

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

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

**TÍTULO**

**“CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS. DISTRITO  
DE SALUD CHAMBO-RIOBAMBA, NOVIEMBRE 2017 – MARZO 2018”**

**AUTORAS:**

Cali Tingo Daysi Natalia

Cobos Chulli Lisbeth Irene

**TUTOR:**

PhD. Carlos Gafas González

**RIOBAMBA – ECUADOR**

**2018**

## ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL

### CERTIFICACIÓN

Mediante la presente los miembros del TRIBUNAL DE GRADUACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: “CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS. DISTRITO DE SALUD CHAMBO-RIOBAMBA, NOVIEMBRE 2017 – MARZO 2018”, realizado por las señoritas Daysi Natalia Cali Tingo y Lisbeth Irene Cobos Chulli y dirigido por: PhD. Carlos Gafas González.

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 la presente para uso y constancia de la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNACH. Para constancia de lo expuesto firman:

Riobamba, marzo 2018

MsC. Cecilia Verónica Quishpi Lucero

**PRESIDENTA**



**FIRMA**

MsC. Mayra Carola León Insuasty

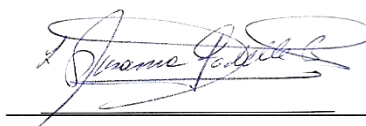
**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**



**FIRMA**

MsC. Susana Padilla Buñay

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**



**FIRMA**

PhD. Carlos Gafas González

**TUTOR**



**FIRMA**

## ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Por la presente, hago constar que he leído el proyecto de investigación titulado “CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS. DISTRITO DE SALUD CHAMBO-RIOBAMBA, NOVIEMBRE 2017 – MARZO 2018”, presentado por las señoritas Daysi Natalia Cali Tingo y Lisbeth Irene Cobos Chulli, para obtener el título de Licenciada en Enfermería y acepto asesorar a las estudiantes en calidad de tutor, durante la etapa de desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

Atentamente:

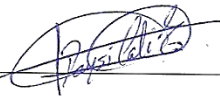


---

PhD. Carlos Gafas González

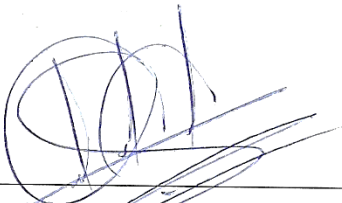
## DERECHOS DE AUTORÍA

El contenido del presente proyecto de investigación, corresponde exclusivamente a Daysi Natalia Cali Tingo y Lisbeth Irene Cobos Chulli, como responsables de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en el presente trabajo de investigación y de nuestro tutor PhD. Carlos Gafas González, el patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo.



Daysi Natalia Cali Tingo

060604359-4

Lisbeth Irene Cobos Chulli,

060411266-4

## **AGRADECIMIENTO**

*En especial damos gracias a Dios nuestro Creador por sus bendiciones y habernos permitido concluir con nuestra carrera.*

*A nuestros padres por cultivar en nosotros la semilla de la superación, además de brindarnos todo su apoyo, constancia y amor en nuestros momentos más difíciles.*

*A la Universidad Nacional de Chimborazo, a la carrera de Enfermería y a cada uno de los docentes quienes participaron en nuestra formación académica.*

*En especial a nuestro tutor el Dr. Carlos Gafas Gonzales y a la Dra. Katiuska Figueredo por su apoyo y paciencia, quienes fueron nuestros guías en la elaboración del presente trabajo.*

*A los diferentes centros, subcentros y puestos de salud del distrito Chambo-Riobamba por abrirnos las puertas en la obtención de información para el desarrollo de nuestro trabajo.*

***DAYSI NATALIA CALI TINGO,***

***LISBETH IRENE COBOS CHULLI***

## **DEDICATORIA**

*El presente trabajo va dedicado a Dios por cada una de sus bendiciones que nos ha brindado a lo largo de nuestra formación académica además de guiar nuestros pasos, a nuestros padres ser nuestro ejemplo de superación, fortaleza y dedicación.*

***DAYSY NATALIA CALI TINGO Y***

***LISBETH IRENE COBOS CHULLI***

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA.....	I
ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL .....	II
ACEPTACIÓN DEL TUTOR .....	III
DERECHOS DE AUTORÍA .....	IV
AGRADECIMIENTO .....	V
DEDICATORIA.....	VI
ÍNDICE DE CONTENIDOS .....	VII
RESUMEN .....	IX
ABSTRACT.....	X
INTRODUCCIÓN .....	1
OBJETIVOS .....	4
MARCO TEÓRICO .....	5
<b>FUNDAMENTOS TEÓRICOS CLÍNICOS Y DEMOGRÁFICOS DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL ADULTO MAYOR.....</b>	<b>5</b>
Epidemiología.....	5
Fisiopatología .....	6
Características clínicas de la HTA .....	8
Clínica en la HTA primaria, esencial o idiopática .....	8
Clínica de la HTA secundaria.....	8
Características sociodemográficas.....	9
Edad.....	9
Sexo.....	9
Nivel de escolaridad y socioeconómico .....	9
Etnia .....	10
Residencia urbana o rural .....	10

<b>Ocupación laboral</b> .....	10
<b>Factores de riesgos</b> .....	11
<b>Factores de riesgo no modificables</b> .....	11
<b>Factores de riesgo modificables</b> .....	11
<b>Prevención</b> .....	13
<b>Tratamiento</b> .....	13
<b>Accionar de Enfermería en el cuidado del adulto mayor hipertenso</b> .....	13
<b>METODOLOGÍA</b> .....	15
<b>ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b> .....	17
<b>Propuestas de acciones de enfermería</b> .....	23
<b>CONCLUSIONES</b> .....	26
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	26
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	27
<b>ANEXOS</b> .....	32



## **RESUMEN**

La hipertensión arterial afecta la salud individual a nivel mundial. En el Distrito de salud Chambo-Riobamba del Ecuador, entre noviembre 2017 a marzo 2018 se evidenció un incremento del número de adultos y adultos mayores hipertensos. Para contribuir a disminuir esa situación, se realizó una investigación descriptiva, con enfoque mixto, para identificar las características sociodemográficas y clínicas presentes en la muestra de estudio (188 individuos), la cual se determinó siguiendo un muestreo no probabilístico, mediante el cual se seleccionaron aquellos hipertensos con edades iguales o superiores a los 20 años, óptimo estado de salud mental, que dieron su consentimiento informado para participar en el estudio que se encontraron en sus viviendas en el momento de las visitas domiciliarias. Prevalcieron los hipertensos con edades entre 65 a 79 años, predominando el sexo femenino, la religión católica, autoidentificación mestiza, estado civil casado y nivel de instrucción básica. Las características clínicas mayormente referidas fueron los problemas de visión, edemas en miembros inferiores, cefalea, cansancio, mareo, insuficiencia cardiaca, artritis y dolor articular. Los factores de riesgos modificables observados fueron la exposición a hábitos tóxicos como el consumo de café, tabaco y alcohol. Se presentó una propuesta de acciones y actividades de enfermería considerada novedosa, tomando en consideración que las mismas fueron formuladas desde un posicionamiento sanitario de una educación para la salud incluyente, renovada y de calidad, dirigida al control y seguimiento del adulto y adulto mayor hipertenso.


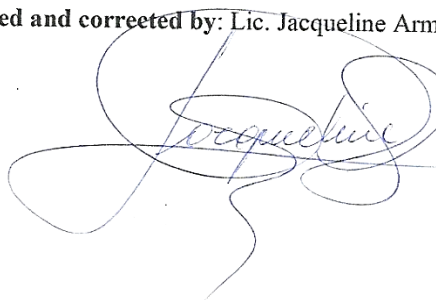
**Palabras clave:** características sociodemográficas, características clínicas, factores de riesgos, acciones de enfermería.

## ABSTRACT

High blood pressure affects individual's health worldwide. In the Chambo-Riobamba Health District of Ecuador, between November 2017 and March 2018 there was an increase in the number of hypertensive adults and seniors. To contribute to diminishing this situation, a descriptive investigation was carried out, with a mixed approach. For describing the sociodemographic and clinical characteristics that are presented in the study sample, 188 individuals were determined as a non-probabilistic sample. Those hypertensive patients were selected under the same ages or older than 20 years, including its optimal mental health status. They gave their informed consent to participate in the study, which were found in their homes at the time of home visits. Hypertensive patients prevailed with ages between 65 and 79 years, predominating the female sex, the catholic religion, mestizo self-identification, marital status and basic level of education. The clinical characteristics mostly referred to were those like vision problems, lower limb edema, headache, fatigue, dizziness, heart failure, arthritis and joint pain. The modifiable and observable risk factors toxic habit exposure such as coffee, tobacco and alcohol consumption. A new proposal about nursing actions and activities considered was presented by taking into consideration health positioning formulation under an inclusive, renewed and qualified health education which aim is to control and monitor hypertensive adults and hypertensive elders.

**Key words:** sociodemographic characteristics, clinical characteristics, risk factors, nursing actions.

Reviewed and corrected by: Lic. Jacqueline Armijos, MsC.



## INTRODUCCIÓN

Según datos ofrecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2017 las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) continuaron representando un problema de salud pública no resuelto, constituyendo las mismas una de las principales causas de muerte y discapacidad a nivel universal. Estas se caracterizan por ser entidades de larga duración, resultantes de la combinación de varios factores individuales y colectivos; entre los que se encuentran: genéticos, fisiológicos, ambientales, conductuales, dietéticos; así como aquellos riesgo metabólicos relacionados con la obesidad y el sedentarismo, el aumento de la glucosa en sangre y de los triglicéridos, dando lugar de esa forma a la aparición de enfermedades cardiovasculares como la Hipertensión Arterial (HTA).<sup>(1)</sup>

En ese mismo año, esa organización internacional afirmó que a nivel mundial fallecen cada año 40 millones de personas a causa de ECNT, cifra que representa el 70% de todas las muertes por ese tipo de enfermedades; de las cuales, casi la mitad ocurren de manera prematura, lo que expresa que estas acontecen antes de que el individuo alcance los 70 años la edad.<sup>(1)</sup>

Del abanico de entidades que se agrupan bajo la clasificación general antes dicha, las enfermedades cardiovasculares son responsables del 17,7 millones de pérdidas de vida humanas a nivel universal.<sup>(1)</sup>

Autores como Weschenfelder y Gue,<sup>(2)</sup> plantean que la HTA es considerada una enfermedad y factor de riesgo en sí misma, que al no ser controlada oportunamente puede provocar complicaciones, entre las que se encuentran el Infarto Agudo de Miocardio (IMA), la Hipertrofia Ventricular y la Insuficiencia Cardíaca. A nivel de los vasos sanguíneos puede producir Aneurismas y zonas de debilidad en la pared vascular, lo que aumenta las probabilidades de obstrucción o hemorragia de sangre hacia el cerebro, pudiendo esto causar Accidente Cerebro Vascular (ACV). Además, esa entidad puede originar Insuficiencia Renal, Ceguera; así como rotura de los vasos sanguíneos a otros niveles y deterioro cognitivo.

Al analizar la relación existente entre la HTA y los antecedentes patológicos personales y familiares, autores como Galarza y col.,<sup>(3)</sup> plantean que la existencia de estos incrementan en un 25% la probabilidad de desarrollar la enfermedad hipertensiva en alguna etapa de la vida. De igual manera, la presencia de un Índice de Masa Corporal (IMC) igual o mayor a 25,

expresión que ubica al enfermo en la categoría sobrepeso, constituye uno de los factores de riesgo más importantes para padecer dicha enfermedad.

La OMS, en su informe general sobre HTA en el mundo, ratifica el posicionamiento clínico teórico de que esta enfermedad cursa con una variada sintomatología de origen multicausal; entre los que se encuentran: cefalea, zumbido de oídos, dificultad respiratoria, mareo, dolor torácico, palpitaciones y hemorragia nasal, entre otros. Al respecto, resulta importante destacar que si bien la sola presencia de los mismos no es indicativa de esta enfermedad, la existencia de estos puede ser peligrosa, constituyendo una señal de advertencia de la necesidad de modificar significativamente el estilo de vida de los pacientes que padecen algunos de estos síntomas.<sup>(4)</sup>

Entre las características sociodemográficas que afectan a esta enfermedad cardiovascular se encuentra que la misma aumenta con la edad, disminuye con la escolaridad elevada y en sociedades con mejores condiciones de vida. Afecta con mayor frecuencia a individuos de la raza negra, sobrepesos, diabéticos y en aquellos que transitan por la viudez; mientras que su prevalencia es menor en personas solteras.<sup>(2)</sup>

Al decir de investigadores como Zubeldia y col.,<sup>(5)</sup> a nivel mundial este tipo de enfermedad cardiovascular es responsables de aproximadamente 7,5 millones de muertes, evidencia científica que la posiciona como un problema de salud pública global. Al analizar la relación existente entre el aporte que la morbilidad hace a la mortalidad, diferentes autores coinciden en que, en el caso de América Latina, la primera contribuye con un elevado número de pacientes portadores de ese diagnóstico, dato que fluctúa entre el 20% y 35% del total de la población adulta que conforma ese extenso territorio que agrupa a más de una veintena de países del continente americano.<sup>(1-6)</sup>

Al respecto, según resultados investigativos ofrecidos por Galarza y col.,<sup>(3)</sup> la prevalencia global de esta enfermedad varía de un país y localidad a otra; observándose que en el año 2014, dicho indicador mostró un comportamiento ascendente en algunos países de la región, datos que se ofrecen a continuación: Colombia 23%, Ecuador 28.7%, Nicaragua 31.6% y Venezuela 33%.

En el caso particular del segundo de estos países; en ese mismo año el Ministerio de Salud Pública (MSP) tras la aplicación de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT-

ECU) puso a disposición de la comunidad científica la tasa de prevalencia de HTA calculada por etnias en individuos de ambos sexos con edades comprendidas entre los 18 y 59 años de edad; información que se muestra en orden decreciente como sigue: 13.6% en Montubios, 13.4% en Afroecuatorianos y 5.3% en población Indígena.<sup>(6)</sup>

Los datos antes referidos posicionan a Ecuador entre uno de los países con mayor número de hipertensos en población adulta,<sup>(8,9)</sup> situación que aunque similar a la que acontece a escala mundial, requiere del desarrollo de acciones dirigidas a mitigar las consecuencia resultante de esa enfermedad y sus complicaciones.<sup>(9)</sup>

En el contexto local de la Zona 3, según datos ofrecidos por el MSP en su ejercicio académico gubernamental de rendición de cuentas a la población y a la comunidad científica nacional e internacional; sustentado en los datos recopilados mediante la aplicación de la encuesta ENSANUT-ECU,<sup>(6)</sup> se reportó en el año 2014 una prevalencia de hipertensión para ambos sexos en población con edades superiores a los 18 años de 4376 pacientes; cifra predictivamente creciente.

En correspondencia con esa opinión estatal, los datos ofrecidos por el MSP en su documento sobre las principales causas de morbilidad ambulatoria de julio de 2017<sup>(9)</sup> corroboran dicho juicio especializado, al mostrar una prevalencia de 1469 hipertensos en el Distrito de salud Chambo-Riobamba.

Tomando en consideración el criterio de los autores de la investigación que se representa referente a la necesidad de que el Estado, los gobiernos locales y de salud y las comunidades en general, intensifiquen sus esfuerzos para promover el desarrollo de conductas generadoras de salud entre la población ecuatoriana; se desarrolla este estudio motivado en el sentir investigativo de aportar a nivel zonal y local de salud, y a la ciencia en general, una caracterización de la población distrital en cuestión, a través de la exploración de un conjunto de variables sociodemográficas, clínicas y de factores de riesgos que permitan desde ese análisis, proponer acciones específicas de Enfermería que contribuyan a modificar el curso de esta afección y la prevención de complicaciones.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

- Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes adultos y adultos mayores hipertensos atendidos en el área de influencia del Distrito de Salud Chambo-Riobamba, durante el período noviembre 2017 a marzo 2018.

### **Objetivos específicos**

- Caracterizar la población de estudio según variables sociodemográficas y clínicas.
- Identificar factores de riesgos de enfermedades cardiovasculares presentes en esta población.
- Proponer acciones y actividades de enfermería que contribuyan a la disminución de los factores de riesgos modificables identificados y a la prevención de complicaciones.

## **MARCO TEÓRICO**

### **FUNDAMENTOS TEÓRICOS CLÍNICOS Y DEMOGRÁFICOS DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL ADULTO MAYOR**

La OMS indica que la HTA, también conocida como tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos al ser bombeada por el corazón. Cuanta más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el músculo cardíaco para bombear.<sup>(4)</sup>

Según criterios ofrecidos por la American College of Cardiology (ACC) y por la American Heart Association (AHA), las cifras de tensión arterial (TA) se dividen en:<sup>(7)</sup>

TA Normal: con una presión sistólica menor a 120 mmHg y una presión diastólica menor a 80mmHg.

TA Elevada: con una presión sistólica entre 120 y 129 mmHg y presión diastólica menor de 80 mmHg.

HTA Grado I: con una presión sistólica de 130 a 139 mmHg o una presión diastólica de 80 a 89 mmHg.

HTA Grado II: con una presión sistólica mayor o igual a 140 mmHg o una presión diastólica mayor o igual a 90 mmHg.

#### **Epidemiología**

En correspondencia con el informe presentado por la OMS en el año 2017 sobre las enfermedades no transmisibles,<sup>(1)</sup> puede apreciarse que la HTA continúa ocupando un rubro preponderante entre las primeras causas de muerte a nivel global y teniendo una distribución que afecta entre el 15 al 20% de la población mundial.

Esta enfermedad constituye un factor de riesgo clave en el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares. Sobre ese particular, algunos investigadores y organismos internacionales prevén que de no adoptarse medidas oportunas y efectivas, se prorrogará por varias décadas el número de fallecidos esa causa.<sup>(1-8)</sup>

En Latinoamérica y el Caribe, entre el 20% y el 40% de los adultos padecen de HTA, cifra que agrupa alrededor de unos 250 millones de personas. En ese contexto, cada año fallecen aproximadamente de 1.6 millones de personas por esa enfermedad, de los cuales medio millón decesan antes de cumplir los 70 años de edad.<sup>(10)</sup>

En el Ecuador, los resultados epidemiológicos muestran un acumulado ascendente de individuos diagnosticados con HTA, suma que supera las 717.529 personas hipertensas con edades comprendidas entre 10 a 59 años.<sup>(6)</sup>

### **Fisiopatología**

Según autores como Bryce y col.,<sup>(11)</sup> el sistema circulatorio humano es una intrincada red de mecanismos destinados a mantener la homeostasis de presión y flujo, es entonces cuando algunos de estos factores es alterado, generando un desequilibrio intrínseco y la presión arterial aumenta.

Dichos autores, mencionan que existen algunos factores psicológicos y fisiopatológicos posibles causantes de la HTA, entre estos se destaca el estrés, factor que aumenta a expensas del inadecuado estilo de vida adoptado por la población mundial, lo que lleva al incremento en la actividad del sistema nervioso simpático y consigo a la elevación de las cifras tensionales.<sup>(11)</sup>

La sobreproducción de hormonas, como las ahorradoras de sodio y las vasoconstrictoras, así como la disminución de los vasodilatadores constituyen factores a tomar en consideración en el desarrollo de la enfermedad; por lo que resulta importante desarrollar acciones dirigidas a compensar las necesidades que esto altera en el enfermo. De igual manera, la ingesta excesiva de sodio, potasio ; así como la hiperuricemia son considerados también como posibles causas desencadenantes de la enfermedad.<sup>(11)</sup>

Para Díez y Lahera<sup>(12)</sup> la HTA es la consecuencia de un sistema en donde actúan dos factores, los cuales principian la desregulación de la PA o inductores entre los cuales se encuentran la genética, los factores ambientales, las interrelaciones genes- ambiente, y los que determinan el incremento de la PA o efectores como son los fenotipos intermedios y finales.



Sustentados en el posicionamiento teórico aportado por Brunner y col.,<sup>(13)</sup> se conoce que el control de los procesos de constricción y relajación de los vasos sanguíneos se efectúa a nivel del centro vasomotor, situado en la médula cerebral. De dicho centro nacen fibras del Sistema Nervioso Central (SNC) que descienden por la médula espinal y salen de esta a la altura de los ganglios simpáticos torácicos y abdominales;<sup>(12)</sup> aspectos fisiopatológicos que influyen en el control de la TA.

La estimulación del centro vasomotor origina la transmisión de impulsos por el sistema nervioso simpático hasta los ganglios homónimos. Sitio en el cual las neuronas preganglionares liberan acetilcolina que estimula las fibras nerviosas postganglionares que llegan a los vasos sanguíneos, donde la liberación de noradrenalina provoca la vasoconstricción de dichos conductos y consigo aumento de la tensión arterial que se traduce en HTA.<sup>(12)</sup>

Además de los mecanismos fisiopatológicos antes descritos, existen otros factores como la sobre carga emocional, la ansiedad, el estrés y el miedo, que igualmente pueden influir en la respuesta vascular a estos estímulos vasoconstrictores, provocando HTA, respuesta fisiológica que sugiere o se aproxima a explicar por qué las descargas de noradrenalina provocan aumento de las cifras de tensión arterial; sobre todo en aquellos individuos hipertensos con dificultades para el manejo de su propio autocontrol.<sup>(13)</sup>

Como parte de los mecanismos fisiopatológicos explicados, la glándula suprarrenal se estimula al unísono con el sistema nervioso simpático, estimulándose consigo la actividad vasoconstrictora a nivel de los vasos sanguíneos, acción que ocasiona HTA.<sup>(13)</sup>

Otros de los mecanismos que intensifican la respuesta vasoconstrictora es la secreción de adrenalina, cortisol y otros esteroides, lo que propicia disminución del flujo sanguíneo renal y por consecuencia HTA, debido a que la renina liberada provoca la conversión de angiotensina II formada a partir de la angiotensina I. El efecto vasoconstrictor provocado por el proceso fisiológico referido, causa secreción de aldosterona por la corteza suprarrenal; hormona que retiene agua y sodio a nivel de los túbulos renales, agravando la hipertensión a nivel arterial.<sup>(13)</sup>

Partiendo de la comprensión de los mecanismos estructurales y funcionales descritos por Brunner y col.,<sup>(13)</sup> sobre la fisiopatología de la HTA, y de otros elementos fisiológico

señalados por algunos investigadores<sup>(14-15)</sup> se deduce que debido a que a medida que avanza la edad, tiende a tener mayor presencia la aterosclerosis, a aumentar la pérdida de elasticidad en el tejido conectivo, a disminuir la relajación del músculo vascular liso, provocando esto un decline de la capacidad de los vasos para distenderse y retraerse. En virtud de lo antes descrito, la aorta y las grandes arterias pierden su funcionalidad para acomodar el volumen de sangre bombeada por el corazón, reduciéndose consigo el gasto cardíaco, lo que aumenta la resistencia periférica,<sup>(13)</sup> provocando esto mayores probabilidades de la instauración de complicaciones secundarias a la enfermedad hipertensiva.

### **Características clínicas de la HTA**

En la determinación de las características clínicas se tomará en consideración la clasificación de esta enfermedad en primaria, esencial o idiopática y en hipertensión secundaria, ofrecida por Alcazar y col.,<sup>(15)</sup> los que consideran que la primera clasificación se establece cuando en tres mediciones seriadas la presión arterial es constantemente mayor de lo normal, sin causa subyacente conocida. La HTA secundaria es definida cuando la presión arterial es elevada como resultado de una causa subyacente conocida, frecuentemente corregible.

### **Clínica en la HTA primaria, esencial o idiopática**

Es una HTA leve, del tipo Grado I, en la que se constatan cifras tensionales elevadas no complicadas. Frecuentemente, esta suele cursar de modo casi asintomático. En algunos casos el paciente suele referir cefalea de localización frontal y occipital, con una forma de presentación persistente. La presencia simultánea de palpitaciones, molestia torácica, mareo, aturdimiento, etc. suele ser inespecífica y reflejaría cuadros de ansiedad asociados.<sup>(15)</sup>

### **Clínica de la HTA secundaria**

La mayoría de los síntomas y signos que refiere el hipertenso son debido a la comorbilidad asociada por afectación acompañante en otros órganos diana, las cuales frecuentemente pueden aparecer a nivel del aparato cardiovascular, renal y nervioso central.<sup>(15)</sup>

De manera general, las manifestaciones clínicas de la HTA pueden tener un sustrato hipertensivo o aterosclerótico según el tipo de complicaciones, aunque lo más frecuente es encontrar patología mixta, lo que puede dar lugar a una sintomatología abigarrada.<sup>(15)</sup>

## **Características sociodemográficas**

Para determinar las mismas; se tendrán en cuenta las variables edad, sexo, nivel de escolaridad y económico, raza, residencia y ocupación, las que se describen a continuación:

**Edad:** la determinación de esta variable permitirá considerar al envejecimiento como una etapa del ciclo vital, acompañado de cambios metabólicos y degenerativos que afectan diversos órganos incluyendo la pared vascular, cuya rigidez y aumento progresivo de la resistencia a nivel periférico constituyen determinantes de importancia en el desarrollo o progresión de la HTA en los grupos etarios más vulnerables y en los longevos.<sup>(16)</sup>

Autores como Quispe y Ortiz<sup>(14)</sup>, detallan la prevalencia de HTA en el intervalo de edad comprendido entre los 70 a los 80 años, es explicada desde el aspecto fisiológico; condición especialmente dependiente del componente sistólico; presentándose en esta etapa de la vida endurecimiento y disminución de la elasticidad de la aorta y los grandes vasos del anciano, aumento del grosor de la capa íntima; así como aumento fisiológicamente progresivo del contenido de esteroides de colesterol y fosfolípidos, desdoblamiento y fragmentación de la capa elástica, lo que provoca endurecimiento, rigidez y disminución de la luz arterial; factores que influyen en el desarrollo y evolución de difícil manejo de la HTA en los adultos mayores.

**Sexo:** en relación a esta variable, a nivel mundial la prevalencia de la HTA es semejante entre hombres y mujeres, pero más elevada en los hombres hasta los 50 años cambiando a partir de la quinta década. Esto sucede porque las mujeres en edad reproductiva generan estrógenos, hormonas que ayudan a disminuir el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, lo antes dicho no quiere decir que las mujeres en edad fértil son inmunes a este tipo de enfermedad.<sup>(14)</sup>

**Nivel de escolaridad y socioeconómico:** estas variables reportan una mayor incidencia de HTA en pacientes con pocos años de escolaridad. El nivel de educación es uno de los marcadores del estado socioeconómico, el que está relacionado en forma inversamente proporcional con la prevalencia e incidencia de HTA, las complicaciones y evolución de ésta; debido, entre otras razones que, a menor instrucción y condiciones de vida, mayor dificultad para realizarse autocuidados y comprender su importancia.<sup>(17)</sup>

El nivel de instrucción bajo explica el desconocimiento por parte de la población de aquellos aspectos de la HTA más importantes para el mantenimiento de su salud de forma efectiva. Entre estos se destaca la importancia de una adecuada adherencia al tratamiento médico, generación de un estilo de vida saludable, alimentación balanceada, baja en sodio y rica en hortalizas, frutas, verduras; así como la práctica sistemática de ejercicio físico.<sup>(14)</sup>

**Etnia:** el estudio de esta variable por los investigadores dedicados a ahondar en la búsqueda del conocimiento científico que explique la relación existente entre los indicadores sociodemográficos y el desarrollo de la HTA como enfermedad y factor de riesgo comórbido,<sup>(21,22)</sup> ha permitido conocer que dicha condición racial predispone a esos individuos a padecer esa enfermedad; debido a razones de origen genético que se sustenta en el fundamento teórico de la herencia ligada al sexo.<sup>(19)</sup>

**Residencia urbana o rural:** la determinación de esta variable permite identificar que la HTA afecta tanto a individuos que residen en zona rural como urbana, criterio que se corresponde con la distribución de la enfermedad descrito en el acápite Epidemiología. Sin embargo, la triangulación de ese análisis con la determinante del estado de salud de la población referente a la accesibilidad a los servicios de salud, explica que la zona de residencia y la posibilidad de acceso oportuno a una atención médica especializada, pudieran condicionar la aparición de la enfermedad hipertensiva y retardar la instauración de complicaciones. Elemento que cobra mayor valor al asociarse al desarrollo de conductas generadoras de salud; debido entre otras razones a que en la zona rural existe una tendencia a un estilo de vida más sano que en la urbana.<sup>(18)</sup>

**Ocupación laboral:** el análisis de esta variable facilita la comprensión de que el tipo de trabajo que realizan los individuos guarda relación directa con estrés psicosocial y la sobrecarga laboral, elementos que al aparecer de forma aislada o en asociación pueden provocar HTA y potencializar las complicaciones derivadas de la misma. Lo antes dicho se sustenta fisiopatológicamente en el aumento del gasto cardíaco y de los niveles de catecolaminas, provocando esta o estas condiciones una disfunción del sistema renina-angiotensina-aldosterona; lo que genera una resistencia periférica a nivel de los vasos sanguíneos con el consiguiente aumento de la presión arterial.<sup>(14-20)</sup>

## **Factores de riesgos**

Indican Garcés y col.,<sup>(21)</sup> que para el análisis de los factores de riesgos que predisponen o favorecen la aparición de la enfermedad hipertensiva, deberá tomarse en consideración la clasificación de estos según sus posibilidades de modificación, entre los que se encuentran aquellos considerados como modificables y no modificables.

### **Factores de riesgo no modificables**

Entre los principales factores de riesgo considerados como no modificables se encuentran la edad, sexo, factores genéticos/historia familiar. A continuación, se describen estos en relación a la HTA.

**Edad:** en este factor de riesgo se puede determinar que las personas de más edad tienen mayor probabilidad de desarrollar enfermedad coronaria que la gente joven. Cuando las personas envejecen son más susceptibles al ataque cardiovascular que cuando eran jóvenes. Las enfermedades cardiovasculares afectan a los hombres tanto de mediana edad como a los mayores; pero en el caso de las mujeres, esta patología afecta fundamentalmente a las ancianas.<sup>(21)</sup>

**Sexo:** la determinación de dicho factor de riesgo se indica que los hombres tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedad coronaria. Las mujeres por lo general no se ven afectadas por esta enfermedad hasta después de la menopausia, lo que se atribuye a una disminución en los niveles de estrógenos y a un aumento de los lípidos en la sangre.<sup>(21)</sup>

**Historia familiar – genética:** el estudio de los factores de riesgos cardiovasculares revela la existencia de una tendencia familiar, de origen hereditario, para el desarrollo de enfermedad coronaria. Lo que explica que existe un aumento del riesgo de sufrir enfermedad coronaria cuando un familiar directo, hombre menor de 55 años o mujer menor de 65 años, ha fallecido por esa causa o ha sufrido un IMA.<sup>(22)</sup>

### **Factores de riesgo modificables**

Debido a la condición que clasifica a este tipo de factores de riesgos modificables, los mismos resultantes de gran interés para la comunidad científica, debido a que en ellos se puede actuar de forma preventiva. Entre estos se encuentran: tabaquismo, hipercolesterolemia, diabetes mellitus (DM) y sobrepeso/obesidad (particularmente la

obesidad abdominal o visceral), los que frecuentemente se unen a la inactividad física.<sup>(22)</sup> A continuación, se describen estos en relación a la HTA.

**Tabaquismo:** este factor modificable tiene una estrecha relación con las enfermedades cardiovasculares. Al respecto, resulta importante tener en cuenta que el riesgo de presentar un IMA se duplica en los fumadores más que en los individuos que no fuman. Dicho tóxico daña la capa interna de las arterias produciendo un endurecimiento y un estrechamiento de ellas, lo que disminuye el riesgo sanguíneo y aumento la probabilidad de padecer de presión arterial alta.<sup>(22)</sup>

**Diabetes Mellitus:** este trastorno metabólico constituye además un factor de riesgo cardiovascular que al asociarse con la HTA causa una sinergia entre ambos, lo que provoca que la descompensación del primero pueda alterar al segundo y viceversa. No es tan sólo una enfermedad frecuente en la actualidad, sino que se prevé que su prevalencia aumente, sobre todo en los países desarrollados. El riesgo cardiovascular de una persona diabética de padecer un evento cardíaco es igual al de una persona no diabética que haya tenido un IMA e incrementa la posibilidad de ECV o afectación de las arterias periféricas.<sup>(22)</sup>

**Dislipidemias:** el colesterol elevado en la sangre causa un aumento en la cantidad de placa de ateromas en las arterias y consigo la enfermedad de las arterias coronarias. Un nivel alto del colesterol LDL aumenta el riesgo de padecer enfermedades del corazón, al igual que un nivel bajo del colesterol HDL. Las investigaciones clínicas demuestran que la disminución de los niveles reduce el riesgo de padecer enfermedades del corazón.<sup>(22)</sup>

**Obesidad:** el incremento de la incidencia de la obesidad representa un factor de riesgo indicativo de que durante las últimas décadas ha aumentado de manera drástica esta problemática sanitaria a nivel mundial y consigo la aparición de otras enfermedades a ella asociada. La OMS estima que en todo el mundo existen más de 1.000 millones de adultos con sobrepeso. La obesidad se asocia a una diversidad de problemas de salud, entre los que se encuentran el aumento del riesgo de resistencia a la insulina, la DM tipo II, la hepatopatía, aterosclerosis y enfermedades cardiovasculares, entre otras.<sup>(22)</sup>

**Sedentarismo:** la falta de ejercicio y el mal hábito de no realizarlos se considera como uno de los factores con mayor índice de riesgo en el desarrollo de una enfermedad cardíaca e incluso se ha establecido una relación directa entre el estilo de vida sedentario y la mortalidad

cardiovascular. Una persona sedentaria tiene más riesgo de sufrir arterioesclerosis, hipertensión y enfermedades respiratorias.<sup>(22)</sup>

## **Prevención**

Esta actividad de la Salud Pública representa un importante aspecto en el control de las enfermedades. La misma se divide en primaria y secundaria.

En el caso particular de la enfermedad hipertensiva, la primera de estas se orienta a la reducción de los factores de riesgo asociados a la HTA, mediante la aplicación de acciones que se encuentran en los programas de educación para la salud que incluye la enseñanza de un consumo moderado de sodio, dietas bajas de grasas saturadas, la conservación adecuada de peso corporal según la talla del paciente, erradicación del hábito de fumar, el consumo moderado de alcohol, y el uso de estrategias efectivas de afrontamiento situacional para minimizar el estrés. La prevención secundaria, identifica y controla los grupos de alto riesgo como son los de raza negra, los individuos obesos, con sobrepeso y/o con antecedentes familiares de HTA.<sup>(23)</sup>

## **Tratamiento**

Se clasifica en farmacológico y no farmacológico. El primero radica en el suministro de medicamentos antihipertensivos que se pueden administrar solos o combinados, estos varían de acuerdo a los niveles de la TA y riesgo cardiovascular presente en el paciente; sobre todo en aquellos con HTA grado II. En hipertensos grado I cuando falla el régimen no farmacológico. Se recomienda cuatro clases de medicamentos antihipertensivos, entre los que se encuentran:

- Inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA): Enalapril, Captopril 2.
- Antagonistas de la angiotensina II (ARA II): Losartan, Valsartan
- Bloqueadores de los canales de calcio o calcio y antagonistas (BCA) Nifedipina, Amlodipino, Verapamilo,
- Diuréticos (D): Furosemida, Espirolactona,<sup>(23)</sup>

## **Accionar de Enfermería en el cuidado del adulto mayor hipertenso**

El rol del personal de enfermería es esencial en el cuidado, diagnóstico y seguimiento en pacientes con hipertensión arterial. El cuidado de enfermería a través de los años ha adquirido

una mayor importancia debido a la utilización del método científico para su desarrollo. En relación con la HTA, autores como Valverde,<sup>(24)</sup> resalta el papel trascendental que este profesional sanitario desempeña en el cuidado y control de esta enfermedad, al participar activamente junto al paciente en las diferentes etapas de su proceso patológico, proporcionando atención diferenciada según requerimientos individuales del enfermo.

En relación con la importancia del manejo integral de la HTA y del paciente hipertenso, según criterios ofrecidos por Valverde<sup>(24)</sup> y por Gandarillas<sup>(25)</sup> este debe abarcar tanto las medidas farmacológicas como las no farmacológicas, dado que en numerosas oportunidades el individuo enfermo presentan comorbilidades, las que deben ser tratadas de forma simultánea, pues de lo contrario resultaría complejo el control de enfermedad hipertensiva.

En complemento con lo anterior, Gandarillas<sup>(25)</sup> también indica que las intervenciones de enfermería resultan de gran importancia para lograr en el paciente cambios de conducta en el afrontamiento de la enfermedad.

La Guía de Práctica para la atención de enfermería del adulto con HTA sugiere que entre los cuidados no farmacológicos a desarrollar en el adulto mayor hipertenso se encuentra la medición del Índice de Masa Corporal. Dicha literatura recomienda realizar al menos dos mediciones las cuales deben ser promediadas, otro de los cuidados se relaciona con la educación a los pacientes en la restricción de la ingesta de sal de mesa común en cantidades menor a los cinco gramos por día; moderación del consumo de alcohol, en un máximo diario en hombres de 60ml lo que corresponde a dos copas y mujeres de 30ml lo que es igual a una copa, consumo abundante de frutas, verduras mínimo cinco porciones diarias y granos integrales, reducir la ingesta de grasas en general con énfasis las saturadas, mantener un peso corporal acorde a la talla. Se aconseja la práctica regular de 30 minutos mínimos de ejercicios físicos de intensidad moderada, fomentar la deshabitación y eliminar la exposición al tabaco, es fundamental el control del estrés.<sup>(26)</sup>

Para la consecución de lo antes dicho, resulta importante realizar trabajo en equipo, actuando de forma conjunta y brindando de esta manera cuidados específicos y de mayor calidad.<sup>(22)</sup>



## **METODOLOGÍA**

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y de campo, con enfoque mixto; con el objetivo de caracterizar los pacientes adultos y adultos mayores hipertensos atendidos en las unidades de salud (24) que conforman el Distrito Chambo-Riobamba, entre las que se encuentran: Flores, Guantul, San Luis, Chambo, Llucud, San Francisco, Pungalá, Puruhay, Guaslan, Licto, San Ana de Guagñag, Santa Rosa, Cubijies, Quimiac, San Juan, Calpi, Lican, Cacha Chuyug, Cacha Guashi, Cacha Machangara, Pucara Quinchi, San Miguel de Quera, La Panadería y La Georgina; durante el periodo comprendido entre noviembre de 2017 a enero de 2018.

La población de estudio estuvo conformada por la totalidad de individuos con diagnóstico de hipertensión arterial (287) reportados por los Centros de Salud donde se desarrolló la investigación.

Para la selección de la muestra, se siguió un muestreo no probabilístico de tipo intencional o por conveniencia, mediante el cual se seleccionaron aquellos pacientes hipertensos con edades iguales o superiores a los 20 años, con óptimo estado de salud mental, que dieron su consentimiento informado para participar en el estudio (anexo 1), los cuales se encontraron en sus viviendas en el momento en que se realizaron las visitas domiciliarias (188 pacientes).

Se utilizaron métodos del nivel teórico, tales como: histórico-lógico, inductivo-deductivo, teórico-práctico, analítico-sintético y lógico-abstracto. Como técnica para la recolección de los datos se empleó la encuesta, a través de un cuestionario cerrado denominado “Escala de calidad de vida y satisfacción en pacientes” (ECVS-P), tomado de Peñacoba y col., y adaptado por Figueredo Villa (anexo 2).<sup>(27)</sup> Este instrumento permitió describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes incluidos en la muestra de estudio; así como identificar las dimensiones de calidad de vida y satisfacción afectadas en los mismos.

La ECVS-P quedó conformada por 16 preguntas, las que se formularon siguiendo un formato de respuestas politómicas que permiten explorar cuatro niveles de afectación de la Calidad de Vida (CV), entre los que se encuentran las categorías de “poco”, “medio”, “bastante” y “nada”.

Las primeras once preguntas indagan sobre dimensiones básicas de CV referente a aspectos físicos, clínicos, funcionales, psicológicas, económicos, laborales, sociales y familiares. Los siguiente cuatro interrogantes valoran la satisfacción del paciente con los recursos materiales que le brinda la unidad asistencia a la que pertenece, para el cuidado de su salud; así como los que se encuentran disponibles en la unidad operativa para su atención, y el trato que reciben por parte del equipo de sanitario.

La última pregunta valora el nivel general de satisfacción que tiene el individuo hipertenso con su vida en el momento en el que se aplicó el instrumento, valoración que se efectúa a través de tres posibles opciones de respuestas que permite apreciar la CV global referida por el enfermo.

El análisis de los datos se realizó empleando técnicas de la estadística descriptiva, tales como distribución de frecuencias relativas y absolutas, los que fueron recogidos en una tabla elaborada en Microsoft Excel, para facilitar su procesamiento.

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

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Mediante la selección del cuestionario cerrado denominado “Escala de calidad de vida y satisfacción en pacientes”, tomado de Peñacoba y col., y adaptado por Figueredo Villa,<sup>(30)</sup> se aplicó un cuestionario cerrado, con el objetivo de identificar las características sociodemográficas y clínicas presentes en los pacientes adultos y adultos mayores hipertensos atendidos en el área de influencia del Distrito de Salud Chambo-Riobamba, durante el período comprendido entre noviembre de 2017 a enero de 2018; obteniéndose los resultados siguientes:

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de la población de estudio

VARIABLE	ESCALA	No	%	VARIABLE	ESCALA	No	%	
<b>Edad</b>	20-34	3	1,6	<b>Profesión u oficio</b>	Ama de casa	82	43,6	
	35-49	6	3,2		Agricultor	54	28,7	
	50-64	38	20,2		Chofer	6	3,2	
	65-79	80	42,6		Costurera	6	3,2	
	80 en adelante	61	32,4		Cocinero/a	4	2,1	
<b>Género</b>	Femenino	130	69,1		Comerciante	13	6,9	
	Masculino	58	30,9		Empleada	20	10,6	
<b>Religión</b>	Católico	155	82,4		<b>Jubilado</b>	Ninguno	3	1,6
	Evangélico	25	13,3			Si	2	1,1
	Cristiano	7	3,7		No	186	98,9	
	Testigo de Jehová	1	0,5	<b>Convivencia</b>	Esposa/o	79	42	
<b>Identificación</b>	Blanco	1	0,5		Hijo/a	44	23,4	
	Mestizo	143	76,1		Sola/o	30	16	
	Indígena	43	22,9		Esposo/a e Hijos/as	19	10,1	
	Afro-ecuatoriano	1	0,5		Nietos	1	0,5	
<b>Estado Civil</b>	Soltero/a	24	12,8		Hijos/as y nietos	3	1,6	
	Casado/a	91	48,4		Esposa/o, Hijos/as, Nietos/as	9	4,8	
	Divorciado/a	12	6,4		Otra persona	3	1,6	
	Viudo/a	61	32,4					
<b>Nivel de Instrucción</b>	Básica	89	47,3					
	Bachillerato	10	5,3					
	Nivel Técnico	1	0,5					
	Tercer Nivel	3	1,6					
	Ninguno	85	45,2					

Las características sociodemográficas observadas en la población de estudio evidencian que el grupo etario que predominó fue el de individuos con edades comprendidas entre los 65 y 79 años (42, 6%); además, preponderó el género femenino (69,1%), la religión católica (82,4%), la etnia mestiza (76,1), el estado civil casado (48,4%), la convivencia con su

esposo/a (42%), el nivel de instrucción básica (47,3%) y la profesión ama de casa (43,6%) (tabla 1).

Similares resultados al de la presente investigación, fueron evidenciados por autores como González y col.<sup>(28)</sup> los que en el año 2017 caracterizaron una población de adultos mayores hipertensos, investigación en la que observaron un predominio de la enfermedad en pacientes del sexo femenino, afección mayormente presente en individuos del grupo de 65 y más años de edad, demostrando que a medida que avanza la edad se incrementa el riesgo de padecer esta enfermedad y con ello las complicaciones, por lo que se debe dar prioridad a este grupo de etario.

En una investigación realizada en el 2014 por Hernández y col.,<sup>(29)</sup> sobre la caracterización de pacientes hipertensos mayores de 18 años de edad, observaron que la mayoría de la población poseía una educación secundaria básica, seguida por el primario terminado y finalmente los universitarios; el 54,6% de esa muestra de estudio no contaba con ninguna vinculación laboral y los pacientes más propensos a padecer HTA y sus complicaciones fueron los jubilados.

Dicha similitud de resultados con los alcanzados en la investigación que se presenta, explica que el nivel de instrucción es un elemento a considerar debido a que a medida que este aumenta, existirá una mayor colaboración del paciente para la realización del autocuidado a su salud.

Entre los cuidados a desarrollar por el propio paciente hipertenso, con óptimo estado de validismo y salud mental, se encuentra la capacidad para llevar una adecuada adherencia al tratamiento antihipertensivo y la realización de acciones tendientes al desarrollo de una conducta generadora de salud, que contribuya al control de la enfermedad.

En cuanto a la vinculación laboral el resultado encontrado refleja que la mayoría de pacientes incluidos en el estudio se dedican al quehacer de la casa. No se encontró similitud con la variable jubilación, ya que en el presente estudio la mayor cantidad de pacientes con HTA no se ubican en esa condición de inactividad laboral.

Resultados similares sobre la caracterización del paciente hipertenso, fueron reportados por Bravo,<sup>(30)</sup> investigación en la cual el investigador observó que de forma mayoritaria

predominaron los individuos de etnia mestiza que viven en la zona rural. Resultado que coincide con el que se presenta, coincidencia que pudiera estar relacionada con procedencia rural de la muestra de estudio.

**Tabla 2.** Factores de riesgos asociados a la hipertensión arterial, presentes en la población de estudio

VARIABLE	ESCALA	No	%	VARIABLE	ESCALA	No	%
<b>Diabetes</b>	Si	14	7,4	<b>Padece otras enfermedades</b>	Si	65	34,6
	No	174	92,6		No	123	65,4
<b>Enfermedades del Corazón</b>	Si	0	0,0	<b>¿Cuáles?</b>	Varices	1	0,5
	No	188	100,0		Artritis	25	13,3
<b>Sobrepeso</b>	Si	1	0,5		Artrosis	1	0,5
	No	187	99,5		Migraña	3	1,6
<b>Cáncer</b>	Si	2	1,1		Lumbalgia	1	0,5
	No	186	98,9		Problemas de Visión	4	2,1
<b>Localización del cáncer</b>	Tiroides	1	0,5		Dolor articular	12	6,4
	Estómago	1	0,5		Hipoacusia	7	3,7
	Ninguno	186	98,9		Reumatitis Aguda	3	1,6
<b>Capacidades especiales</b>	Si	7	3,7		Tiroides	3	1,6
	No	181	96,3		Osteoporosis	1	0,5
<b>Ud. consume</b>	Café	52	27,7		Problemas oftálmicos y auditivos	3	1,6
	Tabaco/alcohol	31	16,5			2	1,1
	Tabaco/alcohol/café	1	0,5		Cefalea		
	Tabaco/café	5	2,7		Ninguno	122	64,9
	Alcohol/café	2	1,1				
	Ninguno	97	51,6				

A pesar de que en la muestra de estudio no se observó la presencia mayoritaria de factores de riesgo asociados a la HTA (tabla 2), el diagnóstico de esta enfermedad entre los adultos mayores pudiera estar asociado al consumo de café y tabaco; hábitos tóxicos que se comporta como un factor de riesgo modificable, sobre los cuales se debe incidir para disminuir la prevalencia de esta entidad y evitar las complicaciones que de los mismos se puedan derivar, entre los que se destacan la precipitación de la aterosclerosis y el daño vascular.

Los resultados encontrados en el estudio que se presenta, no coinciden con los observados por Hechavarria y col.<sup>(31)</sup> los que en una investigación dirigida a la caracterización de pacientes con hipertensión arterial hallaron que los principales factores de riesgo que se asocian esta patología resultaron ser el tabaquismo y el consumo de alcohol.

**Tabla 3.** Características clínicas de la población de estudio

VARIABLE	ESCALA	No	%
<b>Consecuencias enfermedad</b>	Si	1	0,5
	No	187	99,5
<b>¿Cuáles?</b>	Problemas de visión	11	5,9
	Edema	3	1,6
	Cefalea	10	5,3
	Cansancio	9	4,8
	Mareo	3	1,6
	Insuficiencia Cardíaca	4	2,1
	Ninguno	148	78,7

Entre las características clínicas asociadas a la HTA indagadas con la aplicación de la ECVS-P, pudo observarse que en la muestra de estudio predominó la no existencia de consecuencias derivadas de dicha entidad. Si embargo, resulta importante destacar que aunque solo un menor porcentaje de pacientes refieren presentar complicaciones, estas se asocian con mayor fuerza a los problemas de visión y a la cefalea, constituyendo la primera una causa de invalidéz total o parcial (tabla 3).

Autores como Oliveira y col.<sup>(32)</sup> igualmente observaron que al indagar sobre los principales problemas de salud que afectan la calidad de vida de los adultos mayores HTA, los mismos refieren que los problemas de la visión y de columna constituyen las enfermedades mayormente representadas. En ambas investigaciones se corroboró que la muestra de estudio presenta problemas de visión, complicación que pudiera estar asociada a la edad del paciente o la presencia de comorbilidad ocular.

**Tabla 4.** Dimensiones básicas de calidad de vida observada en la población de estudio

DIMENSIONES	ESCALA							
	Nada		Poco		Medio		Bastante	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Cambios que su enfermedad ha provocado	31	16,49	59	31,38	50	26,6	48	25,53
Cambios de carácter o de comportamiento	109	57,98	31	16,49	28	14,89	20	10,64
Limitación en su actividad física	49	26,06	47	25,0	43	22,87	49	26,06
Adaptación a las limitaciones	31	16,49	20	10,64	47	25,0	90	47,87
Independencia en el cuidado personal	26	13,83	12	6,38	19	10,11	131	69,68
La enfermedad le produce limitaciones al realizar actividades	54	28,72	51	27,13	46	24,47	37	19,68
Afecta su descanso	96	51,06	59	31,38	24	12,77	9	4,78
Problemas económicos por su enfermedad	75	39,89	61	32,45	30	15,96	22	11,7
Limitación de las relaciones con las demás personas	137	72,87	28	14,89	10	5,31	13	6,91
Limitación en su trabajo	63	33,51	61	32,45	31	16,49	33	17,55
Ha afectado a su familia	139	73,94	28	14,89	14	7,44	7	3,72

Las dimensiones básicas de CV estudiadas se clasificaron en las categorías de “nada”, “poco”, “medio” y “bastantes”; evidenciándose que prevalecieron en orden decreciente aquellas que causan cambios en la vida del adulto mayor hipertenso (83,51%), que provocan limitación en la actividad física (73,93%), que le causan al paciente limitaciones para realizar las actividades de su vida diaria (71,28%), que ocasionan problemas económicos (60,11%) y las que producen limitaciones para trabajar (66,49%)

Resultados similares a este estudio fueron referidos por Oliveira y col.,<sup>(32)</sup> en su análisis de los factores asociados a la calidad de vida del paciente hipertenso. Al respecto, ese autor refiere la existencia de una baja CV relacionada con la salud en pacientes hipertensos en algunas de las dimensiones como las que exploran la función física, el dolor corporal y la salud general. Referente al grado de dependencia, esos mismos investigadores observaron que la mayoría de los pacientes presentaron una dependencia catalogada como leve, seguido de los que refieren independencia total.

**Tabla 5.** Dimensiones en relación de la satisfacción del paciente con la atención de salud

DIMENSIONES	ESCALA							
	Nada		Poco		Medio		Bastante	
	No	%	No	%	No	%	No	%
¿La unidad de salud le proporciona recursos para el cuidado de su enfermedad?	2	1,1	28	14,9	66	35,1	92	48,9
¿Está satisfecho con los recursos que le proporciona la unidad de salud para el cuidado de su enfermedad?	2	1,1	22	11,7	64	34,0	100	53,2
¿Está satisfecho con la atención que ha recibido del personal de salud?	1	0,5	43	22,9	40	21,3	104	55,3
¿Está satisfecho con el trato que ha recibido del personal de salud?	1	0,5	42	22,3	42	22,3	103	54,8

Al explorar la satisfacción del paciente con la atención de salud, pudo observarse que el rango “bastante” predominó entre las dimensiones estudiadas. En relación a estas, la pregunta formulada para indagar si la unidad de salud proporciona recursos para el cuidado, más de la mitad de la muestra (53,2%) respondió de forma afirmativa. De igual manera, esa proporción de pacientes se encuentra satisfecha con la atención; mientras que el (54,8%) está conforme con el trato del personal de salud, (tabla5).

Similares resultados se obtuvieron en la investigación realizada por Azcarate y col.,<sup>(33)</sup> sobre percepción de la calidad en la relación médico-paciente en casos de HTA sistémica, en la que se observó que el grado de satisfacción que tenían los pacientes de acuerdo con la calidad de la atención médica que percibieron resultó satisfactoria en la mayoría, seguida de regular y poco satisfactoria.

**Tabla 6.** Valoración global sobre autosatisfacción observada en la población de estudio

DIMENSIONES	Escala					
	Insatisfecho		Poco Satisfecho		Satisfecho	
	No	%	No	%	No	%
Valore su nivel general de satisfacción con su vida en este momento	3	1,6	34	18,1	151	80,3

La indagación sobre la valoración emitida por los adultos mayores que conformaron la muestra de estudio en relación con el nivel general de satisfacción referido por estos con su vida, pudo observarse que la mayoría de estos (80,3%) se encuentran satisfechos consigo mismo, (tabla 6).



Autores como Martos,<sup>(34)</sup> indagaron la satisfacción vital, salud y apoyo social en pacientes con HTA, encontrando que los pacientes que conformaron su estudio refirieron sentirse satisfechos con su vida, aun percibiendo algunos síntomas de enfermedad.

### **Propuestas de acciones de enfermería**

Posterior al análisis de las características sociodemográficas, clínicas y factores de riesgo, presentes en nuestra población de estudio, proponemos que como personal de enfermería se debe llevar a cabo acciones encaminadas a mejorar la condición de salud de la población adulta y adulta mayor hipertensa, asegurando un estilo de vida saludable, activo y productivo.

Entre las acciones que consideramos se encuentran:

- Se debe realizar el procedimiento correcto a la hora de tomar la presión arterial en los pacientes. Cumplir de manera correcta el procedimiento, realizándolo paso a paso y correctamente nos permitirá obtener lecturas confiables de la TA, lo que redundará en las decisiones terapéuticas óptimas e individualizadas para los pacientes y a la vez de mejorar las destrezas en esta actividad.<sup>(35,36)</sup>
- Realizar ejercicio físico unos 30 minutos diarios por lo menos 2 a 3 veces por semana, los mismos deben ser intensidad moderada como caminar, correr, montar en bicicleta o nadar durante 5-7 días a la semana. El ejercicio físico disminuye la actividad simpática a nivel central y de la glándula suprarrenal. Al haber disminución de la misma se presenta un descenso de la frecuencia cardíaca y por ende también del gasto cardíaco, que es uno de los principales factores de la presión arterial. Por otro lado, al hablar de edad e HTA, resulta importante destacar la influencia positiva del ejercicio físico produce una disminución del endurecimiento arterial. El proceso de formación la placa ateromatosa se vuelve menos intenso con la actividad física.<sup>(35,36)</sup>
- Realizar por lo menos de uno a dos temas educativos de prevención para la HTA al mes en el centro de salud. Las mismas que proporcionen información necesaria sobre de la enfermedad, tratamiento, alimentación, prevención y el cuidado que se debe tener en la misma. Mediante la información impartida por el personal de salud hacia los pacientes y población en general, podremos lograr una concientización de la población, de esta manera contribuir a disminuir los factores de riesgo y complicaciones que se pueden presentar a causa de esta enfermedad.<sup>(37)</sup>

- Ejecutar visitas domiciliarias de seguimiento por parte del personal de salud mínimo una vez al mes. Las visitas domiciliarias a pacientes hipertensos, será de mucha ayuda para planificar actividades terapéuticas, los cuidados y la rehabilitación; además de estudiar los riesgos que se pueden presentar por la enfermedad y que afectan a nivel personal, familiar y social. También permitirán realizar una evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud de los pacientes que padecen esta enfermedad.<sup>(37)</sup>
- Fomentar la participación de la familia y comunidad en el cuidado, tratamiento del paciente con este tipo de enfermedad. El hecho de estar enfermo puede afectar al cuerpo, las emociones, estados de ánimo e incluso puede llegar al grado de afectar la relación con la familia y amistades además que se presentan cambios en los hábitos y estilos de vida, todo en conjunto, pueden llevar a experimentar emociones tales como la depresión, ansiedad y duelos. El cual puede ser intenso durante algunas semanas o también puede prolongarse durante mucho tiempo según la personalidad, la persistencia de la hipertensión arterial y la actitud que tomes frente a ella.<sup>(35,36)</sup>
- Educar sobre el consumo de sal buscando de esta forma que la población disminuya su consumo total o parcialmente el. Dado que el sodio aumenta la volemia esto se debe a la excesiva retención de sodio por el riñón. Siendo este el principal determinante de la volemia ya que también retiene agua por su fuerza osmótica.<sup>(35,36)</sup>
- Se debe instruir al paciente sobre la importancia de una alimentación saludable, para beneficio del rápido control de la disminución de la presión arterial y el control de peso. El manejo efectivo de la HTA se puede conseguir mediante una apropiada alimentación, esta es una de las principales intervenciones que se requieren para controlar la enfermedad. Se debe brindar una amplia información para que el paciente modifique su comportamiento, pudiendo de esta manera implementar un plan individual de alimentación.<sup>(35)</sup>
- También se ha demostrado que el consumir una dieta rica en potasio disminuye el riesgo de presentar presión arterial elevada. En algunos estudios se ha encontrado una reducción del 60% del riesgo de ataque cardiaco en individuos que consumían 1g de potasio al día en forma de suplemente en comparación con individuos similares que no consumían ese suplemento de potasio recomiendan que es mejor consumir el potasio de una fuente natural, el cual encuentras en la mayoría de las frutas y verduras.<sup>(35,36)</sup>
- Explicar y orientar a los pacientes sobre dosis, horarios, vía de administración y efectos secundarios de los medicamentos antihipertensivos prescritos. Mediante esta propuesta mantenemos el objetivo del tratamiento que es conseguir y mantener una presión menor

de 140/90 mmHg, educándole que a pesar de mantener un buen control de las cifras de la PA no debe abandonar el tratamiento.<sup>(35,36)</sup>

- Se recomienda orientar y aconsejar a los pacientes que no se debe consumir hábitos tóxicos, debido a los daños que este puede causar en nuestro organismo y además las consecuencias de la HTA que los mismos producen. Dentro de ellos tenemos El cigarro contiene más de 4000 sustancias dañinas, entre las que se encuentran la nicotina la cual crea adicción. El fumar cigarrillo aumenta el riesgo de sufrir ataque al corazón, enfermedades pulmonares, derrame cerebral y cáncer. En cuanto al tabaco y café al ser estimulantes aumentan la PA de manera aguda con su consumo.<sup>(35,36)</sup>
- Control del estrés: Gotelli<sup>(38)</sup> menciona que el estrés produce una sobre estimulación de las hormonas adrenérgicas que a su vez movilizan las reservas de glucógeno, aumentando la presión sanguínea y el ritmo cardiaco con el tiempo originando daños a nivel del sistema cardiovascular es por ello su importancia debido a que esta población se encuentra más vulnerable.

La descripción de la situación de salud de los adultos y adultos mayores hipertensos incluidos en la muestra de estudio, permitió la caracterización de las variables sociodemográficas, clínicas y de factores de riesgos exploradas; análisis que permite, desde un posicionamiento científico, realizar una propuesta de acciones específicas de Enfermería que contribuyan a modificar el curso de esa enfermedad y consiga la prevención de complicaciones.

El diseño de dichas acciones y actividades de enfermería se realizó tomando en consideración las diferencias geográficas, demográficas, étnicas, sociales y económicas; así como las especificidades de sexo y edad presentes en los individuos que conformaron el escenario investigativo, las cuales se exponen en el anexo 3.

## CONCLUSIONES

- Las variables sociodemográficas estudiadas fueron edad, sexo, género, religión, auto identificación étnica, estado civil, ocupación y nivel de instrucción. En cuanto a la primera, prevaleció el rango de adultos mayores hipertensos comprendido entre los 65 a los 79 años la edad. El sexo predominante fue el femenino, la religión católica, auto identificación mestiza, el estado civil casado y el nivel de instrucción básica. Las características clínicas mayormente referidas por la muestra de estudio como consecuencias de la enfermedad hipertensiva fueron los problemas de visión, el edema en miembros inferiores, la cefalea, el cansancio, el mareo, la insuficiencia cardiaca, la artritis y el dolor articular.
- Entre los principales factores de riesgos modificables asociados a la HTA se observó la presencia de hábitos tóxicos como el consumo de café y tabaco, para lo cual se propusieron acciones y actividades específicas de enfermería dirigidas a modificar ese comportamiento y así evitar complicaciones futuras, entre las que principalmente se encuentran la aterosclerosis y el daño vascular.
- A pesar de haber transcurridos algunos años de la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural a nivel nacional, aún en el contexto de estudio no son palpables los cambios esperados en el estado de salud del paciente hipertenso como expresión de la influencia educativa que ese lineamiento pueda generar a nivel individual y colectivo; por lo que la propuesta de acciones y actividades de enfermería que se presenta, dirigidas a tal fin, se considera novedosa, tomando en consideración que las mismas fueron formuladas desde un posicionamiento sanitario de una educación para la salud incluyente, renovada y de calidad.

## RECOMENDACIONES

- Sugerir a las diferentes unidades operativas de salud que conformaron la muestra de estudio, la instauración de un día al mes para la atención del adulto y adulto mayor hipertenso, para que de esta forma se pueda garantizar una atención especializada a este tipo de pacientes.
- Impulsar la creación de un club de adultos hipertensos, y fomentar la realización de campañas de promoción y prevención sobre la HTA, como una vía para contribuir a la educación sanitaria de ese tipo de pacientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles [Internet]. WHO. World Health Organization; 2017 [cited 2018 Feb 15]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
2. Weschenfelder, D. Gue J. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. Enfermería Glob [Internet]. 2012 Apr [cited 2018 Feb 15]; 11(26):344–53. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412012000200022&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000200022&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
3. Galarza, E. Maldonado, M. Suquinagua, E. Mosquera G. Factores de riesgo de hipertensión arterial: prevalencia y análisis multivariable en los conductores de taxis de la ciudad de Cuenca - Ecuador, año 2014. Rev. Fac Cienc Méd Univ Cuenca Mayo. 2016;34(1):56–64.
4. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la HIPERTENSIÓN en el mundo. OMS [Internet]. 2013 [cited 2017 Dec 3]; 2. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2013.2\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf)
5. Zubeldía, L. Quiles, J. Mañes, J. Redón J. Prevalencia de la hipertensión arterial y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la comunidad valenciana. Rev Esp. Salud Pública [Internet]. 2016 [cited 2018 Feb 16]; 90(1):1–7. Available from: [http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/VOL90/ORIGINALES/RS90C\\_LZL.pdf](http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL90/ORIGINALES/RS90C_LZL.pdf)
6. Ministerio de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. ENSANUT [Internet]. 2014 [cited 2018 Feb 16]; Available from: <http://www.salud.gob.ec/encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-ensanut/>
7. American Collage of cardiology and American Heart Association. El American College of Cardiology y la American Heart Association emiten nuevas guías más rigurosas sobre la hipertensión [Internet]. Medscape. 2017 [cited 2018 Feb 16]. Available from: <https://espanol.medscape.com/verarticulo/5902091>
8. Peña, M. Acuña, C. Montoya, R. Araúz, V. Díaz, C. Butrón, B. Ghisays, G. Rodríguez, M. Alvarado, P. Pazmiño M. Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo. Rev Inf [Internet]. 2014 [cited 2018 Feb 16]; 32:24–30. Available from: [http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=documentos-2014&alias=509-boletin-informativo-n0-32-junio-2014-1&Itemid=599](http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-2014&alias=509-boletin-informativo-n0-32-junio-2014-1&Itemid=599)

9. Ministerio de Salud Pública. Perfil de morbilidad ambulatoria 2017 - Dirección Nacional de Estadística y Análisis de información de salud - DNEAIS | Tableau Public [Internet]. DNEAIS. 2017 [cited 2018 Feb 18]. Available from: <https://public.tableau.com/profile/darwin5248#!/vizhome/Perfildemorbididadambulatoria2017/Men>
10. Armas, MJ. Armas, MC. Hernández R. La hipertensión en Latinoamérica. *Revista Latinoamérica de Hipertensión* [Internet]. 2016 Mar [cited 2018 Feb 13];11–6. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/1702/170217078002.pdf>
11. Bryce, A. Tamayo, A. San Martín, M. Tamayo A. Fisiopatología de la Hipertensión Arterial. 2015 [cited 2018 Feb 13]; 54:185–8. Available from: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/diag/v54n4/a4.pdf>
12. Díez, J. Lahera V. Hipertensión arterial (I). Aspectos fisiopatológicos. ELSEVIER [Internet]. 2018;13(2):80–3. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-arteriosclerosis-15-articulo-hipertension-arterial-i-aspectos-fisiopatologicos-S0214916801787694>
13. Brunner. *Enfermería medicoquirúrgica*. 12th ed. WILKINS LWA, editor. 2013.
14. Quispe, L. Ortiz K. Características sociodemográficas, clínicas y médicas de hipertensión residente en los territorios vecinales 06, 09, 10, 35, 36, 49 y 53 del distrito de Trujillo - 2013 [Internet]. Universidad Nacional de Trujillo; 2014 [cited 2018 Feb 13]. Available from: <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/3735/QuispeDaga%2CLuisMiguel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Alcazar, J. Oliveras, A. Orte, L. Jiménez, S. Segura J. Hipertensión Arterial Esencial. *Soc. Española Nefrol* [Internet]. 2016;23:1–26. Available from: <http://revistanefrologia.com/es-monografias-nefrologia-dia-articulo-hipertension-arterial-esencial-23>
16. Ortiz, R. Torres, M. Sigüencia, W. Añez, R. Salazar, J. Rojas J, Bermúdez V. Factores de riesgo para hipertensión arterial en población adulta de una región urbana de Ecuador. *Rev. Perú Med Exp Salud Pública*. 2016 Jun;33(2):248.
17. Esquivel A. Factores sociodemográficos y capacidad de autocuidado del paciente adulto con hipertensión y diabetes. [Internet]. Universidad Nacional de Trujillo; 2017 [cited 2018 Feb 17]. Available from: <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/8625/2E464.pdf?sequence=1>
18. Lanfranconi, M. Bledel, I. Doval, H. Hughes, A. Laroti A, Sánchez, V. Gnocchi, D. Dubra, L. Gorosito, F. Henry, N. Leguia, M. Francos, J. González, V. Saavedra F,

- Gnocchi C. Prevalencia de la hipertensión arterial en poblaciones rurales del norte argentino. *Hipertens y Riesgo Vasc.* 2014 Apr;29(2):31–5.
19. Hernández, M. Pérez, V. de la Vega, T. Alfonso, M. Quijano J. Caracterización de pacientes hipertensos mayores de 18 años del consultorio médico 3 del Policlínico Docente “Ana Betancourt.” *Revista Cubana de Medicina General Integral* [Internet]. 2013 [cited 2018 Feb 14];30(1):59–70. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252014000100006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100006)
  20. Nieves, J. Rojas, R. Sánchez R. Hipertensión e hipotensión arterial [Internet]. Universidad del Turbado; 2017 [cited 2018 Feb 17]. Available from: <http://ut.suagm.edu/sites/default/files/uploads/EducacionContinua/pdf/2016-2/MOD-HIPER-HIPOTENSION-JA.pdf>
  21. Garcés, J. Ortiz, R. Bermudes, V. Rojas J. Hipertensión arterial y sus factores de riesgo en la población adulta de Cumbe, Ecuador (PDF Download Available) [Internet]. Research Gate. 2017 [cited 2018 Feb 17]. p. 136–9. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/321105126\\_Hipertension\\_arterial\\_y\\_sus\\_factores\\_de\\_riesgo\\_en\\_la\\_poblacion\\_adulta\\_de\\_Cumbe\\_Ecuador](https://www.researchgate.net/publication/321105126_Hipertension_arterial_y_sus_factores_de_riesgo_en_la_poblacion_adulta_de_Cumbe_Ecuador)
  22. Lobos, J. Brotons C. Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención. *Atención Primaria* [Internet]. 2013 Dec [cited 2017 Nov 29];43(12):668–77. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656711004689>
  23. Garzón, C. Llumiguano M. Cuidados paliativos en el control de la hipertensión arterial del adulto y adulto mayor. Yaruquíes, 2017 [Internet]. Universidad Nacional de Chimborazo; 2017. Available from: <file:///C:/Users/Personal/Downloads/UNACH-EC-FCS-ENF-2017-0005.pdf>
  24. Valverde J. Plan de atención de enfermería en el paciente adulto con hipertensión arterial esencial. 2017; Available from: [http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/11084/1/VALVERDE CORREA JENNIFFER DEL ROCIO.pdf](http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/11084/1/VALVERDE_CORREA_JENNIFFER_DEL_ROCIO.pdf)
  25. Gandarillas P. Rol de la enfermería en el seguimiento y tratamiento de la hipertensión arterial - Nursing role in treatment and follow up of hipertension [Internet]. Universidad de Cantabria; 2014 [cited 2018 Feb 17]. Available from: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5225/GandarillasRuizP.pdf?sequence=1>
  26. Intervenciones de enfermería para la atención del adulto con hipertensión arterial. GPC [Internet]. 2015 [cited 2017 Nov 30]; Available from:

<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/739GRR.pdf>

27. Figueredo K. Intervención de cuidados paliativos domiciliarios para mejorar la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama avanzado [Internet]. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2013. Available from: [tesis.repo.sld.cu/741/1/Infome\\_Final\\_Katiuska\\_Figueredo\\_Villa.pdf](http://tesis.repo.sld.cu/741/1/Infome_Final_Katiuska_Figueredo_Villa.pdf)
28. González, R. Lozano, J. Aguilar, A. Gómez, O. Díaz M. Caracterización de adultos mayores hipertensos en un área de salud. *Rev Cuba Med Gen Integr* [Internet]. 2017 [cited 2018 Feb 14]; 33(2). Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252017000200005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000200005)
29. Hernández, L. Pérez, V. de la Vega, T. Alfonso, O. Quijano J. Caracterización de pacientes hipertensos mayores de 18 años del consultorio médico 3 del Policlínico Docente " Ana Betancourt " Rev. Cuba Med Gen Integr [Internet]. 2014 [cited 2018 Feb 14]; 30(1):59–70. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252014000100006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100006)
30. Bravo R. Estudio Descriptivo: Caracterización del Paciente Hipertenso en el Centro de Salud de la Parroquia El Valle Durante el Periodo 2010 – 2014, Cuenca. *Revista Médica HJCA* [Internet]. 8th ed. 2016 May 13 [cited 2017 Nov 30]; 8(1):14–8. Available from: <http://revistamedicahjca.med.ec/ojs/index.php/RevHJCA/article/view/61>
31. Hechavarria, M. Fernández, N. Betancourt I. Caracterización de pacientes con hipertensión arterial en un área rural de Santiago de Cuba. *MEDISAN* [Internet]. 2014 [cited 2018 Feb 14]; 18(4):509–15. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192014000400007&script=sci\\_arttext&lng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192014000400007&script=sci_arttext&lng=en)
32. Oliveira, G. Aparecida, F. Sousa, M. Fernández, N. Dos Santos P. Diferencias en los indicadores de calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial que vive en el área urbana y rural de Minas Gerais, Brasil. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* [Internet]. 2015 [cited 2018 Feb 14]; 32(1):58–65. Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342015000100009&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342015000100009&script=sci_arttext&lng=pt)
33. Azcarate, E. Hernández, I. Guzmán M. Percepción de la calidad en la relación médico-paciente en casos de hipertensión arterial sistémica. *ATEN FAM* [Internet]. 2014 [cited 2018 Feb 14]; 21(3). Available from: [https://ac.els-cdn.com/S1405887116300232/1-s2.0-S1405887116300232-main.pdf?\\_tid=05bd3e68-11c3-11e8-aa19-00000aacb360&acdnat=1518639175\\_cabf59ee962cc90db4d281e06b3b4ae2](https://ac.els-cdn.com/S1405887116300232/1-s2.0-S1405887116300232-main.pdf?_tid=05bd3e68-11c3-11e8-aa19-00000aacb360&acdnat=1518639175_cabf59ee962cc90db4d281e06b3b4ae2)



34. Martos M. Análisis de la Satisfacción Vital, Salud y Apoyo Social en Pacientes con Hipertensión Arterial. Rev Psicol la salud [Internet]. 2016 [cited 2018 Feb 14]; 4(1):24–59. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5816455>
35. Fernández, B. Molina, V. Cavazos, M. Larrañaga B. Hipertensión arterial. 2da Edición. ISBN, editor. México; 2015. 9-35 p.
36. López J. AMIR Enfermería. 3 a Edición. Madrid: MARBAN; 2015. 246-249 p.
37. Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS. 2 da Edición. Quito: MSP; 2012. 42-62 p.
38. Gotelli J. Conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular modificables en pacientes hipertensos de servicios de medicina del HNMD - 2015 [Internet]. Universidad Mayor de San Marcos; 2017. Available from: <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/8625/2E464.pdf?sequence=1>

## ANEXOS

### Anexo 1: Consentimiento informado



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



### **“CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS. DISTRITO DE SALUD CHAMBO-RIOBAMBA, NOVIEMBRE 2017 – MARZO 2018”**

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

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

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

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

Fecha (día/mes/año): \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Número de cédula: \_\_\_\_\_

Firma del participante \_\_\_\_\_

**Anexo 2.** Escala de Calidad de Vida y Satisfacción en Pacientes (ECVS-P)

Tomado de Peñacoba y col., y adaptado por Figueredo Villa, 2008<sup>(30)</sup>

Protocolo de Registro

**DATOS GENERALES DEL PACIENTE**

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

## DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA

No.	Dimensiones	Poco	Medio	Bastante	Nada
1	¿Le afectan los cambios que su enfermedad ha provocado en su persona?				
2	¿Ha notado cambios de carácter o de comportamiento con la enfermedad?				
3	¿Su enfermedad ha limitado su actividad física?				
4	¿Se ha adaptado a las limitaciones por su enfermedad?				
5	¿Es independiente en las actividades de cuidado personal?				
6	¿La enfermedad le produce limitaciones a la hora de realizar actividades?				
7	¿La enfermedad afecta su descanso?				
8	¿Ha tenido problemas económicos por su enfermedad?				
9	¿Ha limitado su enfermedad las relaciones con las demás personas?				
10	¿Ha limitado la enfermedad su trabajo?				
11	¿Ha afectado su enfermedad a su familia?				

## DIMENSIONES EN RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN

No.	Dimensiones	Poco	Medio	Bastante	Nada
12	¿La unidad de salud le proporciona recursos para el cuidado de su enfermedad?				
13	¿Está satisfecho con los recursos que le proporciona la unidad de salud para el cuidado de su enfermedad?				
14	¿Está satisfecho con la atención que ha recibido del personal de salud?				
15	¿Está satisfecho con el trato que ha recibido del personal de salud?				

## VALORACIÓN GLOBAL

Valoración	Insatisfecho	Poco Satisfecho	Satisfecho
Valore su nivel general de satisfacción con su vida en este momento.			

**Anexo 3.** Acciones y actividades de Enfermería dirigidas a modificar el curso de enfermedad hipertensiva y consigo la prevención de complicaciones

No	Acciones de enfermería	No	Actividades de enfermería
1	Crear un clima de relación propicio entre pacientes y enfermero (a), en términos de: diálogo, respeto a los pares, reconocimiento de los roles e identificación de las entidades patológicas.	1.1	Aconsejar al paciente que hable lentamente evitando aquellas conversaciones que puedan generarle estrés y disnea.
		1.2	Educarle para el uso de otras formas alternativas de comunicación.
		1.3	Inculcar la necesidad de que el paciente sea responsable de las actividades relacionadas con su autocuidado.
		1.4	Averiguar los gustos e intereses del adulto mayor hipertenso e intentar favorecerlos.
2	Promocionar las relaciones personales e interpersonales entre pacientes y enfermero (a) en términos de: auto respeto, flexibilidad, adaptabilidad a la situación de salud del adulto, auto confianza, compromiso e interés en la atención de enfermería, autocontrol, empatía y aceptación.	2.1	Enseñar aquellos ejercicios que generen menos esfuerzos y que incluyan técnicas de relajación, descanso y autocontrol.
		2.2	Enseñar técnicas de relajación y los medios que favorezcan el sueño y el reposo.
		2.3	Enseñar el tipo de ropa requeridos según el clima y las actividades que realiza que no le generen situaciones nuevas de alteración de salud añadidas.
		2.4	Procurar un entorno tanto doméstico como urbano lo más seguro posible y exentos de barreras.
		2.5	Enseñar a aumentar la autoestima, utilidad personal y auto confianza en sí mismo.
		2.6	Establecer relaciones interpersonales que generen empatía entre el enfermero-paciente.
3	Instruir al paciente sobre principios éticos, morales, políticos e ideológicos en la atención a pacientes, en términos de: respeto a la diversidad, aceptación y cumplimiento de reglas y normas, tolerancia, iniciativa, aprender a aprender.	3.1	Fomentar la transferencia de experiencia creando un clima de respeto y aceptación.

<p><b>4</b> Reconocer el valor de la labor que cada uno, enfermero (a) y paciente ejerce, en términos de: auto reconocimiento, aceptación y cumplimiento de roles, tolerancia, negociación, interacción, compromiso e interés en la atención, así como presentación y explicación de ideas propias</p>	<p>4.1 Facilitar espacios de discusión entre los adultos mayores hipertensos en la comunidad y su enfermero(a) a favor de intereses y necesidades de aprendizaje sobre la entidad que padecen, lo que contribuirá a una adecuada adherencia terapéutica.</p>
<p><b>5</b> Identificar y solucionar necesidades biopsicosociales afectadas en pacientes, en términos de: saber escuchar, planteamiento de estrategias posibles, decisión de estrategias más adecuadas, empatía, y asertividad.</p>	<p>5.1 Orientar a los adultos mayores hipertensos sobre conversaciones a llevar a cabo con su enfermero (a) concerniente a problemas de salud, medicación, relaciones familiares, alternativas de tratamiento, información y actualización sobre la entidad que padecen.</p> <p>5.2 Orientar a los familiares sobre la importancia del reconocimiento del adulto mayor hipertenso, para la armonía colectiva en virtud del funcionamiento familiar como expresión del proceso de salud-enfermedad.</p>
<p><b>6</b> Manejo de aspectos teóricos y prácticos de la Atención Primaria de Salud para incentivar la participación comunitaria y el logro de estilos de vida saludables, en términos de: saber escuchar, cooperar y trabajar en grupo, creatividad, escuchar ideas y propuestas de otros, intercambiar información, establecer relaciones de ayuda y educación individual y grupal.</p>	<p>6.1 Instruir a los adultos mayores hipertensos sobre beneficios del trabajo grupal: ejercicios físicos, juegos de roles, y participación en actividades culturales.</p> <p>6.2 Realizar ejercicios respiratorios frecuentes.</p> <p>6.3 Sugerir actividad física moderada.</p> <p>6.4 Sugerir la adopción de posturas que favorezcan la respiración y la expansión torácica.</p> <p>6.5 Indicar aeración suficiente.</p> <p>6.6 Indicar la realización de ejercicios de relajación para el control de la respiración.</p> <p>6.7 Indagar sobre las necesidades de ejercicios del paciente.</p> <p>6.8 Indagar sobre la cantidad y calidad del sueño y del reposo necesario para el individuo.</p> <p>6.9 Planificar un programa de reposo y sueño junto que responda a las necesidades del individuo.</p> <p>6.10 Planificar los hábitos higiénicos con el paciente incluyendo tiempo de reposo.</p> <p>6.11 Enseñar al paciente a que camine de forma segura.</p>
<p><b>7</b> Implementar programas que permitan un diagnóstico temprano y la</p>	<p>7.1 Negociar con el equipo de salud la instauración de un día al mes para la atención a este tipo de pacientes.</p>

<p>atención oportuna de los adultos que estén en riesgo de desarrollar HTA, teniendo como meta mejorar los porcentajes identificados en la ENSANUT-ECU</p>	<p>7.2 Diseñar programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, considerando como eje principal la adopción de estilos de vida saludables que incluyan: desincentivar el inicio del tabaquismo y promover la cesación de ese hábito entre los adictos, mantener una dieta con bajo contenido de grasas saturadas, sodio y alcohol, pero con alto consumo de verduras, cereales de granos enteros y lácteos bajos en grasa, además de promover la práctica constante de actividad física moderada al menos 150 minutos a la semana.</p>
--	--