitación de estos pacientes, se requiere prevenir la evolución de la enfermedad, la disminución de los factores de riesgo, de modo que mejore su estado de salud, para lo cual resultan necesario los cuidados paliativos para el paciente y su familia de modo que se les propicie la elevación de su calidad de vida, sin embargo, en la amplia revisión bibliográfica realizada no se encontraron referencias de los cuidados paliativos en la rehabilitación del paciente hipertenso.

OBJETIVOS

GENERAL

- ❖ Diseñar propuesta de cuidados paliativos en la rehabilitación del paciente con Enfermedad Hipertensiva Cubijies- Quimiag 2017.

ESPECÍFICOS

- ❖ Caracterizar desde el punto de vista sociodemográfico y clínico a los usuarios sujetos a estudio
- ❖ Identificar en la muestra las necesidades individuales para la realización del autocuidado.
- ❖ Elaborar propuestas de cuidados paliativos en la rehabilitación de pacientes con hipertensión arterial.

MARCO TEÓRICO

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

✓ Definición

Es una enfermedad sistémica de etiología multifactorial que consiste en la elevación crónica de las cifras de presión arterial por encima de los valores considerados como los normales. El valor óptimo de la presión arterial debe ser menor o igual a 120/80 mmHg. Se considera hipertensión arterial cuando las cifras de presión arterial sistólica son iguales o mayores de 140 mmHg y 90 mmHg de presión arterial diastólica y ante la presencia de comorbilidades como diabetes, enfermedad renal crónica estos valores están en límite de 130/80 mmHg.⁷

✓ Clasificación

Cuadro 1: Clasificación de la presión arterial para adultos

CLASIFICACIÓN DE LA HTA	TAS mm Hg	TAD mm Hg
NORMAL	< 120	< 80
PREHIPERTENSIÓN	121-139	81-89
HIPERTENSIÓN ESTADIO 1	140-159	90-99
HIPERTENSIÓN ESTADIO 2	≥160	≥ 100

Fuente: Manual de Enfermedades Crónicas no Transmisibles: Hipertensión Arterial (ECNT, 2011)⁸

✓ Síntomas

La hipertensión se la conoce como el “asesino silencioso”, ya que no produce manifestaciones. Esta enfermedad asintomática progresa hasta producir daño orgánico. La cefalea, aunque se considera muchas veces como un signo o síntoma de hipertensión, no ha sido evaluada como tal, pero puede guardar relación con la hipoxia nocturna causada por apnea del sueño.⁹

Otros problemas asociados, tales como epistaxis, sensación de inestabilidad y desvanecimientos, no siempre son indicativos de padecer hipertensión.

En caso de hipertensión arterial grave o de larga duración que no recibe tratamiento, los síntomas como cefaleas, fatiga, náuseas, vómito, disnea, desasosiego y visión

borrosa se producen por lesiones en el cerebro, los ojos, el corazón y los riñones. Algunas veces, las personas con hipertensión arterial grave desarrollan somnolencias e incluso por edema cerebral (acumulación anormal de líquido en el cerebro). Este cuadro llamado encefalopatía hipertensiva requiere un tratamiento urgente.¹⁰

✓ **Fisiopatología**

Mecanismos Reguladores de la Hipertensión:

1. Mecanismos cardiovasculares

La Presión Arterial (PA) es la fuerza ejercida por la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos, y debe ser adecuada para mantener la perfusión tisular durante la actividad y el reposo. La Presión Arterial depende primariamente del Gasto cardiaco (GC) y la Resistencia Vascolar Periférica (RVP). $PA = GC \times RVP$

La PA es el resultado de la relación existente entre la actividad del corazón como bomba, la capacidad del sistema vascular y el volumen de sangre. El radio de las arterias pequeñas y las arteriolas, así como la elasticidad de las paredes de la arteria, constituye el factor principal que determina la resistencia vascular. Un cambio en el radio de las arterias crea una modificación mayor de la RVP. Si la RVP aumenta y el GC permanece constante, aumentará la PA.¹¹

2. Mecanismos neuronales

Vasorreceptores: son terminaciones nerviosas sensibles a la distensión de la pared de los vasos sanguíneos, es decir, son receptores de presión. Se encuentran localizados en gran abundancia en las paredes de la arteria carótida interna y en la pared del seno aórtico. Cuando las paredes de estos vasos se distienden como respuesta a un mayor volumen sanguíneo, los vasorreceptores envían una señal al Sistema Nervioso Central para inhibir el centro vasoconstrictor del bulbo raquídeo y para estimular el centro vagal, esto produce vasodilatación periférica, disminución de la frecuencia cardiaca y como consecuencia disminución de la presión arterial. Cuando los vasorreceptores detectan disminución del volumen sanguíneo actúan de forma contraria aumentando la presión arterial.

Quimiorreceptores: son terminaciones nerviosas localizadas principalmente en las paredes de la arteria carótida y aorta, sensibles a la disminución de la concentración de oxígeno en la sangre, que estimulan el sistema nervioso simpático e inhiben la actividad del parasimpático causando un aumento reflejo de la presión arterial.

3. Mecanismos hormonales

Intervienen tanto para incrementar como para disminuir la presión arterial, actúan produciendo vasoconstricción, vasodilatación y/o alteración del volumen sanguíneo.

La adrenalina y noradrenalina (también llamadas epinefrina y norepinefrina) son secretadas por las glándulas suprarrenales, logran su efecto estimulando los receptores alfa y beta del sistema nervioso simpático a través de la musculatura vascular. La estimulación alfa produce vasoconstricción y la beta vasodilatación.

Renina: es secretada por las células yuxtaglomerulares del riñón como respuesta a la carencia del sodio o al bajo volumen sanguíneo. Actúa a nivel del pulmón convirtiendo la angiotensina en angiotensina II, que es un potente vasoconstrictor. Adicionalmente, estas hormonas estimulan la producción de aldosterona, lo que disminuye el fluido urinario y la pérdida de electrolitos en el cuerpo.

Hormona diurética: secretada por el hipotálamo como respuesta a la disminución de la Presión Arterial. Actúa en los túbulos renales para promover la retención de agua que a su vez aumenta el volumen plasmático aumentando así la Presión Arterial.¹²

Mecanismos de regulación de la presión arterial a corto plazo y a largo plazo. Regulación central a medio y largo plazo

Para regular la presión a largo plazo, el factor más importante que se controla es el volumen sanguíneo, que es uno de los determinantes de la tensión arterial. A medio plazo existen tres mecanismos que comienzan lentamente, en minutos, y se desarrollan completamente después de horas.

a) Desplazamiento de volumen líquido en los capilares. Los incrementos de presión arterial o venosa, o ambas, aumentan los procesos de filtración capilar, elevando el volumen de filtrado y disminuyendo el volumen vascular, lo que da lugar a una disminución de la presión arterial.

b) Relajación de los vasos por estrés. Los aumentos de presión arterial se contrarrestan parcialmente por la propiedad de los vasos de aumentar lentamente su distensibilidad.

c) Sistema renina-angiotensina. Una disminución en el flujo renal dispara el sistema renina-angiotensina, dando lugar a angiotensina II.

Los mecanismos de regulación a largo plazo se basan en procesos que afectan al volumen líquido vascular. Aumentos de volumen causan incrementos de presión, e incrementos de presión provocan disminuciones de volumen. Los cambios de volumen se realizan mediante excreción de sales y agua por el riñón.¹³

✓ **Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial**

Factores no modificables

- **Etnia:** estudios realizados han demostrado, niveles más altos de hipertensión arterial en la etnia negra.
- **Género:** los hombres tienen más predisposición a desarrollar hipertensión arterial que las mujeres hasta que estas llegan a la edad de la menopausia, a partir de la cual la frecuencia en ambos sexos es igualada. Esto es así porque la naturaleza ha dotado a la mujer mientras se encuentra en edad fértil con unas hormonas protectoras que son los estrógenos y por ello tiene menos riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.
- **Herencia:** se desconoce su mecanismo exacto, pero la experiencia acumulada demuestra que cuando una persona tiene un progenitor (o ambos) hipertenso/s, las posibilidades de desarrollar hipertensión son el doble que las de otras personas con ambos padres normotensos.
- **La edad:** es otro factor, no modificable, que va a influir sobre las cifras de presión arterial, tanto la presión arterial sistólica o máxima como la

diastólica o mínima aumentan con la edad la frecuencia de hipertensos entre la población mayor de 65 años es de casi el 60%.¹⁴

Factores modificables

- **Consumo de tabaco.-** el cigarrillo ejerce sus efectos sobre el corazón, aumentando las necesidades de oxígeno del mismo al producir una descarga de noradrenalina y que al mismo tiempo el monóxido de carbono que produce el tabaco al quemarse disminuye la capacidad sanguínea de transporte y distribución de oxígeno.
- **Consumo de alcohol.-** la ingesta excesiva de alcohol puede causar daños tanto a la salud física como mental, igualmente es considerada un factor determinante de las enfermedades cardiovasculares y diversos tipos de cáncer.¹⁵
- **Sedentarismo.-** es otro factor de riesgo modificable, un estilo de vida con escasa actividad física favorece el sobrepeso y la obesidad, incrementando así la posibilidad de diabetes, enfermedades cardiovasculares, e infarto de miocardio.
- **Las dietas no saludables.** - en el Ecuador según la última encuesta nacional de nutrición y salud se reporta que el 29,2% de la población presenta un consumo excesivo de carbohidratos que supera las recomendación máxima para la prevención de la obesidad y las enfermedades cardiovasculares, también se observa que el 0,1% de la población nacional presenta un consumo adecuado de fibra lo que favorecería un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 y enfermedad cardiovascular. (ENSANUT, 2011-2013).¹⁵
- **Ingesta de sodio.-** la ingesta excesiva de sodio parece también afectar a la presión arterial, debido a que cuando al “aumentar la ingesta de sal se aumenta la presión osmótica sanguínea al retenerse agua, aumentando la presión sanguínea. (OMS 2013).¹⁶
- **Sobrepeso y obesidad.-** el sobrepeso y la obesidad se definen como la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (OMS, 2012).¹⁷

- **Estrés.-** el estrés puede desempeñar un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de la hipertensión arterial. El estrés produce la activación del Sistema Nervioso Autónomo provoca el aumento de la presión sanguínea mediante el aumento de la tasa cardiaca y la constricción de los vasos sanguíneos.⁸

Tratamiento farmacológico

- ✓ **Diuréticos:** ayudan a que los riñones eliminen el exceso de agua y sal del organismo. Así la cantidad de líquido de la sangre disminuye y la presión arterial disminuye.
- ✓ **Betabloqueantes (b- bloqueantes):** ayudan al corazón a latir más lentamente y con menos fuerza. Entonces el corazón bombea menos sangre por los vasos sanguíneos y la presión arterial disminuye. (Propranolol, Atenolol)
- ✓ **Inhibidores de la ECA:** impiden que el organismo produzca una hormona llamada angiotensina II. Por lo general, esta hormona hace que los vasos sanguíneos se estrechen. (Enalapril, Captopril, Losartan)
- ✓ **Bloqueadores de los canales del calcio:** impide que el calcio entre en las células del músculo cardíaco y de los vasos sanguíneos. Esto hace que los vasos sanguíneos se relajen y la presión arterial disminuya. (Nifedipino, Nifedipino retard)
- ✓ **Alfa bloqueadores:** disminuye los impulsos nerviosos que contraen los vasos sanguíneos. (Doxazosina)
- ✓ **Alfa betabloqueantes:** disminuye los impulsos nerviosos de la misma forma que los alfa betabloqueantes (metildopa, clonidina)
- ✓ **Inhibidores del sistema nervioso:** aumentan los impulsos nerviosos del cerebro para relajar y ensanchar los vasos sanguíneos.
- ✓ **Vasodilatadores:** relajan los músculos de las paredes de los vasos sanguíneos.¹⁸

Fitoterapia para la hipertensión

La fitoterapia en el tratamiento de la hipertensión supone la utilización de una serie de plantas cuya función principal es:

- ✓ Plantas vasodilatadoras para disminuir la hipertensión
- ✓ Plantas diuréticas que eliminan líquidos del organismo y expulsan el exceso de sodio, rebajando con ello la hipertensión. El uso de estas plantas constituye una alternativa natural a los diuréticos químicos.
- ✓ Plantas antitrombóticas que previenen los coágulos en las arterias o ayudan a eliminarlos.
- ✓ Plantas relajantes en aquellos casos que la hipertensión es debido al nerviosismo o estrés.¹⁹

Tratamiento no farmacológico

Cambios de estilo de vida

- ✓ Instauración permanente en el cambio de estilos de vida con el objeto de reducir las cifras de presión arterial y controlar otros factores de riesgo.
- ✓ Actividad y ejercicio físico
- ✓ Nutrición saludable
- ✓ Reducción de consumo de sal
- ✓ Suspender tabaquismo
- ✓ Disminuir la ingesta de alcohol
- ✓ Reducción y estabilización del peso
- ✓ Control del estrés psicosocial
- ✓ Promover terapias de relajación, cognitivas y meditación
- ✓ Participación equipo multidisciplinario

Educación al paciente

- ✓ Reforzar la post-consulta
- ✓ Promover y reforzar a los grupos de pacientes hipertensos
- ✓ El proceso educativo en hipertensión arterial es parte fundamental en el tratamiento y permite al paciente convertirse en protagonista de su enfermedad, al involucrarse activamente en los objetivos del tratamiento junto a su equipo de salud.

Peso

- ✓ Mantener el peso corporal dentro de los límites normales con un índice de masa corporal entre 18,5 a 24,9 Kg/m².

Alimentación

- ✓ Un régimen rico en frutas, verduras, fibras, lácteos con bajos porcentajes de grasas (dieta DASH).
- ✓ Disminuir la ingesta de sodio a menos de 5 g/día con lo cual se logra hacer disminuciones de hasta 10 mmHg de presión arterial.⁸

Teniendo en cuenta el alto porcentaje de población de adultos y adultos mayores hipertensos que representa un alto riesgo para su salud, debido a los diferentes factores de riesgo para su desarrollo los cuales requieren de la aplicación de técnicas de rehabilitación y que a pesar de existir múltiples tratamientos farmacológicos, a través de la fisioterapia, la actividad física terapéutica y profiláctica dirigidos a la rehabilitación de estos pacientes, se podría disminuir el índice de prevalencia de la hipertensión arterial en la población.

REHABILITACIÓN

✓ Definición

Es la aplicación coordinada de un conjunto de medidas médicas, sociales, educativas y profesionales para preparar o readaptar al individuo con el fin de alcanzar la mayor proporción posible de sus actividades diarias.

Teniendo conocimiento de los procesos patológicos que inciden en el envejecimiento, detectando las afecciones y patologías de manera precoz, y actuando de forma eficaz a través de la rehabilitación en el adulto mayor podremos ayudar a mejorar su calidad de vida, a este proceso contribuye de forma notable, la intervención familiar.²⁰

Principios de la rehabilitación del adulto mayor

- ✓ Mantener la máxima movilidad.
- ✓ Mantener o restaurar la independencia en actividades básicas de la vida diaria.

- ✓ Desde el inicio, del tratamiento obtener la confianza y cooperación del paciente.
- ✓ Crear una atmósfera razonablemente esperanzadora y optimista.
- ✓ Aplicar tratamientos simples e individualizados.
- ✓ Efectuar las sesiones terapéuticas por cortos períodos de tiempo.
- ✓ Integración de todo el personal de asistencia.

Según un estudio realizado titulado “*Efectos terapéuticos del ejercicio físico en la hipertensión arterial*” autores; García Delgado José A., Pérez Coronel Pablo L., Chí Arcia Juan, Martínez Torrez Jacqueline, Pedroso Morales Isis: señalan que las intervenciones en las que se incluye la actividad física como factor terapéutico han logrado reducciones de las cifras tensionales que varían entre 5 y 21 mmHg. Cuando la intervención incluye además del ejercicio ajustes alimentarios y de algunos aspectos de vida saludable, se obtienen reducciones de la incidencia de hipertensión que pueden llegar a valores superiores al 50 %. Se discute aún si la acción es directa o mediada por la influencia del ejercicio sobre otros factores de riesgo, pero se acepta unánimemente el efecto favorable del ejercicio físico regular en el control de la hipertensión y de hecho en su prevención.²¹

Cabe recalcar que a pesar de la existencia de diversos tratamientos farmacológicos, la rehabilitación física, terapéutica y profiláctica dirigidos a pacientes hipertensos, ayudarían al mejoramiento de la calidad de vida así como también a prevenir la evolución de la enfermedad, la disminución de los factores de riesgo, de modo que mejore su estado de salud, para lo cual resultan necesario los cuidados paliativos (CP) para el paciente y su familia, teniendo que los CP brindan atención activa, continua, integral y solidaria con eficiencia, empatía y calidad a las personas con enfermedades crónicas, avanzadas y con pronóstico de vida limitado, así como a sus familiares y acompañantes, para que vivan con dignidad, en las mejores condiciones posibles y respetando la voluntad del paciente. Tomando en cuenta que al progresar la enfermedad los familiares y cuidadores pueden sentirse impotentes y con dudas de cómo atender a su ser querido.

CUIDADOS PALIATIVOS

✓ Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos (CP) como el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales, esta concepción de los CP reconoce que las personas con enfermedades distintas al cáncer, que sean irreversibles, progresivas y con una fase terminal, también pueden beneficiarse de su aplicación. Pueden ser, por ejemplo, los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), demencia, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal o hepática avanzadas o enfermedades neurológicas (como ictus, parkinson, esclerosis múltiple o esclerosis lateral amiotrofia, entre otras).²²

En nuestro país, los CP se han brindado de forma privada; por tal razón, uno de los retos del Modelo de Atención Integral de Salud es que se ofrezcan y desarrollen en el Sistema Nacional de Salud,²³ de modo que se favorezca la elevación de la calidad de vida de los pacientes.

✓ Calidad de vida

La calidad de vida es un concepto multidimensional, dinámico y subjetivo para el que no existe un patrón de referencia y que, en consecuencia, resulta difícil de definir y medir. En el contexto de los CP, la calidad de vida se centra en diversos aspectos del paciente como la capacidad física o mental, la capacidad de llevar una vida normal y una vida social satisfactoria, el logro de los objetivos personales, los sentimientos de felicidad y de satisfacción, así como la dimensión existencial o espiritual. De esta manera, en la calidad de vida pueden identificarse cuatro dominios: bienestar físico, psicológico, social y espiritual.²⁴

La atención de cuidados paliativos cumple con los siguientes principios:

- ✓ Proporcionan alivio del dolor y de otros síntomas
- ✓ Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal
- ✓ No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte

- ✓ Integran los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado del paciente
- ✓ Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte
- ✓ Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en el duelo
- ✓ Utilizan una aproximación de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluyendo soporte emocional en el duelo, cuando esté indicado
- ✓ Mejoran la calidad de vida y pueden también influenciar positivamente en el curso de la enfermedad.²⁵

Principios del Plan Nacional de Cuidados paliativos

Acorde al marco legal vigente los principios que guían el Plan Nacional de Cuidados Paliativos son los mismos principios de la salud, enunciados en el artículo 32 de la Constitución: dignidad, equidad, solidaridad, calidad, calidez, eficiencia, universalidad, respeto a la bioética, participación social, interculturalidad, intersectorialidad.

Sin embargo, se resaltan dos principios fundamentales para el tema de CP:

- ✓ **Dignidad**, entendido como el valor intrínseco de todo ser humano, el respeto a su autonomía, a los derechos humanos con el fin de mejorar la calidad de vida.
- ✓ **Calidez**, entendida como la cordialidad en la atención, que genera bienestar en las personas.²⁵

Según la revisión del artículo científico titulado “*Nuevas perspectivas en cuidados paliativos*” escrito por Leo Pessini y Luciana Bertachini menciona que los cuidados paliativos constituyen hoy en día una cuestión importante de la salud pública. Además, de trabajar con el sufrimiento, la dignidad de la persona, el cuidado de las necesidades humanas y la calidad de vida de la gente afectada por una enfermedad crónico-degenerativa o que está en la fase final de la vida.²⁶

Así como también en el artículo titulado “*Cuidados paliativos en el domicilio*” realizado por Hugo Antonio Fornells menciona que es posible realizar cuidados paliativos en domicilio, idealmente con un equipo multiprofesional de trabajo que

tenga la capacidad de ocuparse de todas las áreas de la persona enferma: somática, psicológica, social y espiritual. Es necesario también incluir a la familia del paciente en el cuidado domiciliario. Los principios de la ética: beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia y equidad, están presentes en forma continua cuando trabajamos con pacientes terminales, sin omitir nunca el respeto por las personas y sus creencias, junto a una comunicación honesta y adecuada.²⁷

✓ **Rol de la Enfermera al brindar cuidados paliativos**

Con respecto al rol que desempeña la enfermera al brindar los cuidados paliativos varios autores coinciden en plantear que el campo de acción de la enfermería abarca todas las etapas de la vida y que ésta debe adecuarse constantemente a las necesidades de cada grupo, ya que su papel ha sido prevenir enfermedades, promocionar la salud y cuidar del enfermo recuperable, en los últimos años la enfermería ha adquirido un protagonismo especial en la etapa final de la vida a través de los cuidados paliativos, estos últimos procuran una mayor calidad de vida a los enfermos con padecimientos crónicos degenerativos, graves, progresivos e incurables.²⁸

Cabe recalcar que los cuidados paliativos pueden ser aplicados en cualquier tipo de paciente independientemente de la patología que padezca, sin embargo después de haber realizado una amplia revisión bibliográfica no se han encontrado resultados sobre los cuidados paliativos en la rehabilitación del paciente hipertenso, es por ello que como autoras de este proyecto hemos visto la necesidad de realizarlo.

METODOLOGÍA

Se realizará un estudio descriptivo-transversal, con enfoque mixto; con el objetivo de diseñar una propuesta de Enfermería dirigidas a la rehabilitación del paciente con enfermedad hipertensiva, desde un enfoque paliativo de la atención, basada en la teoría del autocuidado descrito por Dorothea Orem,²⁹ en las unidades de salud

Cubijies – Quimiag de la ciudad de Riobamba, en el período comprendido entre Abril a Junio de 2017.

La población a investigar quedará conformada por la totalidad de pacientes adultos y adultos mayores (83) con diagnóstico de hipertensión arterial que son atendidos en las unidades de salud donde se desarrollará la investigación, que estén de acuerdo en participar en la misma, con edades iguales o superiores a los 20 años, con óptimo estado de salud mental, que residan de forma permanente en el área de influencia en el período de estudio y que se encuentren en su domicilio en el momento en el que se aplicará el instrumento.

Se utilizarán métodos del nivel teórico, tales como: histórico-lógico, inductivo-deductivo, teórico-práctico, analítico-sintético y lógico-abstracto. Como técnica para la recolección de los datos se empleará la encuesta, a través del cuestionario para evaluar la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad (CYPAC-AM), tomado de y validado por Millán Méndez³⁰, el que permitirá definir las actividades de autocuidado en el adulto mayor, en el primer nivel de atención de Salud.

El análisis de los datos se realizará empleando técnicas de la estadística descriptiva, tales como distribución de frecuencias relativas y absolutas. Estos serán recogidos en una tabla elaborada en Microsoft Excel, lo que permitirá facilitar su procesamiento; lo que contribuirá a la interpretación cualitativa de los mismos.

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

La elaboración de la propuesta será un plan de acción siendo esta una presentación resumida de las tareas que deben realizarse por ciertas personas, en plazos de tiempo específicos, utilizando un monto de recursos asignado con el fin de lograr un objetivo dado, en vista que varios autores presenta diversos modelos, nosotras hemos utilizado el de la OPS que constará de un tema, introducción, objetivo y las acciones a cumplir, así como también los responsables para el cumplimiento de dichas acciones.³¹

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Se aplicó una encuesta con el objetivo de diseñar propuesta de cuidados paliativos en la rehabilitación del paciente con enfermedad hipertensiva, desde un enfoque paliativo de la atención, centrada en el fomento del autocuidado, en las unidades de salud Cubijies – Quimiag de la ciudad de Riobamba, en el período comprendido entre Abril a Junio de 2017, en la cual se obtuvieron los siguientes resultados.

Tabla 1: Características sociodemográficas

		CUBIJIES		QUIMIAG	
RANGO	VARIABLE	Fr.	%	Fr.	%
EDAD	20 – 49	2	2,17	4	7,69
	50 – 64	19	20,65	10	19,23
	65 – más	71	77,17	38	73,08
GÉNERO	Femenino	66	71,74	9	17,31
	Masculino	22	28,26	43	82,69
RELIGIÓN	Católico	85	92,39	85	92,39
	Cristiano	7	7,61	7	7,61
ETNIA	Blanco	3	3,26	0	0,00
	Mestizo	71	77,17	40	76,92
	Indígena	18	19,57	12	23,07
ESTADO CIVIL	Soltero/a	2	2,17	5	9,61
	Casado/a	60	65,22	34	65,38
	Divorciado/a	5	5,43	4	7,69
	Viudo/a	25	27,17	9	17,30
NIVEL INSTRUCCIÓN DE	Ninguno	14	15,22	0	0,00
	Básica	65	70,65	52	100
	Bachillerato	12	13,04	0	0,00
	Nivel Técnico	1	1,09	0	0,00
NIVEL PROFESIÓN DE	Ama de casa	20	64,51	39	75,00
	Agricultor	7	22,58	11	21,15
	Chofer	1	3,22	0	0,00
	Comerciante	1	3,22	1	1,92
	Obrero	1	3,22	1	1,92
	Costurera	1	3,22	0	0,00
ENFERMEDADES QUE PADECE	Gastritis	14	56	20	38,85
	Artrosis	7	28	17	32,69
	Osteoporosis	4	16	15	28,85

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes hipertensos de los SCS Cubijies- Quimiag

Elaborado por: Janeth Hermelinda Cuvi Sagnay y Katherin Alexandra Silva Sampedro

Análisis e Interpretación: en el subcentro de salud (SCS) de Cubijes de los 31 pacientes hipertensos, el grupo etario que alcanzó una mayor frecuencia fue el de 65 o más que alcanzó el 70,97%, seguido por el grupo de 20-49 años de edad, el 80,65% corresponden al género femenino, el 74,19% se consideran mestizos, 48,38% son casados y 51,61 son viudos, y el 100% tiene un nivel de instrucción básica, en el nivel de profesión ama de casa se presente en un 64,51% y la gastritis se presenta en un 56% como enfermedad añadida a la hipertensión . Mientras que el SCS de Quimiag de los 52 pacientes el 73,08 % corresponden al grupo etario de 65 años en adelante, el 82,69% corresponden al género femenino, el 76,92% son mestizos, el 65, 38 son casados, y el 100% tiene un nivel de instrucción básica, el 75% es ama de casa y la gastritis se presenta en un 38,85% como enfermedad adicional. La edad es un factor que mantiene una relación directa con el inicio de la enfermedad; se plantea que entre mayor es la edad, mayor es el riesgo de padecer algún tipo de enfermedad cerebro vascular, la presión arterial, tanto sistólica como diastólica se incrementa conforme avanza la edad, aunque se mantiene sin cambios notables en los últimos años de vida, de igual manera la presión arterial aumenta con la edad en los hombres por razones desconocidas, en la mujer el aumento ocurre después de la menopausia y puede, por tanto, estar relacionada con las hormonas femeninas. La HTA a partir de los 40 años es ligeramente más frecuente en la mujer que en el hombre.

Discusión

Los resultados obtenidos son similares con los encontrados por Lourdes Zubeldia Lauzurica, Joan Quiles Izquierdo, Jordi Mañes Vinuesa y Josep Redón Más titulada *“Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la comunidad Valenciana”*, en la se obtuvo como resultado que la prevalencia de HTA se asoció positivamente con el grupo de edad, aumentando significativamente a partir de los 45 años(48,5%) y particularmente para las personas mayores de 64 años (77,6%).³² Otro estudio realizado por Édgar Navarro Lechuga, titulado *“Características epidemiológicas relacionadas con el género en hipertensos”* en la que se encontró que 40,2% de los hombres tenían

HTA, pero el porcentaje de mujeres con hipertensión previamente diagnosticada fue superior, con 75,8%; estadísticamente son significativas estas diferencias,³³ de igual manera los resultados obtenidos son similares entre los subcentros de salud.

Tabla 2: Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor

Categoría	CUBIJES			QUIMIAG	
	Autocuidado	Fr.	%	Fr.	%
Actividad física	Adecuado	12	38.71	5	9.62
	Parcialmente	4	12.90	21	40.38
	Inadecuado	14	45.16	26	50
Alimentación	Adecuado	12	38.71	6	11.54
	Parcialmente	10	32.26	36	69.23
	Inadecuado	9	29.03	10	19.23
Eliminación	Adecuado	13	41.94	27	51.92
	Parcialmente	10	32.26	18	34.62
	Inadecuado	8	25.81	7	13.46
Descanso y sueño	Adecuado	11	35.48	23	44.23
	Parcialmente	13	41.94	21	40.38
	Inadecuado	7	22.58	8	15.38
Higiene y confort	Adecuado	15	48.39	23	44.23
	Parcialmente	9	29.03	18	34.62
	Inadecuado	7	22.58	11	21.15
Medicación	Adecuado	13	41.94	15	28.85
	Parcialmente	3	9.68	36	69.23
	Inadecuado	15	48.39	1	1.92
Control de la salud	Adecuado	8	25.81	9	17.31
	Parcialmente	2	6.45	25	48.08
	Inadecuado	21	67.74	18	34.62
Adicciones o hábitos tóxicos	Adecuado	31	100	52	100
	Parcialmente	0	0	0	0
	Inadecuado	0	0	0	0,00
Rehabilitación física	Adecuado	0	0	0	0,00
	Parcialmente	0	0	0	0
	Inadecuado	31	100	52	100

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes hipertensos de los SCS Cubijies- Quimiag

Elaborado por: Janeth Hermelinda Cuvi Sagñay y Katherin Alexandra Silva Sampedro

Análisis e Interpretación: en la evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor, en el SCS de Cubijies se encontró que el 45.16% en la actividad física el autocuidado es inadecuado, en la alimentación es adecuado

con el 38.71%, en la eliminación el 41.94% es adecuado, el descanso y sueño el 41.94% presentó un autocuidado parcial, en la higiene y confort el 48.39% es adecuado, en la medicación el 48.39% es inadecuado, en relación al control de la salud el 67.74% es inadecuado, el 100% de los usuarios no han recibido cuidados paliativos como rehabilitación de la hipertensión por lo que es inadecuado con su autocuidado. Mientras que el SCS de Quimiag el autocuidado en la actividad física es inadecuado con el 50%, en la alimentación el 69.23% es parcialmente adecuado, en la eliminación el 51.92% es adecuado, en la descanso y sueño es adecuado, en la higiene los usuarios presentan un nivel de autocuidado adecuado, en la medicación el 69.23% es parcialmente adecuado, en el control de la salud el 48.08% es parcialmente adecuado, no presentan hábitos tóxicos y el 100% no ha recibido cuidados paliativos como rehabilitación para la hipertensión por lo que es inadecuado.

Discusión

Los resultados obtenidos son similares con un estudio realizado en Barranquilla en el 2014, titulado “*Agencia de autocuidado en hipertensos usuarios de un hospital universitario en Cúcuta (Colombia)*”, en la cual se encontró que el 83.1 % de los pacientes presentó una capacidad de autocuidado baja; el 6.2 % mediana capacidad y solo el 10.7 % una capacidad alta. Con igual tendencia se reportaron las categorías “promoción y funcionamiento del desarrollo personal”, “interacción personal” y “actividad” y “reposo”,³⁹ por lo que es importante la valoración de la capacidad de los usuarios para realizar sus actividades.

Tabla 3: Frecuencia de actividad física

Actividad Física	CUBIJIES			QUIMIAG	
	RANGO	Fr.	%	Fr.	%
Puede movilizarse sin ayuda	Si	19	61.29	35	27.03
	No	2	6.45	11	52.7
	A veces	10	32.26	6	20.27
Participa en el círculo de abuelos	Si	3	9.68	0	0,00
	No	25	80.65	43	82,69
	A veces	3	9.68	9	17,31

Practica ejercicios físicos sistemáticamente	Si	9	29.03	4	7,69
	No	17	54.84	26	50,0
	A veces	5	16.13	22	42,31
Camina 10 cuadras (1km) diario y/o sube escaleras	Si	12	38.71	5	9,62
	No	14	45.16	14	26,92
	A veces	5	16.13	33	63,46

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes hipertensos de los SCS Cubijes- Quimiag
Elaborado por: Janeth Hermelinda Cuvi Sagñay y Katherin Alexandra Silva Sampedro

Análisis e Interpretación: La actividad física, como factor protector para la HTA se evaluó mediante los ejercicios realizados semanalmente, en el SCS de Cubijes se encontró que la mayoría de las personas se movilizan sin ayuda 61.29%, la frecuencia que participan en el círculo de abuelos 80.65% no participan, también se encontró que los pacientes que no practican actividad física 54.84%, así también se puede evaluar que las personas que caminan 1 km diario 54.16% no lo realiza. Mientras que en el SCS de Quimiag se encontró que se puede movilizar sin ayuda un 67,31%, en relación a la participación en el círculo de abuelo el 82,69% menciona que no lo hace, el 50% no practica ejercicios físicos, el 63,46% de las personas a veces camina 1 km diario. Las personas inactivas tienen un mayor riesgo de sufrir un infarto agudo de miocardio que las personas que hacen ejercicio regular. El ejercicio ayuda a controlar los niveles de colesterol, fortalece el músculo cardíaco y hace más flexibles las arterias.

Discusión

Un estudio realizado en Brasil titulado “*Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia*”, se destaca que la actividad física reduce la incidencia de HAS en individuos pre hipertensos además de reducir la mortalidad y los riesgos de desarrollar enfermedades cardiovasculares, las actividades físicas reducen la mortalidad por problemas cardiovasculares, independientemente de la presión arterial y de otros factores de riesgo, existiendo fuertes evidencias de que la actividad física disminuye la presión sanguínea, prediciendo un envejecimiento saludable,³⁴ lo cual es similar a nuestro estudio, así como también entre los dos subcentros de salud.

Tabla 4: Frecuencia de alimentación

Alimentación	CUBIJIES			QUMIAG	
	RANGO	Fr.	%	Fr.	%
Prepara sus alimentos y/o se alimenta sin ayuda	Si	23	74.19	41	27.03
	No	1	3.23	5	52.7
	A veces	7	22.58	6	20.27
Tiene establecido un horario fijo para comer	Si	2	6.45	3	0,00
	No	23	74.19	32	82,69
	A veces	6	19.35	17	17,31
Prefiere los alimentos salcochados que fritos	Si	12	38.71	6	7,69
	No	9	29.03	33	63,46
	A veces	10	32.26	13	25
Ingieren la dieta indicada aunque no le guste	Si	10	32.26	2	3,85
	No	15	48.39	8	15,38
	A veces	6	19.35	42	80,77

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes hipertensos de los SCS Cubijies- Quimiag
Elaborado por: Janeth Hermelinda Cuvi Sagñay y Katherin Alexandra Silva Sampedro

Análisis e Interpretación: en el SCS de Cubijies con respecto a la preparación de los alimentos 74.19% lo hacen por su propia cuenta, el 74.19% no tiene un horario fijo, el 38.71% prefieren los alimentos fritos que salcochados, el 48.39% no ingieren la dieta indicada. En el SCS de Quimiag se encontró que el 52.7% no necesitan de ayuda para preparar los alimentos, el 82,69% no tienen establecido un horario de comida, el 63,46% prefieren alimentos fritos y el 80,77% a veces consumen la dieta indicada, es por ello que debido a la rapidez con la que nos movemos impide muchas veces que algunos se tomen el tiempo para alimentarse bien y con esto, se saltan las comidas, comen lo primero que encuentran. De esta manera, la carencia de nutrientes, el sobrepeso y otras enfermedades como la gastritis, colitis o estreñimiento, es porque las personas no tienen un control en su horario de comida.

Discusión

Los resultados obtenidos son semejantes con el estudio de Viviana Esquivel Solís1 y Maristela Jiménez Fernández titulado “*Aspectos nutricionales en la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial*” en la cual menciona que se ha comprobado que la terapia dietética es útil no sólo para la prevención de la hipertensión arterial

sino también para su tratamiento. Un tratamiento interdisciplinario de la hipertensión arterial involucra tanto la prescripción de terapia farmacológica como también de dietas modificadas, a fin de que ciertos nutrientes sean provistos.³⁵ Así como también señala que dietas ricas en frutas y hortalizas y productos con poca grasa disminuyen el riesgo cardiovascular, por lo que contribuyen a la reducción del peso y reducción de la presión arterial. Cabe recalcar que entre los SCS de salud también son similares los resultados.

Tabla 5: Frecuencia de descanso y sueño

Descanso y Sueño	CUBIJIES			QUIMIAG	
	RANGO	Fr.	%	Fr.	%
Puede controlar su período de descanso y sueño	Si	28	90.32	41	78,85
	No	0	0,00	4	7,69
	A veces	3	9.68	7	13,46
Tiene hábito de descansar sin dormir después de comer	Si	6	19.35	2	3,85
	No	18	58.06	41	78,85
	A veces	7	22.58	9	17,31
Tiene el hábito de irse a la cama a un horario fijo	Si	3	9.68	2	3,85
	No	19	61.29	25	48,08
	A veces	9	29.03	25	48,08
Procura dormir las horas necesarias diarias	Si	19	61.29	19	36,54
	No	4	12.9	7	13,46
	A veces	8	25, 81	26	50,00

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes hipertensos de los SCS Cubijies- Quimiag

Elaborado por: Janeth Hermelinda Cuvi Sagñay y Katherin Alexandra Silva Sampedro

Análisis e Interpretación: en el SCS de Cubijies al analizar las horas de descanso y sueño de los pacientes encuestadas se encontró que en la mayoría puede controlar su periodo de descanso y sueño 90.32%, el 58.06% no tiene el hábito de descansar después de la comida, es decir que inmediatamente se dedican hacer sus actividades, así como también el 61.29% no tiene un horario fijo a la hora de irse a la cama, en relación con las horas que duerme el 62.29% manifestó que si duerme entre 5 y 7 horas. En el SCS de Quimiag el 78,85% controla el periodo de descanso y sueño, el 78.85% refiere que no descansa después de comer por motivo del trabajo de cada persona, el 48.08% refiere que no tiene un horario fijo para irse a la cama, el 50%

de las personas a veces duermen las horas necesarias, una persona que duerme menos de seis horas diarias aumenta su presión arterial sistólica hasta 132mmHg (cuando lo ideal es estar por debajo de 120). Estudios epidemiológicos indican que la falta de sueño puede desempeñar un papel en el aumento de la prevalencia de la diabetes y la obesidad.

Discusión

Según un estudio titulado “*Trastornos del sueño asociados a la hipertensión arterial*” el 81.07% de los pacientes hipertensos estudiados presentaron trastornos del sueño lo cual fue significativo desde el punto de vista estadístico, algo similar fue encontrado por otros autores en estudios realizados, e infiere que existe una proporción directa entre los trastornos del sueño y la hipertensión arterial, estos resultados no coinciden con nuestro estudio en vista que nuestra población no presenta ningún problema a la hora de dormir.³⁶ En relación a los subcentro de salud los resultados son similares.

Tabla 6: Frecuencia de la medicación

Medicación	CUBIJIES			QUIMIAG	
	RANGO	Fr.	%	Fr.	%
Se responsabiliza con su medicación y puede controlarla	Si	3	9.68	45	86,54
	No	3	9.68	1	1,92
	A veces	25	80.65	6	11,54
Cumple estrictamente con el tratamiento indicado	Si	2	6.45	13	25,00
	No	5	16.13	4	7,69
	A veces	24	77.42	35	67,31
Solo toma medicamentos que le indica su médico	Si	16	51.61	34	65,38
	No	4	12.9	2	3,85
	A veces	11	35.48	16	30,77
Si necesita algún medicamento primero lo consulta	Si	4	12.9	30	57,69
	No	1	3.23	2	3,85
	A veces	26	83.87	20	38,46

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes hipertensos de los SCS Cubijies- Quimiag
Elaborado por: Janeth Hermelinda Cuvi Sagñay y Katherin Alexandra Silva Sampedro

Análisis e Interpretación: según la encuesta aplicada a los usuarios del SCS Cubijies se encontró que 80.65% a veces es responsable a la hora de tomar la medicación, el 77,42% a veces cumple con el tratamiento indicado, el 51.61% solo toma medicamentos que le indica su médico y el 83.87% a veces si necesita algún medicamento primero lo consulta, es decir que la mayoría se auto médica. Mientras que el SCS de Quimiag el 86,54% se responsabiliza con su medicación, el 67,31% manifiesta que a veces cumplen con el tratamiento indicado, el 65,38% menciona que solo toma medicación que le indica el médico, el 57,69% menciona que primero consulta al médico para tomar medicación y el 38,46% a veces realiza una consulta para tomar la medicación, sin embargo es necesario la educación al paciente al momento de las pos consultas en las unidades de salud.

Discusión

Los resultados de un estudio titulado “*Cumplimiento terapéutico en pacientes con Hipertensión Arterial*”, muestran un descenso de la prevalencia de incumplidores a lo largo del tiempo que coincide en cada uno de los métodos utilizados, esta disminución podría ser explicada por la aparición de un mayor número de productos farmacéuticos caracterizados por tener una menor cantidad de efectos secundarios y una simplicidad en la dosificación, estos resultados son semejantes con nuestro proyecto.³⁷ Así como también son similares entre los subcentros de salud.

Tabla 7: Frecuencia del control de salud

Control de la salud	CUBIJIES			QUIMIAG	
	RANGO	Fr.	%	Fr.	%
Tiene control y puede responsabilizarse con su salud	Si	2	6.45	1	1,92
	No	25	80.65	4	7,69
	A veces	4	12.9	47	90,38
Controla su peso o sabe cuánto debe pesar	Si	5	16.13	5	9,62
	No	26	83.87	40	76,92
	A veces	0	0,00	7	25,00
Conoce la frecuencia de sus consultas y asiste a ellas	Si	5	16.13	6	11,54
	No	24	77.42	21	40,38
	A veces	2	6.45	25	48,08
	Si	0	0,00	14	26,92

Se realiza auto-chequeos periódicos	No	15	48.39	14	26,92
	A veces	16	51.61	24	46,15

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes hipertensos de los SCS Cubijies- Quimiag

Elaborado por: Janeth Hermelinda Cuvi Sagñay y Katherin Alexandra Silva Sampedro

Análisis e Interpretación: según la encuesta aplicada en el SCS Cubijies en relación con el control de la salud el 80.56% no tiene control y puede responsabilizarse con su salud, el 83.87% no controla su peso y tampoco sabe cuánto debe pesar de acuerdo a su talla y edad, el 77.42% no conoce la frecuencia de las consultas y tampoco cuando debe acudir a las mismas, el 51.61% a veces se realiza auto-chequeos. En el SCS de Quimiag se encontró que el 90,38% no tiene un control con su salud, que el 76,92% de los encuestados no controla su peso y no sabe cuánto debe pesar, el 48,08 de las personas a veces van a sus consultas con frecuencia, el 46,15% de las personas encuestadas a veces se realizan auto-chequeos en la casa (autoexamen de mamas, control de glucosa, inspección de piel y de la boca, medición de temperatura), es por ello que se debe hacer énfasis en este punto. Es muy importante que se realice visitas domiciliarias a este tipo de pacientes ya que de esta manera se podrá tener un mejor control y evitar posibles complicaciones a futuro.

Discusión

Los resultados obtenidos son similares con los de Arana Morales, Guillermo, Cilliani Aguirre, Becker, Abanto, Dalila, titulado “*Cumplimiento del tratamiento farmacológico y control de la presión arterial en pacientes del programa de hipertensión: Hospital Víctor Lazarte Echeagaray - Es SALUD, Trujillo*”, en la cual menciona que de la población encuestada el 71.6 % de las personas acuden a veces a sus citas con los doctores y con su tratamiento, la cual la principal causa de esto es el olvido de las indicaciones médicas recibidas.³⁸ De igual forma los resultados son semejantes entre las dos unidades de salud.

Tabla 8: Frecuencia de rehabilitación física

CUBIJIES	QUIMIAG
----------	---------

Rehabilitación Física	RANGO	Fr.	%	Fr.	%
Ha recibido rehabilitación física como tratamiento de la enfermedad hipertensión arterial	Si	0	0,00	0	0,00
	No	31	100	52	100
	A veces	0	0,00	0	0,00
Continúa con el tratamiento de rehabilitación física	Si	0	0,00	0	0,00
	No	31	100	52	100
	A veces	0	0,00	0	0,00
Considera efectivo este tipo de tratamiento en la hipertensión arterial	Si	0	0,00	0	0,00
	No	31	100	52	100
	A veces	0	0,00	0	0,00
La rehabilitación física recibida incluía algún tipo de cuidado paliativo	Si	0	0,00	0	0,00
	No	31	100	52	100
	A veces	0	0,00	0	0,00

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes hipertensos de los SCS Cubijies- Quimiag
Elaborado por: Janeth Hermelinda Cuvi Sagñay y Katherin Alexandra Silva Sampedro

Análisis e Interpretación: según la encuesta aplicada en el SCS de Cubijies se ha encontrado que los 31 pacientes no han recibido ningún tipo de rehabilitación física como tratamiento para la hipertensión arterial, de la misma manera en el SCS Quimiag los 52 pacientes mencionan que tampoco han recibido este tipo de tratamiento, de tal forma que el 100% considera efectivo la aplicación de este tipo de método como tratamiento, también que se incluya los cuidados paliativos teniendo en cuenta que no solo se aplica a pacientes con enfermedades terminales sino también como un medio de prevención y mantenimiento en enfermedades crónico degenerativas.

Discusión

Luego de realizar varias revisiones bibliográficas no se ha encontrado resultados sobre estudios relacionados a cuidados paliativos en la rehabilitación del paciente hipertenso, es por ello que hemos visto la necesidad de realizar propuestas que ayuden a una mejor calidad de vida a pacientes con hipertensión arterial.

CONCLUSIONES

- ✚ La hipertensión arterial se manifiesta en el adulto mayor con prevalencia de 65 años en adelante, por lo que se determina que es la segunda causa de muerte a nivel mundial, el cual no presentan cuidados paliativos en la rehabilitación de dicha enfermedad, por esta razón hemos realizado un plan de acción, que presenta acciones dirigidas a la rehabilitación física, la alimentación, control de la salud, y modificación de estilos de vida, dichas actividades serán ejecutadas posteriormente por el equipo multidisciplinario, teniendo un rol fundamental la enfermera conjuntamente con la familia y la comunidad.
- ✚ El test de capacidad de percepción de autocuidado del adulto mayor describe las características sociodemográficas y clínicas de los usuarios sujetos a estudios, teniendo como resultados que el grupo etario con mayor frecuencia fue el de 65 años en adelante, del género femenino, la auto identificación mestiza, el estado civil casados, nivel de instrucción básica, y la enfermedad añadida que prevalece es la gastritis.
- ✚ Se identificó que dentro de las necesidades individuales para la realización del autocuidado, 45 pacientes tienen un autocuidado parcialmente adecuado, 33 un autocuidado inadecuado, y 5 un autocuidado adecuado.

RECOMENDACIONES

- ✚ Al equipo de salud de los Subcentro de Cubijies y Quimiag, se recomienda ejecutar el plan de acción de renovación de la hipertensión arterial, en vista que los usuarios no tienen conocimiento y no han recibido cuidados paliativos de rehabilitación para el tratamiento de dicha enfermedad.
- ✚ Evaluar las actividades ejecutadas para rescatar los resultados positivos y negativos así fomentar acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación y mejorar su calidad de vida.
- ✚ Dar seguimiento a los usuarios a través de visitas domiciliarias, para constatar en cumplimiento del tratamiento farmacológico, y fomentar la importancia de los controles mensuales y así evitar complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Gómez Rossana, Monteiro Henrique, Cossio-Bolaños Marco Antonio. El ejercicio físico y su prescripción en pacientes con enfermedades crónicas degenerativas. Rev Perú Med Exp Salud Pública [Internet]. 2010 Sep [citado 2017 Jun 07]; 27(3): 379-386. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1726-46342010000300011>
- 2.- R. González Guzmán, J. Alcalá Ramírez. Enfermedad isquémica del corazón, epidemiología y prevención. Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. UNAM [revista de internet]. 2010 Sep-Oct [citado 2017 Jun 07] 53(5): 35-37. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2010/un105h.pdf>
- 3.- Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo. [Internet] 2013 [citado 2017 Jun 06]; 8-30. Disponible: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?ua
- 4.- Instituto Nacional de Estadística y Censos. Revista Coyuntural. 2013 [internet] 2013 Abr [citado 2017 Jun 06]; 8-10. Disponible en: <http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis8.pdf>
- 5.- Hieda Ludugério de Souza, Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli. Cuidados paliativos en atención primaria en salud: consideraciones éticas. [Revista en internet]. 2015 [citado 2017 Jun 05] 23 (2): 349-59. Disponible en: http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1045/1267
- 6.- Gómez Rossana, Monteiro Henrique, Cossio-Bolaños Marco Antonio, Fama-Cortez Domingo, Zanesco Angelina. El ejercicio físico y su prescripción en pacientes con enfermedades crónicas degenerativas. Rev Perú Med Exp Salud Pública [Internet]. 2010 Sep [citado 2017 Jun 06]; 27(3): 379-386. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1726-46342010000300011>

7.- Ramiro A. Sánchez, Miryam Ayala, Hugo Baglivo, Carlos Velázquez, Guillermo Burlando, Oswaldo Kohlmann, et al. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. [Revista en internet]. Rev Chil Cardiol 2010 [citado 2017 Jul 11]; 29: 117-144. Disponible en: http://www.saludpereira.gov.co/documentos/Guias_medicos/Consulta_ext/guia-latinoam-hiperten-arterial.pdf

8.- Ministerio de Salud pública, Protocolos clínicos y terapéuticos para la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes 1, diabetes 2, dislipidemia, hipertensión arterial), [Internet] 2011 [citado 2017 Jul 17]; 9-51. Disponible en: https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/Protocolos_ECNT_01_de_junio_2011_v.pdf

9.- Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo. [Internet] 2013 [citado 2017 Jun 06]; 8-30. Disponible: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?ua

10.- Vázquez Vigoa Alfredo, Cruz Álvarez Nélica María. Hipertensión arterial en el anciano. Rev cubana med [Internet]. 2011 Mar [citado 2017 Jun 10]; 37(1): 22-27. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475231998000100005&lng=es

11.- Luis Juncos, María de los Ángeles Costa, Alejandro Aiello, Gabriel Waisman, Alejo Grosse, Roberto Miatello, et al. Hipertensión Arterial. Rev de la Sociedad Argentina [Internet]. 2012 Abr [citado 2017 Jul 22]; Disponible en: https://www.siicsalud.com/pdf/hipertension_arterial_1_40912.pdf

12.- José Alcázar, Anna Oliveras, Luis Orte, Sara Jiménez, Julián Segura, Hipertensión arterial esencial, [Internet]. 20 Sep 2016 [citado 2017 Jul 20]: Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/es-monografias-nefrologia-dia-articulo-hipertension-arterial-esencial-23>

- 13.- María José Noriega Borge, Fisiología Humana, [Internet]. 2011 [citado 2017 Jul 21]: Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/fisiologia-humana-2011-g367/material-de-clase/bloque-tematico-1.fisiologia-del-aparato/tema-9.-regulacion-del-aparato-circulatorio/tema-9regulación-del-aparato-circulatorio>
- 14.- Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo. [Internet] 2013 [citado 2017 Jun 06]; 8-30. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?ua=
- 15.- Wilma B. Freire, María José Ramírez-Luzuriaga, Philippe Belmont, María José Mendieta, Katherine Silva-Jaramillo, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT-ECU 2012. [Internet]. 2014 [citado 2017 Jun 06]; 678-670. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf
- 16.-Organización Mundial de la Salud, Hipertensión, [Internet] 2013 [citado 2017 Jun 18]; Disponible en: <http://www.who.int/topics/hypertension/es/>
- 17.-Organización Panamericana de la salud, Hipertensión, [Internet] 2016 [citado 2017 Jul 16]; Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=221&Itemid=40878&lang=es
- 18.- Lourdes Zubeldia Lauzurica, Joan Quiles Izquierdo, Jordi Mañes Vinuesa y Josep Redón Más. Conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial en la población de 16 a 90 años de la comunitat valenciana. [Revista en Internet] 2016 Nov 25; Vol. 90; Disponible en: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL90/ORIGINALES/RS90C_JQI.pdf
- 19.- El mundo de las plantas, Tratamiento Natural de la hipertensión. [Internet] 2015 [citado 2017 Jul 19]; Disponible en: <http://www.botanical-online.com/medicinalshipertensionplantas.htm>

- 20.- Pessini Leo, Bertachini Luciana. Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. [Internet]. 2007 [citado 2017 Jul 26]; 12(2): 231-242. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2006000200012>
- 21.- García Delgado José A., Pérez Coronel Pablo L., Chí Arcia Juan, Martínez Torrez Jacqueline, Pedroso Morales Isis. Efectos terapéuticos del ejercicio físico en la hipertensión arterial. Rev cubana med [Internet]. 2008 Sep [citado 2017 Jul 26]; 47(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475232008000300002&lng=es
22. - Lynch T, Connor S, Clark D. Cuidados Paliativos. Organización Mundial de la Salud. [Internet] 2013, (citado en Julio 2017): disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/es/>
- 23.- Codorniu N., Bleda M., Albuquerque E., Guanter L., Adell J., García F. et al. Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, consensos y retos: Rev Enferm [Revista en Internet]. 2011 Jun [citado 2017 Julio 26]; 20(1-2): 71-75: Disponible en. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000100015>.
- 24.- Ministerio de salud, Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. [Internet]. 2011 Jun [citado 2017 Julio 22]; 354-07: Disponible en. http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_428_Paliativos_Osteba_resum.pdf
- 25.- Ministerio de Salud Pública, Plan Nacional de Cuidados Paliativos. [Internet]. 2015 Ene [citado 2017 Julio 20]: Disponible en: <http://cuidadospaliativos.org/uploads/regional-information/legislations/25.pdf>
- 26.- Pessini Leo, Bertachini Luciana. Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. Acta bioeth. [Internet]. 2006 [citado 2017 Jul 26]; 12(2): 231-242. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2006000200012>
- 27.- Fornells Hugo Antonio. Cuidados paliativos en el domicilio. [Internet]. 2009 Jun [citado 2017 Jun 10]; 6(1): 63-75. Disponible en:http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726569X2000000100005&lng=es

- 28.- Contreras Contreras Sónia Eugenia, Sanhueza Alvarado Olivia Inés. Los pacientes del programa alivio del dolor y cuidados paliativos: razones y significados para enfermeras/os. *Cienc. Enferm.* [Internet]. 2016 Abr [citado 2017 Jun 06]; 22(1): 47-63. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532016000100005>.
- 29.- Prado Solar Liana Alicia, González Reguera Maricela, Paz Gómez Noelvis, Romero Borges Karelía. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Rev. Med. Electron.* [Internet]. 2014 Dic [citado 2017 Jun 13]; 36(6):835-845. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242014000600004&lng=es
- 30.- Millán Méndez Israel E. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2010 Dic [citado 2017 Jun 13]; 26(4): 202-234. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192010000400007&lng=es
- 31.- Organización Panamericana de la salud, Evaluación para el planeamiento de programas de educación para la salud, [Internet]. 2010 [citado 2017 Jul 24]; 95: Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3283/Evaluacionparaelp laneamientodeprogramasdeeducacionparalasalud.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 32.- Lourdes Zubeldia Lauzurica, Joan Quiles Izquierdo, Jordi Mañes Vinuesa y Josep Redón Más. Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la comunidad Valenciana. *Rev. Esp Salud Pública.* 2016 Abri [Revista en Internet]:90: Disponible en: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL90/ORIGINALES/RS90C_LZL.pdf
- 33.- Édgar Navarro Lechuga, Rusvelt Vargas Moranth. Características epidemiológicas relacionadas con el género en hipertensos de raza negra. 2011 Ene

[Revista en Internet] [citado 2017 Jul 26]:25:1; Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/1829/5773>

34. - Weschenfelder Magrini D., Gue Martini J. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. *Enferm. glob.* [Internet]. 2012 Abr [citado 2017 Jul 26]; 11(26): 344-353. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000200022>.

35.- Viviana Esquivel Solís¹ y Maristela Jiménez Fernández. Aspectos nutricionales en la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev Costar Salud Pública* 2010 [Internet]; [citado 2017 Jul 26]; 19: 42-47; Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v19n1/a08v19n1>

36.- González Pérez Surama, Argudín Martín Alina de la C, Dot Pérez Liset de la C, López Vázquez Nélon M., Pérez Labrador Joaquín. Trastornos del sueño asociados a la hipertensión arterial. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2009 Mar [citado 2017 Jul 26]; 13(1): 90-99. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156131942009000100011&lng=es

37.- Artacho Pino R1, Prados Torres JD2, Barnestein Fonseca P2, Aguiar García C2, García Ruiz A3, Leiva Fernandez F. Cumplimiento terapéutico en pacientes con Hipertensión Arterial. ¿Ha cambiado con el paso del tiempo? *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2012 May [citado 2017 Jul 21]; 2: 95-106. Disponible en: http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v13n2/v13n2_04_original.pdf

38.- Arana Morales, Guillermo, Cilliani Aguirre, Becker, Abanto, Dalila. Cumplimiento del tratamiento farmacológico y control de la presión arterial en pacientes del programa de hipertensión: Hospital Víctor Lazarte Echegaray - EsSALUD, Trujillo. *Rev Med Hered* [Internet]. 2012 Oct [citado 2017 Jul 19]; 12. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018130X2001000400003&script=sci_arttext

39.- Olga Marina Vega Angarita. Agencia de autocuidado en hipertensos usuarios de un hospital universitario en Cúcuta (Colombia). [Internet]. 2014 [citado 2017 Jul 25]; 30 (2): 133-145. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v30n2/v30n2a05.pdf>

40.- Pierde peso en casa. La Dieta DASH. [Online]; 2016 [citado 2017 Jul 30]. Disponible en: <http://pierdepesoencasa.com/ejemplo-de-menu-de-la-dieta-dash/>

41.- 100dietas. Dietas DASH para controlar la presión arterial. [Online].; 2017 [citado 2017 Jul 30]. Disponible en: http://100dietas.com/dash/#Ejemplo_de_Menu_de_la_Dieta_DASH

42.- Pilar CMd. Dieta DASH completa: Menú semanal. [Online].; 2011 [citado 2017 Jul 30]. Disponible en: <http://www.abajarcolesterol.com/dieta-dash-dieta-ideal-para-cuidar-el-corazon/>

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO



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



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

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

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

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

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

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

Nombre del participante: _____

Número de cédula: _____

Firma del participante _____

ANEXO 2: TEST DE AUTOCUIDADO

Test de capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor (CYPAC-AM)

Instrumento para evaluar la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad, tomado de y validado por Millán Méndez. Licenciado en Enfermería. Especialista de I grado en Enfermería Comunitaria. Máster en Atención Primaria de Salud. Profesor Asistente de Enfermería. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol26_4_10/enf07410.htm

Datos generales

No.	Preguntas	Respuestas
1	Edad	_____ años
2	Género	Masculino___ Femenino___
3	Etnia	Blanco___ Mestizo___ Indígena___ Afro-ecuatoriano___
4	Estado civil	Soltero___ Casado___ Viudo___ Divorciado___
5	Nivel de instrucción	Básica___ Bachillerato___ Técnico___ Superior___
6	Enfermedades que padece	
7	Capacidades especiales	Si___ No___Cuál

Categorías a medir

A. Actividad Física

No.	Preguntas	Respuestas		
		Si	No	A veces
1	Puede movilizarse sin ayuda			
2	Participa en el círculo de abuelos			
3	Practica ejercicios físicos sistemáticamente			
4	Camina 10 cuadras (1km) diario y/o sube escaleras			

B. Alimentación

No.	Preguntas	Respuestas		
		Si	No	A veces
1	Prepara sus alimentos y/o se alimenta sin ayuda			
2	Tiene establecido un horario fijo para comer			
3	Prefiere los alimentos salcochados que fritos			

4	Ingiere la dieta indicada aunque no le guste			
---	--	--	--	--

C. Eliminación

No.	Preguntas	Respuestas		
		Si	No	A veces
1	Puede controlar sus esfínteres y eliminar sin ayuda			
2	Tiene un patrón intestinal diario con horario regular			
3	Tiene como hábito observar sus deposiciones			
4	Tiene como hábito ingerir agua entre las comidas (6 o más vasos al día comenzando por la mañana al levantarse)			

D. Descanso y Sueño

No.	Preguntas	Respuestas		
		Si	No	A veces
1	Puede controlar su período de descanso y sueño			
2	Tiene hábito de descansar sin dormir después de comer			
3	Tiene el hábito de irse a la cama a un horario fijo			
4	Procura dormir las horas necesarias diarias (5 horas diariamente sin necesidad de medicamentos)			

E. Higiene y Confort

No.	Preguntas	Respuestas		
		Si	No	A veces
1	Puede mantener su higiene y confort sin ayuda			
2	Se baña diariamente, y a un horario establecido			
3	Acostumbra bañarse con agua tibia			
4	Usa una toallita independiente para secarse los pies			

F. Medicación

No.	Preguntas	Respuestas

		Si	No	A veces
1	Se responsabiliza con su medicación y puede controlarla			
2	Cumple estrictamente con el tratamiento indicado			
3	Solo toma medicamentos que le indica su médico			
4	Si necesita algún medicamento consulta a un médico			

G. Control de la salud

No.	Preguntas	Respuestas		
		Si	No	A veces
1	Tiene control y puede responsabilizarse con su salud			
2	Controla su peso o sabe cuánto debe pesar			
3	Conoce la frecuencia de sus consultas y asiste a ellas			
4	Se realiza auto-chequeos periódicos en la casa (autoexamen de mamas, control de glucosa, inspección de piel y de la boca, medición de temperatura)			

H. Adicciones o hábitos tóxicos

No.	Preguntas	Respuestas		
		Si	No	A veces
1	Puede mantenerse sin ningún hábito tóxico			
2	Puede controlar la cantidad del tóxico que consume (cigarro, café y alcohol)			
3	Tiene un hábito tóxico, pero intenta deshacerse de él			
4	Tiene más de un hábito pero intenta dejarlos			

I. Rehabilitación Física

No.	Preguntas	Respuestas		
		Si	No	A veces

1	Ha recibido rehabilitación física como tratamiento de la enfermedad hipertensión arterial			
2	Continúa con el tratamiento de rehabilitación física			
3	Considera efectivo este tipo de tratamiento en la hipertensión arterial			
4	La rehabilitación física recibida incluía algún tipo de cuidado paliativo			

Norma de evaluación del autocuidado en el paciente, atendiendo al instrumento para evaluar la capacidad y percepción del adulto mayor en la comunidad:

El ítem 1 de cada categoría determina el nivel de independencia o no, para realizar esa actividad. Si la respuesta es negativa, la persona es dependiente y por tanto tiene déficit de autocuidado para esa categoría, si la respuesta es positiva, la persona es independiente para esa actividad y entonces se miden los otros ítems.

Si tres o más respuestas positivas y ninguna respuesta negativa; se considera el autocuidado para esa categoría adecuado y se le da una puntuación de 3.

Si dos o más respuestas intermedias (a veces); se considera que el autocuidado para esa categoría parcialmente adecuado y se le da una puntuación de 2.

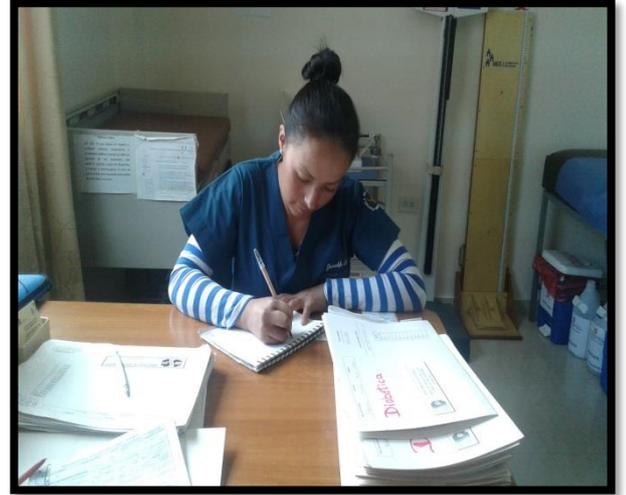
Si más de una respuesta negativa; se considera el autocuidado para esa categoría inadecuado y se le da una puntuación de 1.

Interpretación del Test

- Entre 21 y 24 puntos: percepción de autocuidado adecuado.
- Entre 16 y 20 puntos: percepción de autocuidado parcialmente adecuado.
- Con 15 puntos o menos, sin ninguna categoría evaluada de 0: percepción de autocuidado inadecuado.
- Con 15 puntos o menos, pero con al menos una categoría evaluada de 0: Sin capacidad de autocuidado, o con déficit parcial para esa categoría.
- Con 0 en más de cuatro categorías evaluadas: Con déficit de autocuidado total.

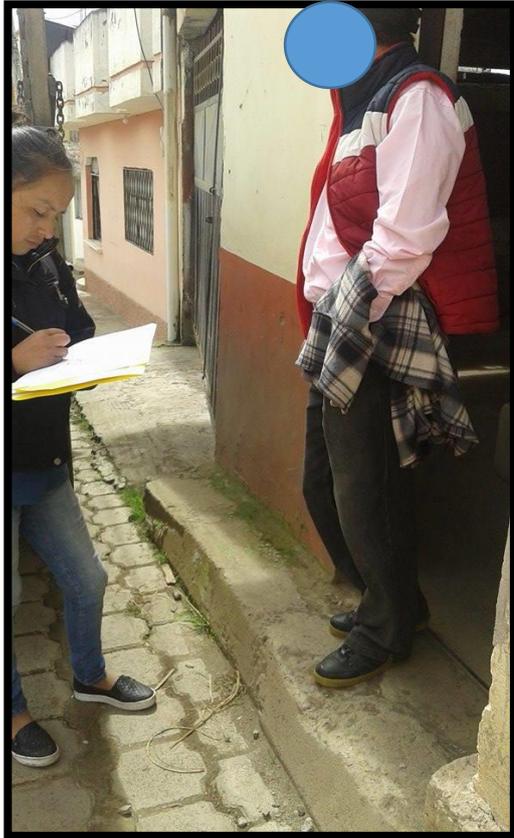
ANEXO 3 APLICACIÓN DEL TEST

Recolección de la información



Firma del consentimiento





ANEXO 4: PROPUESTA

PLAN DE ACCIÓN PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD HIPERTENSIVA CUBIJIES- QUIMIAG 2017

Introducción

Las medidas propias de medicina física y rehabilitación inician desde el primer nivel donde es importante prevenir la aparición y prevalencia de la hipertensión arterial, educando al paciente acerca de la necesidad de mantener cifras normales de tensión arterial mediante su control sistemático, dieta adecuada, equilibrada, balanceada y suficiente, los medicamentos indicados, la práctica de ejercicios físicos y estilos de vida saludable, para contrarrestar los factores de riesgo asociados a esta enfermedad, prevenir secuelas y evitar la aparición de discapacidades que afecten el desempeño del individuo en las actividades de la vida diaria, así como su calidad de vida.

Debido a la no existencia de cuidados paliativos dirigidos a la rehabilitación del paciente hipertenso perteneciente a los subcentros de Quimiag y Cubijies se propone un plan de acción para este tipo de pacientes atendiendo las particularidades y necesidades de los mismos durante el proceso de la rehabilitación en la que se integre el individuo, familia la familia y la enfermera.

Se organizarán clubes, talleres de educación y promoción de salud con el paciente y su familia con el propósito de contribuir a la modificación de los hábitos alimentarios incorrectos, los modos y estilos de vida, en relación con la enfermedad de importancia significativa durante el proceso de la rehabilitación en función de la elevación de la calidad de vida.

El Plan de renovación está estructurado en cuatro áreas de acciones: rehabilitación física, alimentación, control de la salud y modificación de estilos de vida, con sus objetivos y acciones a ejecutar mediante el fomento, la prevención y el adecuado

control de este proceso se podrá evitar y mejorar la prevalencia de hipertensión arterial, dichas acciones tendrán la participación de todo el equipo multidisciplinario, en el que la enfermera desempeñara un rol fundamental,

Objetivo:

- ✓ Implementar un plan de acción para los pacientes hipertensos de los subcentros de Cubijes y Quimiag con el fin de mejorar su calidad de vida.

Área de acción: Rehabilitación física

Objetivo: Ejecutar ejercicios físicos que favorezcan la mejoría o compensación de la hipertensión arterial en los adultos, el mejoramiento de la condición física de modo que se favorezca un mayor nivel de autonomía física y se contrarresten las acciones del proceso de envejecimiento y el aumento de la calidad de vida.

Acciones:

El programa de la actividad física va dirigido al tratamiento de los adultos hipertensos diagnosticados, clasificados y bajo prescripción médica previa por un facultativo ya sea médico o especialista.

Tipos de ejercicios a realizarse

- ✓ Calentamiento: Ejercicios de estiramientos y ejercicios de movilidad articular. (Los ejercicios de estiramiento y para la movilidad articular los adultos deben realizar entre 8 y 12 repeticiones de cada uno de los ejercicios de movilidad articular y respiratorios, debiendo mantener la posición entre 10 y 15 segundos durante los ejercicios de estiramiento).
- ✓ Ejercicios fortalecedores: sin implementos (Semicuclillas y abdominales) y con implementos (ejercicio para el bíceps).
- ✓ Ejercicios aerobios (Marcha en el lugar sin desplazamiento, semiflexión de rodillas), flexión y extensión de las rodillas, deslizamiento lateral de las piernas, entre otras
- ✓ Ejercicios respiratorios (Parado en posición anatómica realizar inspiraciones y espiraciones pausadas, aumentando de forma gradual la cantidad de aire, después espirar lentamente por la boca, la cabeza permanece estática)
- ✓ Ejercicios de relajación muscular (Caminata alrededor del terreno, realizar movimientos libres de brazos y piernas (suaves y relajados) durante 15 segundos), entre otros.
- ✓ Los deportes intensos no se recomiendan en pacientes con HTA, ya que producen altos niveles de catecolaminas aumentando el riesgo de HTA. Un ejemplo son los levantamientos de cargas máximas, que elevan excesivamente las presiones diastólica y sistólica

Indicaciones generales

- ✓ Los ejercicios físicos deben realizarse bajo prescripción médica.
- ✓ La responsabilidad de la misma recaerá sobre un fisioterapeuta.
- ✓ Se deberá tener presente la medición de la tensión arterial antes de los ejercicios físicos y después de concluido los mismos, si las cifras de la tensión arterial están elevadas, a partir de 140/90 mmHg. No realizar ejercicios.
- ✓ Acudir con ropa y calzado adecuado para la realización de los mismos.
- ✓ El vestuario debe ser acorde con la temperatura.
- ✓ La hidratación es muy importante al culminar con los ejercicios.
- ✓ Si presenta falta de aire, dolor de pecho, mareos o fatiga se deberá suspender los ejercicios..
- ✓ La intensidad y duración de los ejercicios físicos se irán incrementando gradualmente
- ✓ Después de ingerir los alimentos esperar de una a 2 o 3 horas para realizar los ejercicios.
- ✓ Evitar utilizar ropa que eviten la transpiración de piel
- ✓ Los ejercicios aprendidos deben ser repetidos en la casa conjuntamente con la familia
- ✓ Llevar un registro de la tensión arterial tomados en la casa, medidas siempre a la misma hora preferiblemente en las mañanas, antes de desayunar.
- ✓ Al culminar los ejercicios recomendar ejercicios de relajación muscular.

Responsables: Fisioterapeuta y Enfermera

Área de acción: Alimentación

Objetivo: Promover la alimentación sana a fin de propiciar la salud y el bienestar.

Acciones:

- ✓ Realizar talleres y capacitaciones para enfatizar sobre la alimentación en el hipertenso, con la participación de la familia
- ✓ Fomentar buenos hábitos alimenticios, que la dieta sea adecuada, balanceada, equilibrada y suficiente siendo una de las pautas fundamentales la dieta.
- ✓ Recomendar ingerir una dieta rica en frutas (manzanas, naranjas, plátanos, kiwis, etc.), legumbres (lentejas, guisantes, judías), verduras (coles de Bruselas, zanahorias, brócoli, coliflor, etc.), cereales (espelta, avena, trigo), vegetales y pocas grasas diarias, saturadas y totales, rica en potasio y calcio.
- ✓ Recomendar disminuir el consumo de sal común, porque aumenta el riesgo de cardiopatía y accidente cerebrovascular.

Indicaciones generales

- ✓ Se desarrollarán talleres con la participación del hipertenso y su familia, en el cual se debatirá sobre los diferentes tipos de dieta a consumir.
- ✓ Recomendar en lo posible cumplir con las siguientes dietas:

Dieta 1

- ✓ **Desayuno:** rebanada de pan integral con mantequilla sin sal, 1 naranja mediana, café descafeinado con leche desnatada.
- ✓ **Almuerzo:** ensalada de espinacas elaborado con: 4 tazas de hojas de espinaca frescas, 1 pera en rodajas, 1/2 taza de gajos de naranja, 1/3 taza de almendras, 2 cucharadas de aceite reducido con vinagre de vino tinto, 12 galletas de trigo bajas en sodio, 1 taza de Leche desnatada.
- ✓ **Cena:** bacalao al horno, 1/2 taza de arroz integral, 1/2 taza de frijoles verdes frescos, cocidos al vapor, Panecillo integral, 1 taza de bayas frescas, Té helado.
- ✓ **Aperitivos:** yogur desnatado, 4 galletas de vainilla.⁴⁰

Dieta 2

- ✓ **Desayuno:** 1 taza de té con leche desnatada con edulcorante, 1 rebanada de pan de trigo tostado, 1/2 plátano.
- ✓ **Media Mañana:** 1 yogur natural desnatado, 1/2 taza de cereales integrales sin azúcar.
- ✓ **Almuerzo:** 200 grs. de pollo sin piel a la plancha con orégano, 1 ensalada de 1/2 pepino, 1/2 tomate, 1/2 cebolla y hojas de lechuga con 1 cucharadita de té de aceite de oliva y sin sal, 2 rebanadas de pan de trigo.
- ✓ **Media Tarde:** 1 taza de ensalada de frutas sin azúcar, 1 taza de té con leche desnatada con edulcorante, 1 vaso de zumo de naranja, 50 grs. de pasas de uvas, 50 grs. de almendras.
- ✓ **Cena:** 200 grs. de pescado a la plancha, 1/2 taza de arroz integral cocido sin sal, 1 rebanada de pan de trigo, 1 pieza de fruta.⁴¹

Dieta 3

- ✓ **Desayuno:** una taza de leche desnatada, un plátano mediano, una rebanada de pan integral con una cucharadita de queso blanco 0% grasa, un vaso de zumo de naranjas recién exprimido
- ✓ **Media Mañana:** un cuarto de taza de pasas de uvas sin semillas
- ✓ **Almuerzo:** una porción de ensalada de hojas verdes, con 100 gramos de pollo asado cortado en cubos, una cucharada de pipas de girasol, condimentada con aceite de oliva, vinagre de manzana y orégano, dos rebanadas de pan con semillas, media taza de ensalada de fruta sin azúcar.

- ✓ **Media Tarde:** un puñado de almendras sin sal
- ✓ **Cena:** una porción de pescado a la parrilla con una taza de espinaca cocida, cebolla saltada, zanahoria rallada y una cucharadita de semillas de chía, una porción de gelatina light.⁴²

Responsables: Enfermera, médico, nutricionista

Área de acción: Control de la salud

Objetivo: Aumentar la accesibilidad y el uso racional de medicamentos esenciales y técnicas de detección, diagnóstico, tratamiento, control, rehabilitación y cuidados paliativos de las enfermedades crónico no transmisibles.

Acciones:

- ✓ Formar un club de hipertensos, brindar educación a los pacientes mediante charlas y realización de talleres.
- ✓ El proceso educativo en hipertensión arterial es parte fundamental en el tratamiento y permite al paciente convertirse en protagonista de su enfermedad, al involucrarse activamente en los objetivos del tratamiento junto a su equipo de salud.
- ✓ Fomentar estilos de vida saludables, evitar el sedentarismo, consumo de alcohol, tabaco, te, café, entre otros tipos de bebidas que estimulen el incremento de la tensión arterial.
- ✓ Incentivar a los pacientes que acudan a los controles médicos periódicos.
- ✓ Realizar un control de la presión arterial diaria
- ✓ Fomentar el control de peso corporal.
- ✓ Reforzar la post-consulta

Indicaciones generales

- ✓ Para la medición de la tensión arterial no se debe utilizar los instrumentos automáticos sino el tradicional ya que disminuyen el margen de error en las mediciones.
- ✓ Llevar un registro de la medición de presión arterial el cual será tomado todos los días a la misma hora preferiblemente antes del desayuno.
- ✓ La educación durante las consultas médicas juega un papel importante para el cumplimiento del tratamiento medicamentoso.

Responsables: Enfermera, médico

Área de acción: Modificación de estilos de vida

Objetivo: Promover una vida activa de modo que se propicie el incremento del estado de salud, así como la prevención de la obesidad y de otros factores de riesgos asociados a la hipertensión arterial

Acciones

- ✓ Incorporación del hipertenso a actividades como la Bailoterapia.
- ✓ Impulsar la actividad física, implementando ejercicios aerobios como: caminatas, trote, ciclismo, natación, luego de descartar cardiopatía isquémica. Los ejercicios deben realizarse incrementando su duración de manera progresiva, hasta alcanzar 45 a 60 minutos, cinco veces por semana. No se indicarán ejercicios de fuerza o competitivos.
- ✓ Recomendar subir y bajar escaleras, caminar durante el descanso, bajarse del bus una o dos cuabras antes del destino y caminar.

Indicaciones generales

- ✓ La bailoterapia estará controlada por la enfermera, con mediciones de la tensión arterial antes y después de su práctica.
- ✓ Entendiéndose como estilos de vida al conjunto de actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas de forma individual o colectiva para satisfacer sus necesidades como seres humanos y alcanzar su desarrollo personal se debe de contribuir a la modificación de los mismos.

Responsables: Enfermera, médico del área de atención de salud.

Evaluación general

Como parte del equipo de salud va a jugar un papel fundamental la integración de la enfermera y la familia durante la ejecución del plan, el cual está comprendido en dos fases, en la primera fase se desarrollaran las acciones de rehabilitación y alimentación, estas dos áreas se ejecutaran al mismo tiempo, ya que la actividad física debe ir acompañado de una buena alimentación y se realizaran todos los días en la unidad de salud, y posteriormente se ejecutaran en el hogar. La segunda fase estará compuesta de las acciones de control de la salud y modificación de estilos de vida ya que requieren de constante educación para la modificación de los mismos, la evaluación será llevada a cabo por la enfermera llevando el seguimiento del paciente en el hogar, control de la realización de los ejercicios físicos, dieta, control de la tensión arterial, asistencia a la rehabilitación a través de las visitas domiciliarias.

