



Universidad Nacional De Loja
Facultad de La Salud Humana
Carrera de Medicina

*Autocuidado domiciliario del adulto mayor con diagnostico de
Hipertension Arterial de la parroquia "La Tingue", Canton
Olmedo, Provincia de Loja.*



*Tesis previa a la obtención del
título de Médico General*

Autora:

María José Celi Celi

Director:

Dr. Ángel Benigno Ordoñez Castillo, Mg. Sc.

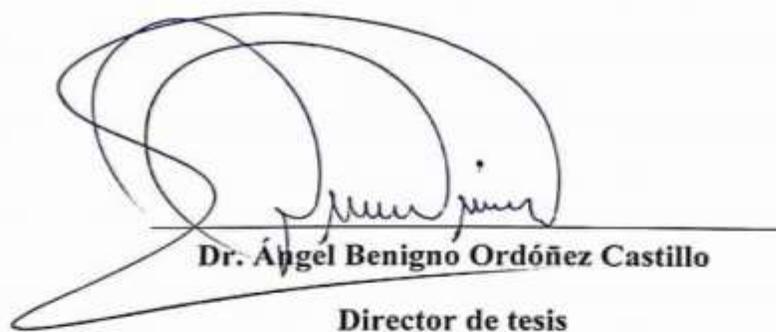
Loja- Ecuador

2017



Certificación

Certifico que este trabajo de Tesis titulado AUTOCUIDADO DOMICILIARIO DEL ADULTO MAYOR CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LA PARROQUIA "LA TINGUE", CANTÓN OLMEDO, PROVINCIA DE LOJA, ha sido dirigido, asesorado supervisado y realizado bajo mi dirección en todo su desarrollo, y dejo constancia de que es original de la Srta. María José Celi Celi, previo a la obtención del título de médica general.



Dr. Ángel Benigno Ordóñez Castillo
Director de tesis

Lunes, 13 de Septiembre del 2017

Autoría

Yo, María José Celi Celi declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autora: María José Celi Celi

Firma:



Cédula: 1104706260

Fecha: 13 de Septiembre del 2017

Carta de autorización

Yo, María José Celi Celi declaro ser autora de la tesis titulada: “Autocuidado domiciliario del adulto mayor con diagnóstico de Hipertensión Arterial de la parroquia “La Tingue”, Cantón Olmedo, Provincia de Loja”, como requisito para optar al grado de: Medicina General; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice su tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los trece días del mes de Septiembre del año dos mil diecisiete, firma la autora.

Firma: _____



Autora: María José Celi Celi

Cédula: 1104706260

Dirección: Catamayo, Barrio La Alborada, Calle Abdón Calderón y Chile

Correo electrónico: majito_c@yahoo.com

Teléfono: 2677499

Celular: 0981968285

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de tesis: Dr. Ángel Benigno Ordoñez Castillo, Mg. Sc

Tribunal de Grado:

Presidenta: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán, Mg. Sc.

Vocal: Dr. Héctor Podalirio Velepucha Velepucha, Mg. Sc.

Vocal: Dr. Cristian Alfonso Galarza Sánchez, Esp.

Dedicatoria

“Las metas por escrito son sueños con fecha límite” y al culminar esta meta quiero dedicar este trabajo:

A Dios, por darme la oportunidad de vivir, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y sobre todo por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo este gran período de mi vida.

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

María José Celi Celi

Agradecimiento

“Cuando la gratitud es absoluta las palabras sobran”

Agradezco a la prestigiosa Universidad Nacional de Loja por haberme abierto las puertas para cumplir con este gran sueño; a cada uno de mis docentes que a lo largo de la carrera con sus palabras de apoyo inculcaron en mí, no solo conocimiento sino valores que hoy me convierten en una mejor persona y profesional; a mi director de tesis por su apoyo en la realización de este trabajo, porque sin su conocimiento y guía no lo hubiese logrado; a mis amigos y amigas por haber estado a mi lado a pesar de mis momentos de ausencia dedicados a mi carrera, gracias de todo corazón a quienes hicieron que este sueño se haga realidad.

María José Celi Celi

Índice

Carátula.....	i
Certificación.....	ii
Autoría	iii
Carta de autorización	iv
Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento.....	vii
Índice.....	viii
Índice de tablas	x
Índice de gráficos	xi
1. Título.....	1
2. Resumen.....	2
Summary	3
3. Introducción	4
4. Revisión de literatura	8
1. Generalidades de la hipertensión arterial	8
1.1 Definición	8
1.2 Fisiopatología.....	8
1.3 Diagnóstico	12
1.4 Tratamiento.....	15
1.5 Complicaciones.....	18
2. Adulto mayor	21
2.1 Definición	21

2.2 Características del adulto mayor	21
2.3 Alteraciones fisiológicas del adulto mayor.....	24
3. Autocuidado en el paciente hipertenso	28
3.1 Dimensiones del autocuidado	29
3.1.1 Alimentación	29
3.1.2 Ejercicio físico	31
3.1.3 Hábitos nocivos	32
3.1.4 Adherencia al tratamiento	32
5. Materiales y métodos	34
6. Resultados.....	37
7. Discusión.....	50
8. Conclusiones.....	55
9. Recomendaciones	56
10. Bibliografía	57
11. Anexos	59

Índice de tablas

Tabla N° 1	37
Tabla N° 2	38
Tabla N° 3	39
Tabla N° 4	40
Tabla N° 5	41
Tabla N° 6	42
Tabla N° 7	43
Tabla N° 8	44
Tabla N° 9	45
Tabla N° 10	46
Tabla N° 11	47
Tabla N° 12	48
Tabla N° 13	49

Índice de Gráficos

Gráfico N° 1.....	37
Gráfico N° 2.....	38
Gráfico N° 3.....	39
Gráfico N° 4.....	40
Gráfico N° 5.....	41
Gráfico N° 6.....	42
Gráfico N° 7.....	43
Gráfico N° 8.....	44
Gráfico N° 9.....	45
Gráfico N° 10.....	46
Gráfico N° 11.....	47
Gráfico N° 12.....	48
Gráfico N° 13.....	49

1. TÍTULO

Autocuidado domiciliario del adulto mayor con diagnóstico de Hipertensión Arterial de la parroquia “La Tingue”, Cantón Olmedo, Provincia de Loja.

2. Resumen

El presente estudio tiene como finalidad determinar el conocimiento del adulto mayor con diagnóstico hipertensión arterial acerca de los cuidados domiciliarios en las principales dimensiones como son alimentación, actividad física, hábitos nocivos y adherencia al tratamiento de la parroquia “La Tingue”; el estudio fue de tipo descriptivo, cualitativo y de corte transversal, con una muestra de 65 adultos mayores que cumplen con los criterios tanto de inclusión como de exclusión, con este estudio se conoció el nivel de autocuidado del adulto mayor en las dimensiones en estudio, mediante la aplicación de un cuestionario. Los principales resultados fueron: en la alimentación un 36,92% conoce la cantidad de sal que debería consumir, un 49,23% no realiza cambios en la dieta para mejorar su calidad de vida, un 52,31% siempre ingiere verduras, frutas, fibra y pocas grasas, en lo que respecta al ejercicio el 92,31% siempre realiza ejercicio un 75,38% caminan aproximadamente 30 minutos al día; en los hábitos nocivos un 100% conoce que el alcohol es nocivo para su salud y pocos de ellos ingieren alcohol, y un 93,85% no fuman; y en la adherencia al tratamiento el 58,46% a veces conoce los efectos secundarios de los medicamentos que ingiere, y un 36,92% nunca reemplaza su tratamiento por una terapia alternativa, y con estos resultados se elaboró una propuesta de manejo de autocuidado del adulto mayor con diagnóstico de hipertensión arterial

Palabras claves: Autocuidado domiciliario, adulto mayor, hipertensión arterial, alimentación, ejercicio físico, hábitos nocivos, adherencia al tratamiento

Summary

The objective of this study is to determine the knowledge of elderly people with the diagnosis of arterial hypertension about home care on key dimensions such as feeding, physical activity, harmful habits and adherence to treatment of "La Tingue" parish; for which a management proposal for self-care of the elderly people was developed with a diagnosis of hypertension, the study was descriptive, qualitative and cross-sectional, with a sample of 65 older adults who meet the criteria of both inclusion and exclusion, with this study the level of self-care of the elderly people became known in the dimensions throughout the study, by applying a questionnaire. The main results were: 36.92% feeding knows the amount of salt that should be consumed, 49.23% doesn't change on the diet to improve the quality of life, 52.31% always eats vegetables, fruits, fiber and a little fat, regarding exercise 92.31% always performs physical exercises, 75.38% walks for 30 minutes a day; harmful habits 100% know that alcohol is harmful to their health and few of them ingest alcohol, and 93.85% do not smoke; the treatment adherence with 58.46% sometimes know the secondary effects of medicines they take, and 36.92% never replace their treatment for an alternative therapy, therefore a management proposal for self-care for elderly people was developed with the diagnosis of hypertension.

Key-words: self-care home, elderly people arterial hypertension, feeding, physical activity, harmful habits and adherence to treatment

3. Introducción

En los últimos años, los adultos mayores se han convertido en una población vulnerable, por una serie de afecciones que influye a nivel individual y social, en la salud física y mental, el envejecimiento ha sido definido como todas las modificaciones morfológicas, psicológicas, bioquímicas y sociales que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre el hombre, por lo tanto un individuo envejece al aumentar su edad cronológica de vida. (Rodríguez Daza, 2011)

La hipertensión es la elevación persistente de la presión arterial por encima de los valores normales (120/80 mmHg), es uno de los principales factores que contribuyen a causar cardiopatías y accidentes cerebrovasculares, que en conjunto representan la causa más importante de muerte prematura y discapacidad, se estima que esta enfermedad provoca cada año casi 9,4 millones de muertes por enfermedades del corazón en el 90% al 95% de los casos, la causa es desconocida y en el 5% al 10% de los casos existe una causa directamente responsable la hipertensión arterial, se convierte en un mal peligroso que afecta significativamente la salud y la longevidad de la población si no reciben tratamiento. (Sánchez, Ayala, & Velasquez, 2010)

La hipertensión arterial (HTA), es el principal factor de riesgo para los accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca y cardiopatía coronaria en las personas adultas mayores. En la fisiopatología, son centrales los cambios en la resistencia vascular periférica para el desarrollo, tanto de la hipertensión esencial como de la hipertensión sistólica aislada, sin embargo, el fenómeno parece ser multifactorial. La mayoría de los hipertensos adultos mayores son asintomáticos por lo que es frecuente identificar la patología al encontrar manifestaciones de las complicaciones crónicas, desarrolladas a partir de una hipertensión sin tratamiento. En el adulto

mayor, sigue siendo la hipertensión esencial la más frecuente. Ante la aparición de hipertensión después de los 60 años o hipertensiones resistentes al tratamiento, se debe sospechar HTA secundaria, en especial renovascular o secundaria a aldosteronismo primario. (OPS, 2012)

La hipertensión arterial es una de las entidades clínicas de mayor trascendencia epidemiológica; el número de personas afectadas en el mundo supera en estos momentos los mil millones y se espera que, dentro de un cuarto de siglo, cuando los países actualmente en vía de desarrollo hayan adquirido los hábitos de los países industrializados, esta cifra se triplique. El aumento en la magnitud y en la gravedad de la hipertensión arterial ha sobrepasado todas las expectativas particularmente en América Latina y el Caribe, donde el problema ha crecido con tal rapidez que se reconoce como una epidemia al representar la tercera causa de muerte. (Vega, Suarez, & Acosta, 2015)

La Organización Mundial de la Salud en el 2013 calcula que más de 1.500 millones de personas viven con cifras elevadas de presión arterial. Lo peor de esta realidad es que no todos conocen su situación y en el caso de encontrarse en tratamiento, este la mayoría de ocasiones no es efectivo.

La Organización Panamericana de la Salud en el 2012 refiere que uno de cada tres adultos mayores en todo el mundo sufre hipertensión, uno de estos lo desconoce, y además uno de cada tres adultos hipertensos con tratamiento no consigue controlar sus cifras de tensión arterial. Además, informa que la prevalencia de la hipertensión arterial entre la población mayor de quince años de edad es del 12,6% y se ha convertido en el primer factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares y en la segunda causa de muerte en hombres y mujeres mayores de 45 años.

Por tratarse de un trastorno crónico que requiere cuidados permanentes para evitar complicaciones a futuro, un pilar fundamental en el tratamiento y control de la HTA es la

capacidad de autocuidado, ya que este es un fenómeno activo, una acción deliberada e intencionada, que se encuentra determinada por el conocimiento y repertorio de habilidades del individuo. La capacidad de autocuidado no es innata; por el contrario, se desarrolla a lo largo de la vida, y se encuentra influenciada por las creencias, hábitos y prácticas que mantiene el grupo social de pertenencia. Las actividades de autocuidado se relacionan con ciertos requisitos, los cuales tienen por objetivo promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, y prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas condiciones. (Ofman, Pereyra, & Dorina, 2013).

Siendo actualmente la HTA un problema de salud que afecta a la forma de vida del paciente, la necesidad de autocuidado domiciliario y la preocupación acerca de las complicaciones generan una serie de alteraciones en su calidad de vida. Por ello la importancia de la presente investigación radica en la identificación oportuna del nivel de autocuidado domiciliario del adulto hipertenso además permite detectar estilos de vida no adecuados y a la vez fortalecer los estilos de vida saludables, a través de una atención integral, siendo responsables del fomento del autocuidado a través de la educación y la consejería.

Debido a ello el siguiente estudio lleva por título “Autocuidado domiciliario del adulto mayor con diagnóstico de Hipertensión Arterial de la parroquia “La Tingue”, Cantón Olmedo, Provincia de Loja”, para lo cual el objetivo general fue determinar el conocimiento del adulto mayor acerca de los cuidados domiciliarios con diagnóstico hipertensión arterial en las principales dimensiones como son alimentación, actividad física, hábitos nocivos y adherencia al tratamiento de la parroquia “La Tingue”, Cantón Olmedo, Provincia de Loja, período Febrero- Julio 2016, y los objetivos específicos fueron: identificar el nivel de autocuidado domiciliario del adulto hipertenso en la dimensión alimentación; conocer el nivel de autocuidado domiciliario del adulto hipertenso

en la dimensión actividad física; reconocer el nivel de autocuidado domiciliario del adulto hipertenso en la dimensión hábitos nocivos; evaluar el nivel de autocuidado domiciliario del adulto hipertenso en la dimensión adherencia al tratamiento; diseñar una propuesta del manejo de autocuidado domiciliario del adulto mayor con diagnóstico de hipertensión arterial, mediante la realización de un estudio descriptivo, cualitativo y de corte transversal.

La técnica utilizada fue la entrevista y el instrumento un cuestionario aplicado al grupo de adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial de la parroquia La Tingue quienes manifestaron su nivel de autocuidado en las diferentes dimensiones de estudio.

Los resultados obtenidos en respuesta a los objetivos plateados indican que en la dimensión de alimentación un 36,92% conoce la cantidad exacta de al que debería consumir, un 49,23% no realiza cambios en la dieta para mejorar mi calidad de vida, un 52,31% siempre ingiere verduras, frutas, fibra y pocas grasas, en relación al ejercicio el 92,31% siempre realiza ejercicio el 75,38% caminan aproximadamente 30 minutos al día; en los hábitos nocivos el 100% conoce que el alcohol es nocivo para su salud y pocos de ellos ingieren en alcohol, y un 93,85% no fuman; y en la adherencia al tratamiento el 58,46% a veces conoce los efectos secundarios de los medicamentos que ingiere, y un 36,92% nunca reemplaza su tratamiento por una terapia alternativa.

4. Revisión de literatura

1. Generalidades de la Hipertensión arterial

1.1. Definición

La HTA es una enfermedad controlable, cuya etiología es múltiple, que a lo largo de la vida disminuye la calidad y la expectativa de vida. La presión arterial (PA) se relaciona en forma positiva y continua con el riesgo cardiovascular cuyo incremento significativo se correlaciona con la presencia de una PA sistólica >140 mmHG y una PA diastólica >90 mmHg, estos valores se consideran el umbral para el diagnóstico, el riesgo en sí es mayor cuando la HTA se asocia a otros factores de riesgo o la presencia de otras enfermedades. (Braun Menéndez, 2013)

1.2. Fisiopatología

Existen diversos factores que intervienen en la regulación de la presión arterial normal y elevada; entre ellos cabe recalcar el gasto cardiaco que depende del volumen sistólico, la frecuencia cardiaca; y la resistencia periférica que es regida por cambios funcionales y anatómicos en las arterias de fino calibre y arteriolas. (Harrison , 2012)

Volumen intravascular

Este es un factor determinante de la presión a largo plazo; el sodio es un ion predominante a nivel extracelular, pero a su vez constituye un determinante primario del volumen extracelular, cuando el consumo de este ion rebasa la capacidad de los riñones para excretarlo, al comienzo se expande el volumen intravascular y con ello aumenta el gasto cardiaco, regulando de esta manera la presión arterial. (Harrison , 2012)

El efecto del sodio sobre la presión arterial se presenta porque este ion está combinado con el cloruro, a medida que aumenta la presión arterial en respuesta al consumo de grandes cantidades de cloruro de sodio, se incrementa la excreción de sodio por la orina y con ello se conserva el equilibrio del sodio a expensas de un incremento de la presión arterial, dicho mecanismo se denomina “presión arterial – natriuresis”; que comprende un incremento de la filtración glomerular, disminución de la capacidad de absorción de los túbulos renales y se considera que también intervienen diversos elementos hormonales como el factor natriurético auricular. (Harrison , 2012)

Sistema Nervioso Autónomo

Este sistema se encarga de conservar la homeostasia cardiovascular mediante señales de presión volumen y quimiorreceptores, los reflejos adrenérgicos modulan la presión arterial a breve plazo en tanto que la función adrenérgica con factores hormonales y volumétricos la regulan a largo plazo. (Harrison , 2012)

Las actividades de los receptores adrenérgicos son mediadas por proteínas reguladoras de unión con el nucleótido de guanosina, estos receptores por sus características fisiológicas y farmacológicas se han dividido en: α y β ; los que a su vez se subdividen en: α_1 y α_2 ; β_1 y β_2 . Los receptores α son activados por la noradrenalina en tanto que los β se activan por acción de la adrenalina. (Harrison , 2012)

Los receptores α_1 están en las membranas presinápticas de las terminaciones nerviosas en el músculo liso y desencadenan la vasoconstricción, su activación a nivel de los riñones aumenta la reabsorción de sodio en los túbulos renales, en tanto que los receptores α_2 se encuentran en las membranas presinápticas de terminaciones de nervios posganglionares que sintetizan

noradrenalina, cuando son activados por las catecolaminas, controlan la retroalimentación negativa, que inhibe la mayor liberación de noradrenalina. La activación de los receptores β_1 del miocardio estimula la frecuencia y la potencia de las contracciones del corazón y aumenta el gasto cardiaco, además estimula la liberación de renina por el riñón; y la activación de los receptores β_2 relaja el musculo liso de los vasos y con ello produce vasodilatación. (Harrison , 2012)

Las concentraciones de catecolaminas circulantes pueden modificar el número de receptores adrenérgicos; la disminución de receptores se puede presentar por los niveles elevados de catecolaminas, en tanto que pueden aumentar cuando disminuye la concentración de sustancias neurotransmisoras, ocasionando mayor reactividad al neurotransmisor. (Harrison , 2012)

Existen reflejos que modulan la presión arterial minuto a minuto, un barorreflejo arterial es mediado por terminaciones sensitivas sensibles al estiramiento en los senos carotídeos y en el cayado aórtico. La PA aumenta con la velocidad de descarga de impulsos de estos barorreceptores ocasionando una disminución de la estimulación simpática, con lo que disminuye la presión arterial y se la frecuencia cardiaca se lentifica, la actividad de dichos barorreceptores disminuye o se adapta a incrementos sostenidos en la presión arterial, al grado de que ellos son “reajustados” para resistir presiones mayores. (Harrison , 2012)

Sistema Renina – Angiotensina – Aldosterona

Este sistema contribuye a regular la presión arterial mediante las propiedades vasoconstrictoras de la angiotensina II, y las propiedades de retención de sodio de la aldosterona. La renina es sintetizada por las arteriolas renales aferentes, existen estímulos primarios que contribuyen a la secreción de la misma entre ellos: menor transporte de cloruro de sodio en la región distal de la rama ascendente del asa de Henle, que a su vez está en relación directa con la arteriola aferente, disminución de la presión o estiramiento dentro de la arteriola renal aferente, y estimulación

simpática de las células reninógenas por receptores adrenérgicos β_1 , en tanto que un aumento del transporte de cloruro de sodio por el asa de Henle inhibe la secreción de renina. (Farreras, 2012)

Los receptores de angiotensina tipo 2 se encuentran en los riñones e inducen la vasodilatación, excreción de sodio e inhibición de la proliferación celular, incrementando la remodelación vascular por apoptosis de las células del músculo liso, regulando la filtración glomerular. (Farreras, 2012)

La renina activa en la circulación, desdobla el angiotensinógeno y forma la angiotensina I, la cual por acción de una enzima convertidora presente en la circulación pulmonar forma la angiotensina II, que al actuar en los receptores de angiotensina II tipo 1 en las membranas celulares se convierte en una potente sustancia presora para la secreción de aldosterona por la zona glomerular de las suprarrenales estimulando las células del músculo liso en los vasos y la proliferación de los miocitos; la aldosterona es un mineralocorticoide potente que incrementa la reabsorción de sodio por los conductos de sodio del epitelio; también actúa sobre las células no epiteliales efectoras, y la activación en ellas induce alteraciones estructurales y funcionales del corazón, riñones y vasos sanguíneos por el estrés oxidativo, estos efectos además se incrementan por la presencia de grandes cantidades de cloruro de sodio, cuando las concentraciones de aldosterona son relativamente elevadas se puede ocasionar hiperfiltración glomerular y albuminuria. (Farreras, 2012)

La mayor actividad del sistema de renina-angiotensina-aldosterona no siempre culmina en hipertensión. En reacción a una dieta con poco cloruro de sodio, a causa de la disminución del volumen circulante, es posible conservar la presión arterial y la homeostasia volumétrica por medio de la mayor actividad del sistema mencionado. (Farreras, 2012)

Mecanismos vasculares

El radio interior, la distensibilidad de las arterias de resistencia constituyen factores determinantes de la presión arterial, en el caso de la hipertensión arterial existen cambios estructurales mecánicos o funcionales que pueden disminuir el diámetro interior de las arterias finas y arteriolas, presentándose una remodelación por hipertrofia que hace que disminuya el calibre interior del vaso y aumente la resistencia periférica, ocasionando arterias más rígidas. (Harrison , 2012)

El transporte iónico por las células del músculo liso vascular, puede contribuir en las anomalías de la hipertensión en el tono y la proliferación vascular, funciones moduladas por el pH intracelular, el cual está regulado por el intercambio de sodio/hidrogeno, de $\text{HCO}_3^-/\text{Cl}^-$ que depende del sodio y de $\text{HCO}_3^-/\text{Cl}^-$ independiente de cationes, la actividad del intercambio Na^+-H^+ aumenta en la hipertensión y origina un mayor tono vascular por penetración de sodio que aumenta el tono vascular al activar el intercambio de $\text{Na}^+/\text{Ca}^{2+}$ y favorecer el intercambio de calcio intracelular, un pH mayor intensifica la sensibilidad del calcio del aparato contráctil aumentando la contractibilidad del calcio del aparato contráctil en relación con la concentración de calcio intracelular. (Harrison , 2012)

El endotelio vascular también modula el tono de los vasos, mediante la síntesis y liberación de sustancias vasoactivas como el óxido nítrico, vasodilatador potente, en los pacientes hipertensos la vasodilatación se encuentra disminuída. (Harrison , 2012)

1.3. Diagnóstico

De acuerdo a la Sociedad Europea de Cardiología-Sociedad Europea de Hipertensión (ESC-ESH) y el JNC VII para definir la existencia de hipertensión arterial se debe tomar en cuenta los siguientes valores:

Clasificación de los valores de presión arterial

ESC-ESH	PAS	PAD	JNC VII
Óptima	< 120	< 80	Normal
Normal	120-129	80-84	Prehipertensión
Normal alta	130-139	85-89	
HTA Grado 1	140-149	90-99	HTA estadio 1
HTA Grado 2	160-179	100-109	HTA estadio 2
HTA Grado 3	≥ 180	≥ 110	
PAS aislada	≥ 140	≥ 90	--

Definición y clasificación de los niveles de presión arterial según la Sociedad Europea de Cardiología-Sociedad Europea de Hipertensión (ESC-ESH) y el JNC VII. Datos en mmHg

La valoración inicial de un paciente con sospecha de HTA debe incluir siempre una buena anamnesis y una exploración física completa que permita confirmar el diagnóstico y establecer la presencia de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, causas secundarias, consecuencias cardiovasculares de la hipertensión y otras enfermedades inintercurrentes. (Harrison , 2012)

Muchos pacientes no presentan manifestaciones clínicas atribuibles a la HTA, por lo general la cefalea se la considera una de las principales manifestaciones pero a su vez solo suele aparecer en ciertos individuos, de manera característica suele presentarse en las mañanas a nivel occipital, también pueden presentarse mareos, palpitaciones, fatiga fácil e impotencia. (Harrison , 2012)

En la anamnesis de un paciente hipertenso es importante considerar la duración de la patología, tratamientos previos, antecedentes familiares de HTA y de enfermedades cardiovasculares, cambio de aspecto, debilidad muscular, palpitaciones, hipotiroidismo, hipertiroidismo, fármacos que puedan aumentar la presión arterial, y la presencia de daño a los órganos efectores, como antecedentes de ataque isquémico, apoplejía, ceguera, angina, infarto del miocardio e insuficiencia congestiva cardiaca. (SA-HTA, 2014)

En el examen físico es importante realizar la medición de la presión arterial de forma adecuada, por lo que se debe tener en cuenta ciertos aspectos esenciales como el conocimiento adecuado del personal médico, la colocación del paciente y contar con equipo adecuado. La medición de la presión arterial a nivel ambulatorio durante 24 horas permite anticipar con mayor precisión el riesgo de enfermedades cardiovasculares que las mediciones hechas en consultorio. Sin embargo, la vigilancia ambulatoria por lo común no se utiliza sistemáticamente en la práctica clínica y se la reserva para pacientes en los cuales se sospecha hipertensión ficticia o de bata blanca. (Harrison , 2012)

Además, el explorador debe percatarse de la complexión corporal, peso y talla del paciente, en el estudio inicial, será necesario medir la presión arterial en los dos brazos en decúbito dorsal, sedente y de pie, también se registrará la frecuencia cardíaca, ya que los pacientes hipertensos tienen mayor prevalencia de fibrilación auricular, se debe palpar el cuello para valorar alteraciones en el tamaño de la tiroides. (Harrison , 2012)

La revisión de los vasos sanguíneos aporta datos de vasculopatía primaria se debe incluir un examen de fondo de ojo, auscultación en busca de soplos en las arterias carótida y femoral y palpación de los pulsos femoral y pedio. (Harrison , 2012)

En los exámenes de laboratorio se deberá realizar análisis microscópico de orina, excreción de albúmina, BUN; sodio, potasio, calcio sérico y TSH, glucemia en ayunas, colesterol total, HDL y LDL, triglicéridos, hematocrito y electrocardiograma, para valorar la función renal, endócrina, y cardiovascular. (Harrison , 2012)

1.4. Tratamiento

El objetivo fundamental del tratamiento antihipertensivo es disminuir la morbimortalidad cardiovascular y renal descendiendo las cifras de presión arterial y actuando en los factores de riesgo, se debe procurar mantener o mejorar la calidad de vida del paciente, manteniendo una presión arterial menor a 140/90 mmHg, en pacientes mayores de 55 años la presión arterial sistólica tiene mayor valor como factor de riesgo y su control es más difícil que el de la presión arterial diastólica, en si en pacientes mayores de 80 años el objetivo de tratamiento es mantener una presión arterial sistólica lo más cercana posible a 150 mmHg, además se debe procurar alcanzar progresiva y gradualmente los objetivos tensionales dentro de los tres meses de haber iniciado el tratamiento, ya que un descenso brusco de la presión puede repercutir en patologías coronarias que pueden llevar a la muerte del paciente. (Braun Menéndez, 2013)

Tratamiento no farmacológico

Las medidas no farmacológicas (modificaciones del estilo de vida, incluyendo dieta y ejercicio) se deben proponer a todos los pacientes hipertensos, independientemente de que se inicie o no tratamiento farmacológico. (Infac, 2015)

El tratamiento no farmacológico consiste principalmente en realizar cambios en el estilo de vida los cuales engloban: un control del peso, ya que por cada 10 kg por arriba del peso ideal la presión sistólica incrementa de 2 a 3 mmHg y la diastólica de 1 a 2 mmHg, por lo que se recomienda mantener un IMC dentro de los 20 a 25 kg/cm² para prevenir alteraciones de la presión arterial; el consumo de sal debe ser muy limitado no deberá exceder los 3g de sodio o 6 g de cloruro de sodio por día, además se deberá evitar al máximo alimentos procesados; en si llevar una dieta saludable y baja en grasas tiende a disminuir el peso y la tensión arterial hasta 5 o 6 mmHg, el consumo

excesivo de café también incrementa 1 o 2 mmHg de la presión arterial en pacientes hipertensos; es necesario la realización de actividad física diaria, por lo menos de 30 a 60 min de ejercicios aeróbicos diarios; el consumo de alcohol se debe evitar o ser mínimo no más de 60ml de etanol en el hombre y 30 ml en la mujer; el hábito tabáquico debe suprimirse o evitarse por completo ya que este conlleva a grandes incrementos de la presión arterial además de ser considerado un factor de riesgo cardiovascular. (Castaño , Medina , De la Rosa , & Loria, 2011)

Tratamiento farmacológico

Los beneficios del tratamiento antihipertensivo sobre la morbimortalidad cardiovascular dependen del descenso de la PA, independientemente de la clase de drogas utilizadas. (Andrade Castellanos , 2015)

El primer paso del tratamiento antihipertensivo es establecer metas de PA e iniciar medicamentos antihipertensivos en relación con la edad y la existencia de enfermedades concomitantes; así la meta de presión arterial en pacientes > 60 años sin enfermedades concomitantes es de < 150/90 mmHg, en pacientes < 60 años sin enfermedades concomitantes es de < 140/90 mmHg; en pacientes con enfermedades concomitantes como diabetes o insuficiencia renal crónica es de < 140/90 mmHg. (Andrade Castellanos , 2015)

Los fármacos que reducen las complicaciones de la hipertensión, son: los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECAS), bloqueadores de los receptores de angiotensina (ARA-II), betabloqueadores (BBs), bloqueadores de los canales del calcio (BCC) y diuréticos tipo tiazidas. (OPS, 2010)

Los diuréticos tiazídicos, los IECAS y los BCC pueden prescribirse como antihipertensivos de primera línea en pacientes sin comorbilidades.

Los diuréticos tiazídicos, como, clortalidona 25 mg/día máximo 50 mg/día es el medicamento más utilizado como primera línea por sus beneficios ya que estos reducen de manera significativa la mortalidad, tienen mayor efecto en la presión arterial sistólica en comparación con la diastólica; entre los efectos adversos pueden ocasionar dislipidemia e intolerancia a la glucosa, hiponatremia, hipocalcemia y gota. (Braun Menéndez, 2013)

Los IECAS, como, enalapril 5-20 mg/día, lisinopril 10-40 mg/día, captopril 25mg hasta 100 mg/día en una o dos tomas y los ARA-II, como, losartán 50-100 mg/día o valsartan 80 mg/día máximo 320 mg/día pueden prescribirse también como antihipertensivos de primera línea en la población general; están contraindicados en pacientes con antecedentes de angioedema, estenosis arterial renal bilateral, insuficiencia renal oligúrica y embarazo. Se deben prescribir con precaución con potasio >5 mg/dL, creatinina >2.5 mg/dL y presión arterial sistólica <90 mmHg. (Andrade Castellanos , 2015)

Los BCC, como, amlodipina 5-10 mg/día o nifedipina de liberación prolongada 30-60 mg/día , son de primera elección en pacientes ancianos, reducen la incidencia de evento vascular cerebral. (Andrade Castellanos , 2015)

Antihipertensivos combinados

La administración de dos antihipertensivos combinados a dosis fijas se asocia con mejoría significativa en el apego al tratamiento, una de las ventajas de iniciar antihipertensivos combinados a dosis fijas es obtener una respuesta rápida en las cifras de presión arterial con el consecuente

aumento en la probabilidad de llegar a la meta de presión arterial en pacientes con elevaciones tensionales significativas; se puede optar por el inicio de este tratamiento en pacientes con presión arterial sistólica >160 mmHg, presión arterial diastólica >100 mmHg, o ambas, o si la presión arterial sistólica es >20 mmHg por encima de la meta de presión arterial. Los antihipertensivos combinados a dosis fijas con un IECA y un BBC como la amlodipina ofrecen mayor protección cardiovascular que la combinación de un beta-bloqueador con un diurético tiazídico o un IECAS con un diurético tiazídico. (Diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión arterial en el primer nivel de atención, 2014)

La única combinación que debe evitarse es la de dos bloqueadores del sistema renina angiotensina aldosterona (IECAS + ARA-II). (Diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión arterial en el primer nivel de atención, 2014)

1.5. Complicaciones

Los cambios vasculares que se presentan en la HTA son hemodinámicos y estructurales, tienen importancia a nivel del corazón, sistema nervioso central y riñón, ya que constituye un factor independiente y predisponente para el desarrollo de insuficiencia cardíaca, arteriopatía coronaria, apoplejía, nefropatías y arteriopatías periféricas.

Complicaciones cardíacas

La cardiopatía por hipertensión constituye la causa más común en sujetos hipertensos, y es el resultado de diversas adaptaciones estructurales y funcionales que ocasionan hipertrofia del ventrículo izquierdo, insuficiencia cardíaca congestiva, anormalidades en el flujo sanguíneo por

arteriopatía coronaria aterosclerótica, enfermedad microvascular, y arritmias cardíacas. (Harrison , 2012)

La HTA duplica el riesgo de desarrollar cardiopatía hipertensiva y triplica el riesgo de insuficiencia cardíaca congestiva, y disfunción diastólica, la hipertrofia ventricular izquierda es uno de los principales elementos de daño precoz, se produce por la sobrecarga crónica de presión que promueve una hipertrofia de miocardiocitos y colágeno intersticial, lo cual conduce a la rigidez del ventrículo el cual no puede relajarse de forma adecuada en la diástole ocasionando incremento del trabajo auricular con la consiguiente hipertrofia y dilatación de aurícula que conlleva a la fibrilación auricular y finalmente a la insuficiencia cardíaca la cual constituye uno de los estadios finales de la cardiopatía hipertensiva. (Farreras, 2012)

La insuficiencia cardíaca puede depender de la disfunción sistólica, diastólica o de la combinación de ambas, esta disfunción es consecuencia temprana de una cardiopatía la que a su vez depende de la hipertensión y está exacerbada por la hipertrofia del ventrículo izquierdo y la isquemia. (Harrison , 2012)

Complicaciones del sistema nervioso central

La principal causa de muerte a nivel mundial es la apoplejía o accidente cerebrovascular, siendo la hipertensión arterial el principal factor de riesgo para que se produzcan, también se presentan deficiencias en las funciones cognitivas principalmente en ancianos, estas deficiencias pueden ser consecuencia de un infarto causado por oclusión de un vaso estratégico de mayor calibre o infartos lacunares por enfermedad oclusiva de vasos finos que ocasiona isquemia de la sustancia blanca subcortical. (Harrison , 2012)

El flujo sanguíneo cerebral dentro de los valores normales de presión arterial (presión arterial media de 50-150 mmHg) no varía por el proceso de autorregulación del flujo sanguíneo, al aumentar la presión arterial se produce una falla en esta autorregulación especialmente en áreas de vasodilatación aumentando la permeabilidad capilar y el edema, que puede ocasionar una encefalopatía hipertensiva la cual puede presentar signos y síntomas que pueden ser transitorios como la cefalea intensa, náuseas, vómitos, signos neurológicos focales y alteraciones en el estado psíquico, sin tratamiento esta puede ocasionar hemorragias cerebrales que llevan a estupor, coma, convulsiones e incluso a la muerte en cuestión de horas. (Farreras, 2012)

Complicaciones renales

Los riñones no solo son órganos que pueden ocasionar la hipertensión arterial sino también pueden presentar efectos de la misma, siendo la nefropatía primaria una de las principales patologías que origina la hipertensión secundaria, ante una hipertensión de origen renal se presenta una menor capacidad para excretar el sodio, y una excesiva secreción de renina en relación con el estado volumétrico y la hiperactividad del sistema nervioso simpático, aunque la hipertensión también es un factor de riesgo de daño renal y de nefropatía terminal, las lesiones de los riñones por hipertensión afectan a las arteriolas preglomerulares, ocasionando cambios isquémicos en los glomérulos y estructuras preglomerulares, este daño también puede ser consecuencia de lesión directa de los capilares glomerulares, además se produce una pérdida de la autorregulación del flujo sanguíneo renal en las arteriolas aferentes aumentando la presión en el glomérulo y ocasionando hiperfiltración, hipertrofia y esclerosis glomerular segmentaria, esto puede llevar a daño renal y desaparición de nefronas que culmine en una hipertensión más intensa, hiperfiltración glomerular y un mayor daño a nivel de los riñones produciendo una glomeruloesclerosis y mayor isquemia y atrofia tubular. (Harrison , 2012)

Hipertensión acelerada

Es la hipertensión arterial rápidamente progresiva que se caracteriza por la presencia de una artritis necrosante con degeneración fibrinoide, presión arterial elevada, hemorragias y exudados retinianos, en el desarrollo de esta complicación es de vital importancia el inicio de la fase maligna y su rapidez de instauración, se presenta un aumento brusco de la presión arterial, con encefalopatía hipertensiva que se puede acompañar de malestar general, cefaleas, visión borrosa, confusión, somnolencia, náuseas, vómitos, pérdida de peso, insuficiencia cardíaca, hematuria e insuficiencia renal aguda, también puede producirse poliuria, polidipsia, e hiponatremia. (Farreras, 2012)

2. Adulto mayor

2.1. Definición

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta de la tercera edad o adulto mayor. (OMS, 2015)

2.2. Características del adulto mayor

El envejecimiento podría definirse como la pérdida de la capacidad del organismo para adaptarse al medio ambiente, esta etapa comprende una serie de procesos biológicos, psicológicos sociales relacionados con la vida después de la edad madura, no solo se limita al declive de las estructuras y funciones corporales y a las secuelas de la participación social, sino también a los procesos patológicos previos, a las ganancias psicológicas como las experiencias y sociales; en el envejecimiento activo en las etapas avanzadas de la vida, existe una pérdida de vitalidad definida

como la incapacidad progresiva del organismo para realizar sus funciones biológicas y fisiológicas, aún en ausencia de enfermedad. (CENETEC, 2011)

El envejecimiento, además de ser un deterioro progresivo y generalizado de las funciones es el resultado de una pérdida de respuesta adaptativa al estrés, y el riesgo creciente de enfermedad relacionado con la edad, está asociado a cambios biológicos que aumentan el riesgo de morbilidad, discapacidad y muerte, así como cambios en la situación económica, en la composición de la familia, hogar y las relaciones sociales; todo esto puede influenciar en los cambios de estado de salud del adulto mayor. (Penny Montenegro & Melgar Cuellar, 2012)

En el adulto mayor se produce una disminución de la capacidad en la reserva funcional, también durante el proceso del envejecimiento hay un aumento de grasa corporal de un 14 a 30% especialmente a nivel abdominal y visceral en los hombres y en las mamas y la pelvis en las mujeres; disminución del agua corporal, principalmente en el espacio intracelular, con lo que hay mayor tendencia a la deshidratación. (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2006)

La disminución de la masa y la fuerza muscular no le permiten al adulto mayor enfrentar con éxito los requerimientos de mayor fortaleza y rapidez en la movilidad, además se presenta una disminución de la densidad ósea lo que hará los huesos cada vez más frágiles conllevando al desarrollo de osteoporosis u osteopenia, además de que pueden fracturarse fácilmente; se presentan fatiga del cartílago articular, fibrosis de la membrana sinovial, disminución del ácido hialurónico sinovial, disminución de la matriz no colágena de los meniscos y tendones, disminución del agua, del ácido hialurónico y de los proteoglicanos de los núcleos pulposos, esto hace más vulnerable al tejido músculo-esquelético, sobre todo en esfuerzos físicos, produciéndose una limitación funcional y caídas; existe un envejecimiento cutáneo, tanto a nivel de la epidermis, como de la

dermis y del tejido subcutáneo, que disminuye su contenido de grasa y de los apéndices cutáneos; en la epidermis se produce una disminución de los melanocitos, de las células de Langerhans, de la membrana basal, de los keratinocitos, que ocasiona una disminución de la cicatrización, de la fotoprotección, de la producción de vitamina D, de las reacciones de hipersensibilidad, de la adhesión epidermis-dermis y un incremento en la generación de ampollas. (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2006)

En relación a los apéndices, existe una disminución del número y de la producción de las glándulas ecrinas, apocrinas y sebáceas, así como del vello y de la velocidad de su crecimiento, todo lo cual trae como consecuencia una disminución de la termorregulación y algunos cambios cosméticos. (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2006)

El tejido graso tiende a variar en las personas ancianas así tenemos que se produce una disminución de la grasa subcutánea y se tiende a acumular en el interior especialmente en la región abdominal; además los músculos, el hígado, los riñones y otros órganos pierden sus células; los huesos pierden minerales y se vuelven menos densos, también se presenta disminución de la cantidad de agua en el cuerpo debido a la atrofia tisular; todos estos cambios a nivel de huesos, músculos y articulaciones hacen que la estatura disminuya de forma progresiva a medida que aumenta la edad, de acuerdo a estudios se ha determinado que a partir de los 40 años se produce una pérdida de 1 m por cada 10 años de vida, aumentando esta pérdida a partir de los 70 años, en sí se considera que en todo el proceso de envejecimiento hay una disminución de 2,5 a 7,5 cm; en lo que respecta al peso se produce un incremento hasta los 50 años en el sexo masculino posterior a ello inicia a perderlo, en tanto que en las mujeres el aumento se produce hasta los 70 años y posterior a ello inicia a perder, esta disminución se produce por una reducción del tejido muscular

y del depósito de grasa subcutánea, menor masa ósea y menor cantidad de agua. (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2006)

2.3. Alteraciones fisiológicas del adulto mayor

Cambios del aparato cardiovascular

A nivel cardiovascular, se produce una disminución de la “compliance” vascular arterial, con la elevación de la presión arterial (sin llegar a grados de hipertensión) y disminución del flujo sanguíneo con el resultado de isquemia de algunos órganos (corazón, cerebro, riñones, etc.). Concomitantemente, se produce una disminución de la respuesta adrenérgica (menor capacidad del bombeo cardíaco y de cronotropismo). La sensibilidad de los barorreceptores disminuye, por lo que existe una tendencia a la hipotensión ortostática, mientras que la disminución de la automaticidad del nódulo sinusal, hace al corazón más proclive al desarrollo de arritmias. (Jackson & Wenger, 2011)

A nivel celular, tisular y fisiológico también se produce: una disminución del número de miocitos con aumento en su tamaño, aumento del tejido conectivo e incremento de la rigidez miocárdica, disminución de la velocidad de contracción y de la respuesta contráctil adrenérgica, aumento de la producción del péptido natriurético auricular o pro-BNP, incremento del tejido colágeno en el sistema de conducción, acumulo graso alrededor del nodo sino-auricular, disminución de células marcapaso, discreta hipertrofia ventricular izquierda, relajación ventricular prolongada, rigidez de la aorta central y disminución de la vasodilatación mediada por endotelio. (Penny Montenegro & Melgar Cuellar, 2012)

Las consecuencias clínicas son la disminución del gasto cardiaco, la disminución de la frecuencia cardiaca máxima, elevación de la presión arterial sistólica aumento de la presión de pulso, vulnerabilidad a la hipotensión arterial, pobre respuesta compensatoria a cambios de la presión arterial, susceptibilidad al síncope e hipo-perfusión orgánica. (Penny Montenegro & Melgar Cuellar, 2012)

Cambios del aparato respiratorio

Los pulmones pierden parte de su tejido en el proceso de envejecimiento, disminuye el número de alveolos y capilares, además también se produce pérdida de la elastina en el tejido pulmonar y por consiguiente hay una disminución de su elasticidad, hay un incremento leve del diámetro torácico anteroposterior, alterando al conducción-función pulmonar y ocasionando disminución del intercambio gaseoso, hay afectación de la curvatura dorsal de la columna vertebral por una reducción de la masa ósea y por depósito de minerales en los cartílagos costales originando cifosis o lordosis de acuerdo a la desviación que se produzca, hay debilitación del diafragma y los músculos intercostales, los cilios que cubre las vías respiratorias disminuyen su capacidad de mover el moco en las vías respiratorias, los conductos respiratorios producen menor cantidad de IgA con lo cual aumenta la incidencia a las infecciones virales. (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2006)

Cambios del aparato digestivo

En el adulto mayor hay una disminución del flujo salival, de sentido del gusto, de la masticación, de los músculos faríngeos y de la motilidad esofágica, se altera la producción de pepsina y el vaciamiento gástrico, la acidez gástrica esta disminuida, lo cual favorece la colonización del intestino por parte de las bacterias, se retarda el tránsito intestinal, disminución

de la inervación, y también hay la presencia de alteraciones de la absorción y la actividad enzimática, hay mayor predisposición a constipación y a la formación de divertículos por disminución de la motilidad colónica, a nivel de la zona rectal hay déficit de contracción con una disminución de la elasticidad y de la inervación de la pared muscular, aumentando el riesgo de presentar incontinencia fecal, el hígado disminuye de tamaño y por consiguiente de hepatocitos y flujo sanguíneo, esto ocasiona una disminución de la función hepática; el páncreas disminuye tanto en peso como en tamaño, por lo tanto hay una disminución de glándulas acinares y de la secreción pancreática. (Penny Montenegro & Melgar Cuellar, 2012)

Cambios del sistema nefrourológico

A nivel renal se presenta una disminución del peso y el tamaño de los riñones por lo tanto también disminuye el volumen de flujo renal desde 1.200 ml/min en los 30-40 años, hasta 600 ml/min a los 80 años por reducción de la masa renal y cambios anatómicos vasculares, representando la pérdida de un gran número de glomérulos entre 30 al 40% a los 80 años, se altera el tamaño glomerular, hay engrosamiento de la membrana basal, con un aumento de la expansión del mesangio glomerular, aumentando el número de glomérulos escleróticos y la formación de divertículos tubulares, afectando la filtración glomerular, lo cual se refleja en el aclaramiento de creatinina que se mantiene estable hasta los 30 a 40 años, luego disminuye 8 ml/min/1,73 m² por década, la capacidad de concentración-dilución urinaria, y con ello se produce una menor depuración de sustancias tóxicas, aumenta la toxicidad a los fármacos y hay mayor tendencia a que se produzca un desbalance hidroelectrolítico. (Penny Montenegro & Melgar Cuellar, 2012)

Aumenta el dintel renal de glucosuria por lo que los ancianos presentan niveles más elevados de glucosa, se altera el transporte del sodio por dificultad en la retención del mismo en la rama

ascendente del asa de Henle, hay niveles de renina menores lo que reduce el nivel plasmático de aldosterona en un 30 a 50%. (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2006)

Con el envejecimiento la musculatura lisa voluntaria pierde su tono, en las paredes de la vejiga se reemplaza el tejido elástico por tejido fibroso, lo cual ocasiona una disminución de la elasticidad de la vejiga y mayor dificultad para el vaciado completo en la micción, se producen modificaciones a nivel del trígono por factores hormonales. (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2006)

Cambios endocrinológicos

Se produce una disminución de la función testicular y ovárica por el detrimento de las hormonas sexuales como la testosterona que disminuye la libido sexual en el varón y los estrógenos que llevan al climaterio y menopausia en la mujer, hay una elevación de las hormonas hipofisarias estimulantes luteinizante y foliculoestimulante, disminución de la absorción y activación de la vitamina D que conlleva al desarrollo de osteopenia, disminución de la homeostasis de la glicemia, de la producción de tiroxina, hay aumento de la hormona antidiurética, disminución de la hormona de crecimiento que conlleva a disminuir la masa muscular, hay disminución de renina y aldosterona que puede producir hiponatremia ó hiperkalemia. Se altera también la función neuroendocrina, disminuyen los neurotransmisores dopamina, norepinefrina y opioides, ocasionando una disminución del estímulo de la secreción hipofisaria. (Penny Montenegro & Melgar Cuellar, 2012)

Cambios del sistema neurológico

En el adulto mayor se produce atrofia cerebral por disminución del número de neuronas, dendritas, enzimas y receptores, disminución en la síntesis de neurotransmisores, catecolinérgicos

y dopaminérgicos, que explican la disminución cognitiva es decir de la memoria, concentración, atención, capacidad visuo-espacial, conceptualización, inteligencia general, en este grupo etario se presentan fallas en la coordinación de movimientos, disminución de los reflejos posturales, además hay mayor predisposición al insomnio. (Penny Montenegro & Melgar Cuellar, 2012)

Cambios del sistema hemato-inmunológico

Se produce una disminución de la reserva medular ósea, disminución de la función de las células T y aumento de la formación de auto-anticuerpos desarrollando una respuesta hematopoyética retardada y rápido desarrollo de infecciones, especialmente virales o mico-bacterianas. (Penny Montenegro & Melgar Cuellar, 2012)

3. Autocuidado en el paciente hipertenso

El ser humano como fuente integradora de aspectos emocionales, intelectuales y sociales, desarrolla estrategias para la conservación de su estructura y funcionalidad, contribuyendo a un mejor nivel y calidad de vida tanto para él como para su familia. Una de estas estrategias es el autocuidado, el cual puede verse afectado cuando el individuo se encuentra ante el riesgo de sufrir de HTA. La situación de enfermedad puede generar en él modificaciones en los estilos de vida y factores psicosociales como temor, depresión, ansiedad, aislamiento social y estrés, que pueden influir en la ocurrencia de un evento coronario o la muerte. (Achury, 2012)

El tratamiento de la hipertensión arterial está caracterizado por el marcado impacto emocional, los cambios necesarios en el estilo de vida y la capacidad de autocuidado que el individuo y su familia requieren para minimizar los factores de riesgo cardiovascular; dentro de las medidas protectoras como parte del tratamiento de la hipertensión arterial, se encuentran: la realización de

ejercicio físico, adaptación a nuevos regímenes nutricionales, peso ideal, disminución del consumo de licor y del cigarrillo, adherencia al tratamiento farmacológico y el manejo de respuestas psicológicas. (Achury, 2012)

El autocuidado como valor inherente a cada ser humano y percibido esté como un deber y un derecho para consigo mismo y con la sociedad, que toma la tendencia hacia el autoconocimiento y empoderamiento del individuo y de la sociedad de su propia salud y a la vez reconoce la presencia de factores culturales, de índole educativo y socioeconómico que condicionan la agencia de autocuidado e influye en el autocuidado. (Fernández, 2011)

Además, el autocuidado puede considerarse como un complemento de los servicios de salud ofrecidos por los profesionales, donde se comparte la responsabilidad con el usuario, como herramienta útil para la promoción de salud y prevención de eventos coronarios como el Infarto agudo de miocardio, la angina de pecho un evento cerebro vascular, situaciones que alteran la salud generando un deterioro de la calidad de vida, lo cual conlleva a un alto costo tanto económico como social. (Fernández, 2011)

3.1. Dimensiones del autocuidado

3.1.1. Alimentación

Hacer cambios en la dieta es una forma comprobada de ayudar a controlar la hipertensión arterial. Estos cambios pueden ayudar a bajar de peso y disminuir la probabilidad de sufrir una cardiopatía y un accidente cerebrovascular. (Carreira, 2013)

Es necesario que el adulto mayor ingiera alimentos que sean naturalmente bajos en grasa, como granos integrales, frutas y verduras. Por lo que se recomienda: evitar o reducir los alimentos que

sean ricos en grasa saturada, puesto que comer demasiada grasa saturada es uno de los mayores factores de riesgo para el desarrollo de una cardiopatía, entre estos alimentos se encuentran: yemas de huevo, quesos duros, leche entera, crema de leche, helado, mantequilla, carnes grasosas, además es necesario implementar alimentos de proteína magra, como soya, pescado, pollo sin piel, reducir la cantidad de alimentos procesados y fritos, productos horneados preparados comercialmente, como rosas, galletas dulces y saladas, ya que pueden contener muchas grasas saturadas o grasas trans. (Carreira, 2013)

Para cocinar los alimentos es recomendable asar a la parrilla, a las brasas, hervir y hornear las carnes de pollo, pescado entre otras, evitar agregar aderezos o salsas ricos en grasa, también es necesario la ingesta de alimentos ricos en fibra soluble, como avena, salvado, guisantes partidos y lentejas, frijoles, algunos cereales y arroz integral, pero una de las principales recomendaciones es disminuir la sal de los alimentos por lo que los nutricionistas han planteado la denominada dieta DASH, que es la dieta hiposódica de los enfoques dietéticos para detener la hipertensión (Dietary Approaches to Stop Hypertension, DASH) la cual ha demostrado que ayuda a bajar la presión arterial. (Dugdale, 2013)

Esta dieta no sólo es rica en nutrientes importantes y fibra, sino que también incluye alimentos ricos en potasio, calcio y magnesio, y más baja en sodio (sal); en esta se recomienda reducir el sodio a no más de 2,300 mg por día (consumir sólo 1,500 mg por día es un meta aún mejor), reducir la grasa saturada a no más del 6% y la grasa total a 27% de las calorías diarias, menciona que los productos lácteos bajos en grasa parecen ser especialmente benéficos para bajar la presión arterial sistólica, utilizar aceites monoinsaturados, como aceite de oliva y canola, cambiar por granos integrales los productos de harina blanca o pasta, escoger frutas y verduras frescas todos los días. Muchos de estos alimentos son ricos en potasio, fibra o ambos, comer nueces, semillas o legumbres

diariamente, escoger cantidades modestas de proteína no más de 18% de las calorías diarias totales. El pescado, la carne de ave sin piel y los productos de soja (soya) son las mejores fuentes de proteína. (Dugdale, 2013)

Otras metas de nutrientes diarios en la dieta DASH abarcan la reducción de los carbohidratos a 55% de las calorías diarias y el colesterol en la alimentación a 150 mg. Trate de obtener al menos 30 gramos de fibra diariamente. (Dugdale, 2013)

3.1.2. Ejercicio física

Al paciente hipertenso se le debe orientar y motivar a realizar ejercicio físico para que mejore su presión arterial y disminuya sus factores de riesgo coronario. El ejercicio físico ha demostrado ser una buena herramienta terapéutica. Se ha comprobado de acuerdo a diversos estudios que pacientes hipertensos físicamente activos tienen menor tasa de mortalidad que los sedentarios. (SA-HTA, 2014)

Investigaciones recientes han demostrado que el ejercicio aeróbico está asociado con una reducción de 4,9/3,7 mmHg en la presión arterial en pacientes hipertensos, descenso que no varía según la frecuencia o intensidad del ejercicio, sugiriendo así, que todas las formas son efectivas. Otro metaanálisis estima que la disminución de la presión arterial es 6/5 mmHg en personas hipertensas. Los mecanismos por los cuales el ejercicio reduce la presión arterial son complejos. (SA-HTA, 2014)

La presión arterial está determinada por el gasto cardíaco y las resistencias periféricas totales; la reducción de la presión asociada al entrenamiento físico esta mediada por una o ambas de estas variables, pero normalmente ocurre a expensas de las disminución de las resistencias periféricas,

por: dilatación del lecho vascular arterial periférico durante el ejercicio, con reducción de las resistencias periféricas, en individuos con hipertensión arterial y arteriolar; o reducción de las cifras de presión arterial tras el ejercicio, en la fase de recuperación, ligeramente por debajo de las de inicio. Estas reducciones son mediadas por mecanismos neurohumorales y de adaptación estructural, alterando la respuesta del estímulo vasoactivo. (Rojas, Prado, & Mesa, 2014)

3.1.3. Hábitos nocivos

Cuando se reduce el consumo de alcohol se produce una significativa disminución de la presión arterial sistólica y diastólica, esto es más evidente en bebedores de más de 800 ml semanales, las cantidades aceptadas de etanol son 30 ml/día, equivalente a dos vasos de vino, dos latas de cerveza o una medida de bebidas destiladas. En la mujer y los individuos delgados esta cantidad se reduce un 50%., además la medida preventiva cardiovascular más importante es dejar de fumar, ya que fumar produce un aumento transitorio de la presión arterial, probablemente por estimulación simpática central, con aumento de catecolaminas. (SA-HTA, 2014)

3.1.4. Adherencia al tratamiento

Se define la adherencia al tratamiento como la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el médico o el equipo de salud, desde el punto de vista de los hábitos o estilo de vida recomendados como del propio tratamiento farmacológico prescrito, expresándose como el grado de coincidencia entre las orientaciones sugeridas por el profesional y el cumplimiento de las mismas por el paciente. Se considera a un sujeto adherente cuando toma correctamente entre el 80% y el 100% de la medicación sugerida. Solo el 30 a 40% de los hipertensos mantienen la medicación al año. Las causas del bajo control de la HTA pueden atribuirse a una inadecuada interacción entre el médico, el paciente y el entorno socioeconómico que condicionan esta relación.

Por lo que se recomienda una correcta explicación al paciente sobre motivo y objetivo del tratamiento, como así también de los posibles efectos adversos de las drogas, la elección de tratamientos simples: drogas que sean efectivas con una sola toma diaria, drogas que controlen la presión arterial durante las 24 horas, drogas que tengan pocos efectos colaterales, drogas con precios accesibles. (Pérez & Ureña, 2012)

El tratamiento debe respetar las características culturales, laborales y sociales del paciente y adaptarse a estas circunstancias, comprometer en el cumplimiento del tratamiento al paciente, a la familia, y al equipo de salud. (SA-HTA, 2014)

Además, se debe evaluar la adherencia al tratamiento, optimizar la comunicación con el paciente a través del correo postal o electrónico, contacto telefónico, entre otros, fomentar la participación del médico en grupos de educación continua a la comunidad, con la finalidad de aumentar el conocimiento de la enfermedad y la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. (SA-HTA, 2014)

5. Materiales y métodos

Tipo de Estudio

El presente estudio fue de tipo descriptivo, cualitativo, porque se recolectó información numérica sobre el autocuidado domiciliario del adulto hipertenso, y permite mostrar la naturaleza

y magnitud del problema, y de corte transversal porque se realizó en el período comprendido entre Marzo a Julio del 2016.

Área de estudio

La investigación se realizó en la parroquia “La Tingue” ubicada en la parte alta de la microcuenca del río Playas a 34 Km de la cabecera cantonal Olmedo, en la parte este del cantón, posee una superficie de 58 Km² del total cantonal, con una población aproximada de 668 habitantes según el censo del 2010, esta parroquia está limitada al Norte por los cantones Chaguarpamba y Loja, al sur el cantón Paltas, al este la cabecera cantonal de Olmedo, y al Oeste el cantón Catamayo.

Universo

El universo estuvo conformado por 668 habitantes de la parroquia la Tingue, cantón Olmedo, provincia de Loja.

Población

La población estuvo conformada por 65 adultos mayores con HTA que viven en la parroquia “La Tingue”, cantón Olmedo, Provincia de Loja

Muestra

La conformaron los adultos mayores (>65 años de edad) con HTA de la parroquia la Tingue, cantón Olmedo, Provincia de Loja, para determinar la muestra se tomó en cuenta los siguientes criterios de selección.

Criterios de Selección

Criterios de Inclusión:

- Pacientes adultos mayores con diagnóstico de HTA o asociada a otras patologías cardiovasculares de la parroquia “La Tingue”.
- Pacientes hipertensos de ambos géneros mayores de 65 años de edad y que acepten el consentimiento informado.
- Pacientes hipertensos con tiempo de enfermedad mayor a 1 año.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con otras patologías cardiovasculares no asociadas a HTA.
- Pacientes hipertensos menores de 65 años.
- Pacientes hipertensos que no firmen el consentimiento informado.

Procedimiento

Para la aplicación del cuestionario se realizó una reunión con el Sr. Augusto Yaguana presidente de la Junta de la Parroquia “La Tingue” y la coordinadora del programa del Ministerio de inclusión económica y social (MIESS) para evaluar las direcciones, días y hora en la que se podrá acceder a la población a la población, luego se procedió a la aprobación o desaprobación del consentimiento informado (Anexo 1) y finalmente se aplicó la entrevista y el cuestionario (Anexo 2).

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica empleada fue la entrevista y el instrumento un cuestionario “Capacidad de Agencia de Autocuidado en pacientes con Hipertensión Arterial” (Anexo N°2), el cual había sido elaborado y validado en el año 2009 por Sepúlveda Gloria, Rodríguez Sandra y Achury Diana de la

universidad Javeriana de Bogotá Colombia para el estudio de la capacidad de autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial.

Plan De Tabulación Y Análisis de Datos

Para el plan de tabulación y análisis de datos se realizaron tablas de frecuencia simple en el programa Microsoft Excel 2010.

Con los datos obtenidos se determinó el nivel de autocuidado de los adultos mayores en cada una de las dimensiones.

6. Resultados

Tabla N°1

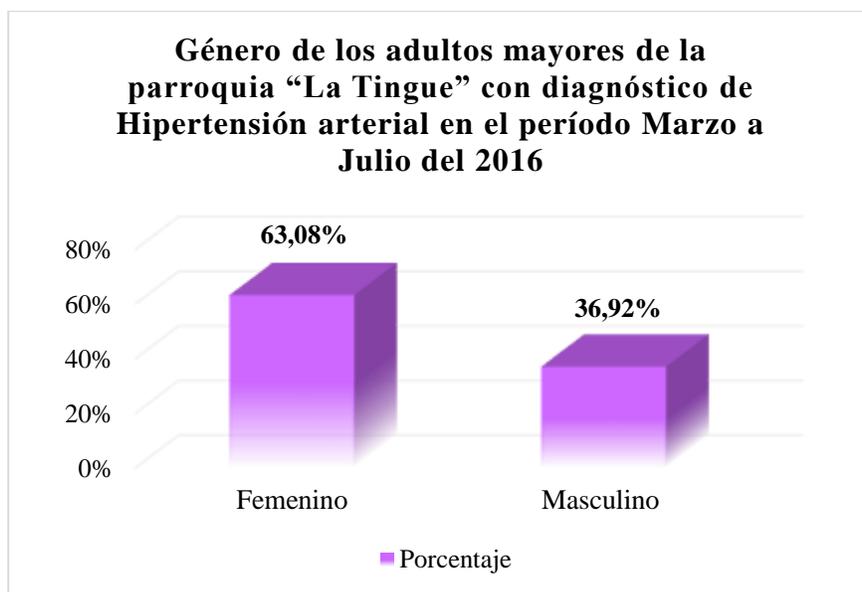
Género de los adultos mayores de la parroquia “La Tingue” con diagnóstico de Hipertensión arterial en el período Marzo a Julio del 2016

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	41	63,08%
Masculino	24	36,92%
Total	65	100%

Fuente: Encuesta

Autora: María José Celi

Gráfico N°1



Fuente: Encuesta

Autora: María José Celi

De la muestra obtenida tenemos que 41 adultos mayores son del género femenino lo que representa un 63,08% y 24 son del género masculino en un 36,92% que indica que la mayor parte de la muestra pertenece al género femenino.

Tabla N°2

Con quién viven los adultos mayores de la parroquia “La Tingue” con diagnóstico de Hipertensión arterial en el período Marzo a Julio del 2016

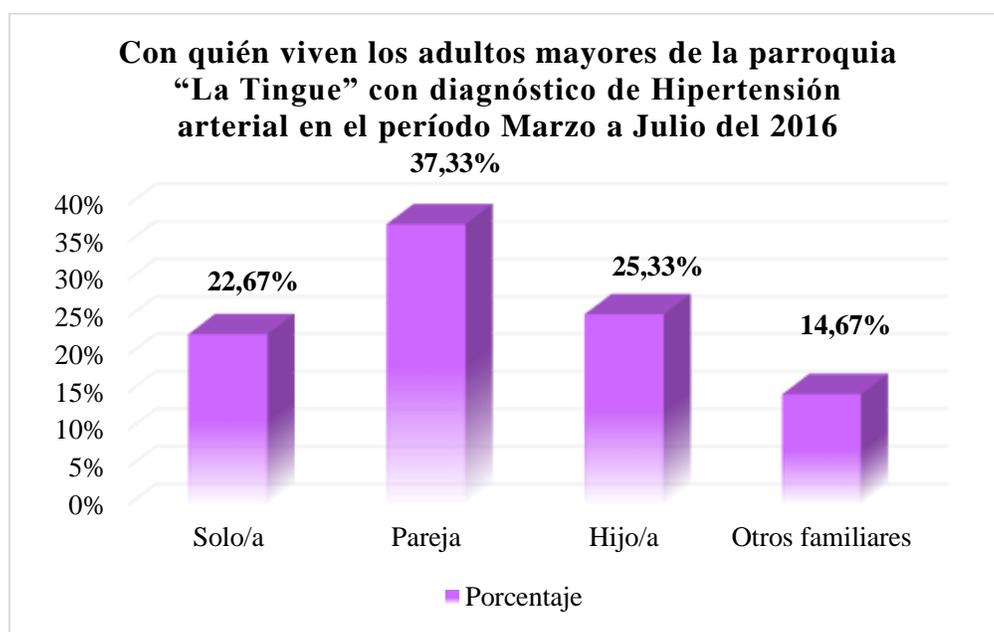
	Frecuencia	Porcentaje
--	------------	------------

Solo/a	17	22,67%
Pareja	28	37,33%
Hijo/a	19	25,33%
Otros familiares	11	14,67%
Total	75	100%

Fuente: Encuesta

Autora: María José Celi

Gráfico N°2



Fuente: Encuesta

Autora: María José Celi

De la muestra obtenida tenemos que la mayor parte de los adultos mayores viven con su pareja en un 37,33%, seguido de con sus hijos en un 25,33%, y solos en un 22,67% aunque un gran porcentaje viven no solo con su pareja sino también con sus hijos o en otras ocasiones con sus nietos.

Tabla N°3

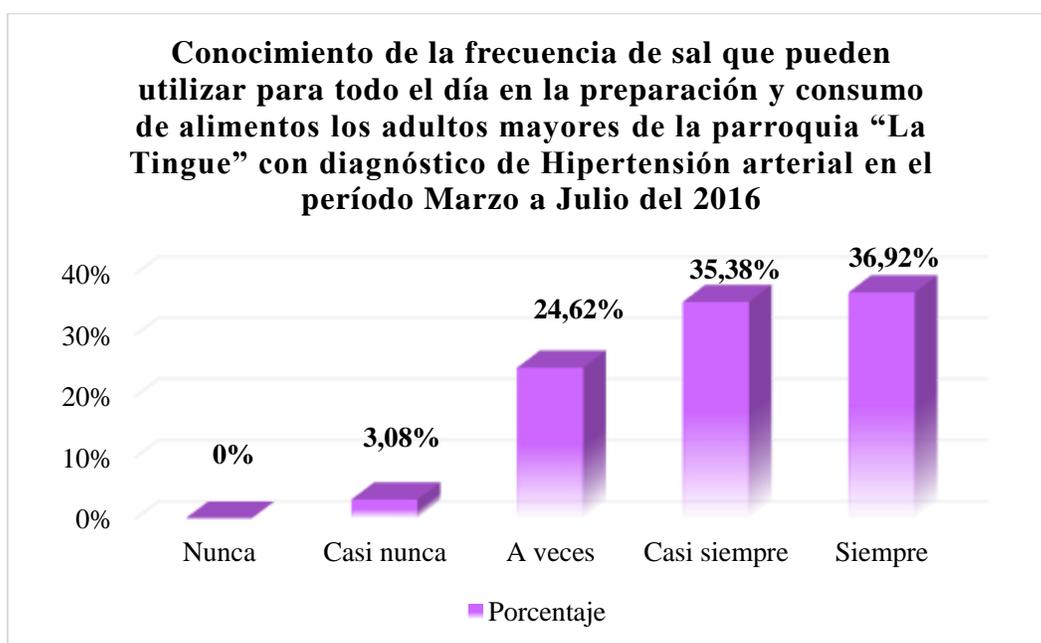
Conocimiento de la frecuencia de sal que pueden utilizar para todo el día en la preparación y consumo de alimentos los adultos mayores de la parroquia “La Tingue” con diagnóstico de Hipertensión arterial en el período Marzo a Julio del 2016

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0%
Casi nunca	2	3,08%
A veces	16	24,62%
Casi siempre	23	35,38%
Siempre	24	36,92%
Total	65	100%

Fuente: Encuesta

Autora: María José Celi

Gráfico N°3



Fuente: Encuesta

Autora: María José Celi

De la muestra obtenida el 36,92% considera que conocen la cantidad de sal que puede utilizar por día, un 35,58%, casi siempre conocen la cantidad máxima de sal por día, y un 24,62% a veces conocen la cantidad máxima de sal por día.

Tabla N°4

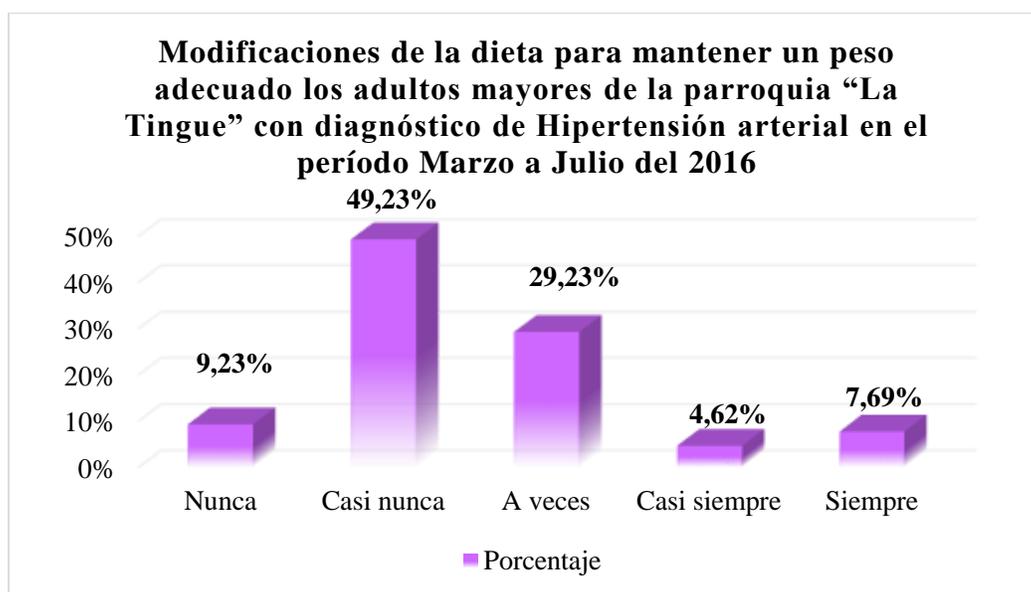
Modificaciones de la dieta para mantener un peso adecuado los adultos mayores de la parroquia “La Tingue” con diagnóstico de Hipertensión arterial en el período Marzo a Julio del 2016

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	6	9,23%
Casi nunca	32	49,23%
A veces	19	29,23%
Casi siempre	3	4,62%
Siempre	5	7,69%
Total	65	100%

Fuente: Encuesta

Autora: María José Celi

Gráfico N°4



Fuente: Encuesta

Autora: María José Celi

De la muestra obtenida el 49,23% casi nunca realizan cambios en su dieta para mantener un peso adecuado, un 29,23%, a veces realiza cambios en su dieta.

Tabla N°5

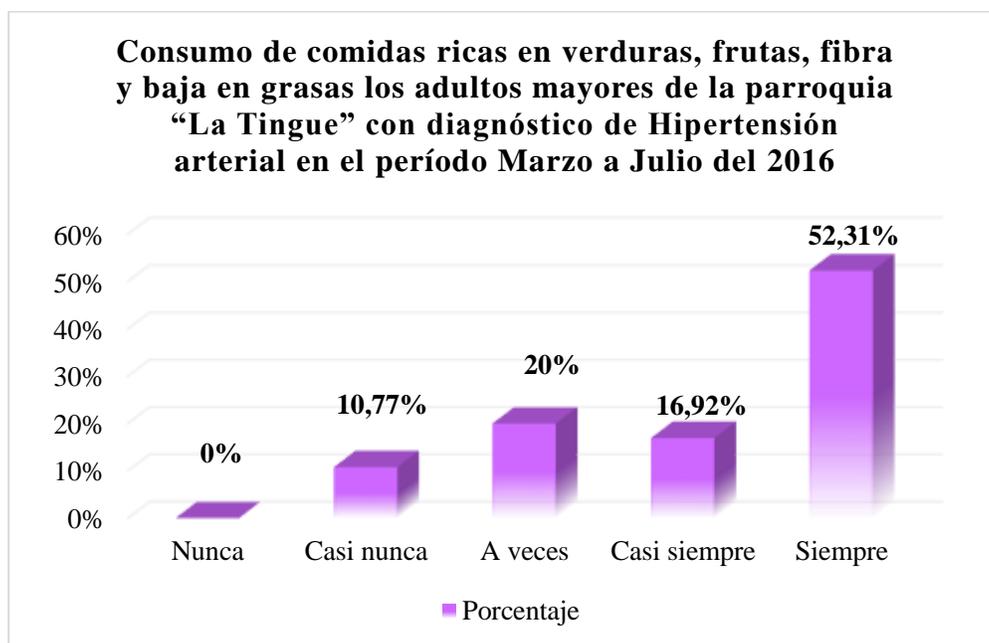
Consumo de comidas ricas en verduras, frutas, fibra y baja en grasas los adultos mayores de la parroquia “La Tingue” con diagnóstico de Hipertensión arterial en el período Marzo a Julio del 2016

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0%
Casi nunca	7	10,77%
A veces	13	20%
Casi siempre	11	16,92%
Siempre	34	52,31%
Total	65	100%

Fuente: Encuesta

Autora: María José Celi

Gráfico N°5



Fuente: Encuesta

Autora: María José Celi

De la muestra obtenida el 52,31% siempre consume comidas ricas en verduras, frutas, fibra y baja en grasas, un 20%, a veces consume este tipo de alimentos, un 16,92% casi siempre las consume.

Tabla N°6

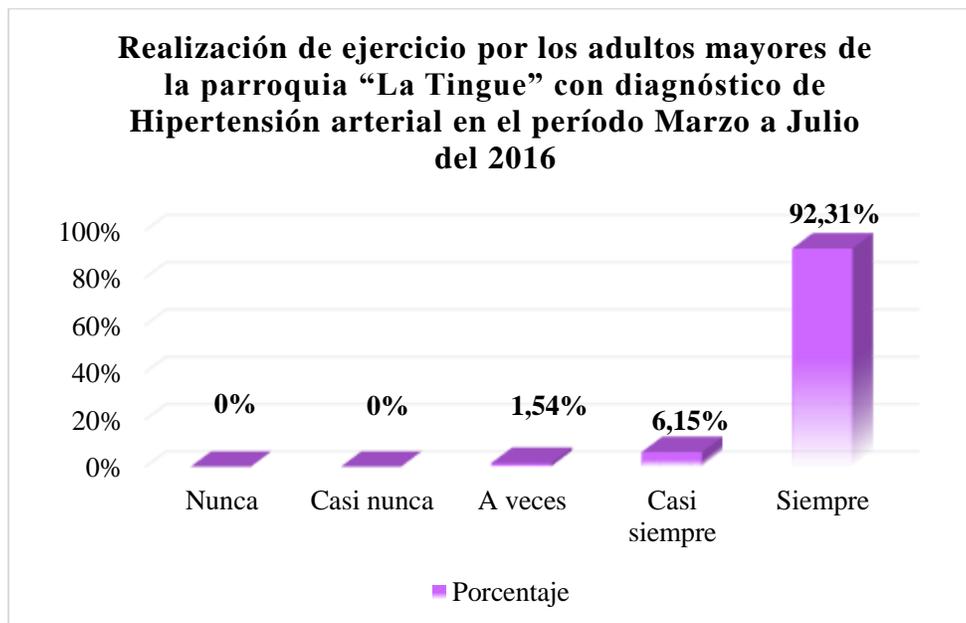
Realización de ejercicio por los adultos mayores de la parroquia “La Tingue” con diagnóstico de Hipertensión arterial en el período Marzo a Julio del 2016

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0%
Casi nunca	0	0%
A veces	1	1,54%
Casi siempre	4	6,15%
Siempre	60	92,31%
Total	65	100%

Fuente: Encuesta

Autora: María José Celi

Gráfico N°6



Fuente: Encuesta

Autora: María José Celi

De la muestra obtenida el 92,31% considera que siempre es necesario la realización de ejercicio, un 6,15%, considera que casi siempre es necesario realizar ejercicio, un 1,54% considera que a veces es importante la realización de ejercicio.

Tabla N°7

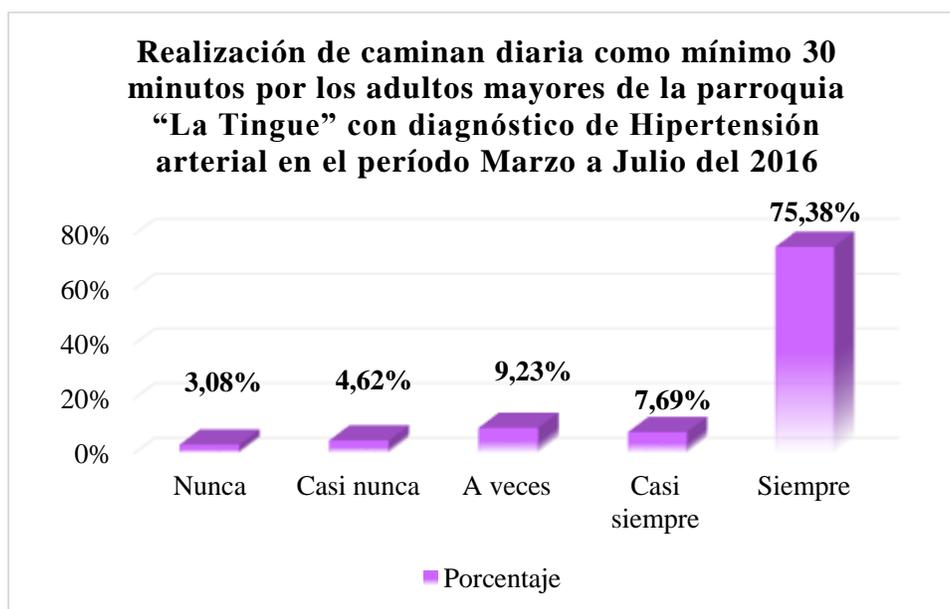
Realización de caminan diaria como mínimo 30 minutos por los adultos mayores de la parroquia “La Tingue” con diagnóstico de Hipertensión arterial en el período Marzo a Julio del 2016

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	2	3,08%
Casi nunca	3	4,62%
A veces	6	9,23%
Casi siempre	5	7,69%
Siempre	49	75,38%
Total	65	100%

Fuente: Encuesta

Autora: María José Celi

Gráfico N°7



Fuente: Encuesta

Autora: María José Celi

De la muestra obtenida el 75,38% siempre que son la mayoría caminan diariamente mínimo 30 minutos, un 9,23%, a veces camina diariamente.

Tabla N°8

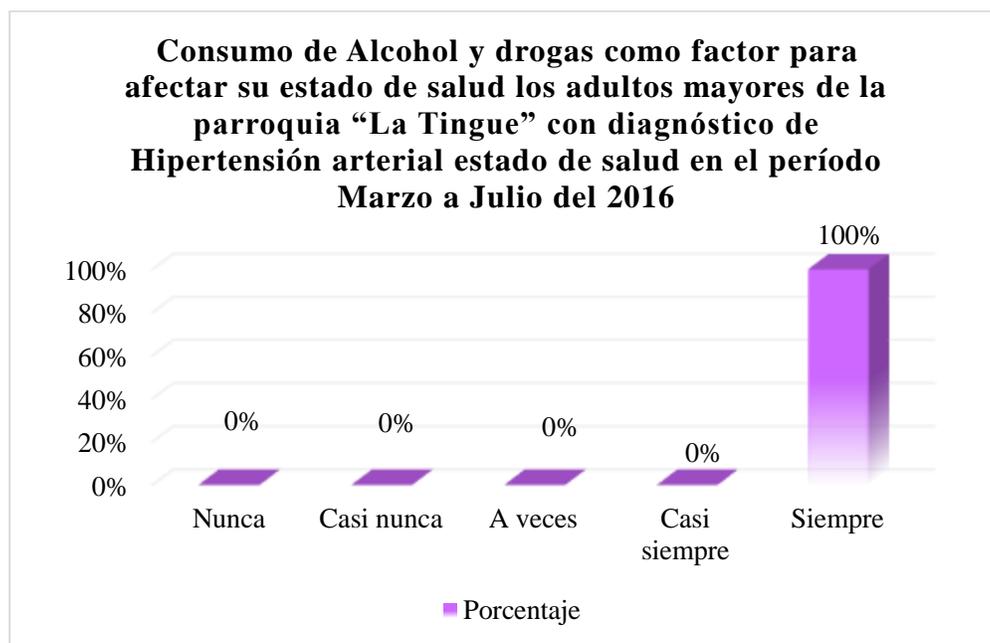
Consumo de Alcohol y drogas como factor para afectar su estado de salud los adultos mayores de la parroquia “La Tingue” con diagnóstico de Hipertensión arterial estado de salud en el período Marzo a Julio del 2016

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0%
Casi nunca	0	0%
A veces	0	0%
Casi siempre	0	0%
Siempre	65	100%
Total	65	100%

Fuente: Encuesta

Autora: María José Celi

Gráfico N°8



Fuente: Encuesta

Autora: María José Celi

De la muestra obtenida el 100% considera que el consumo de alcohol y drogas puede afectar su estado de salud, aunque cabe recalcar que algunos ingieren alcohol en pocas cantidades.

Tabla N°9

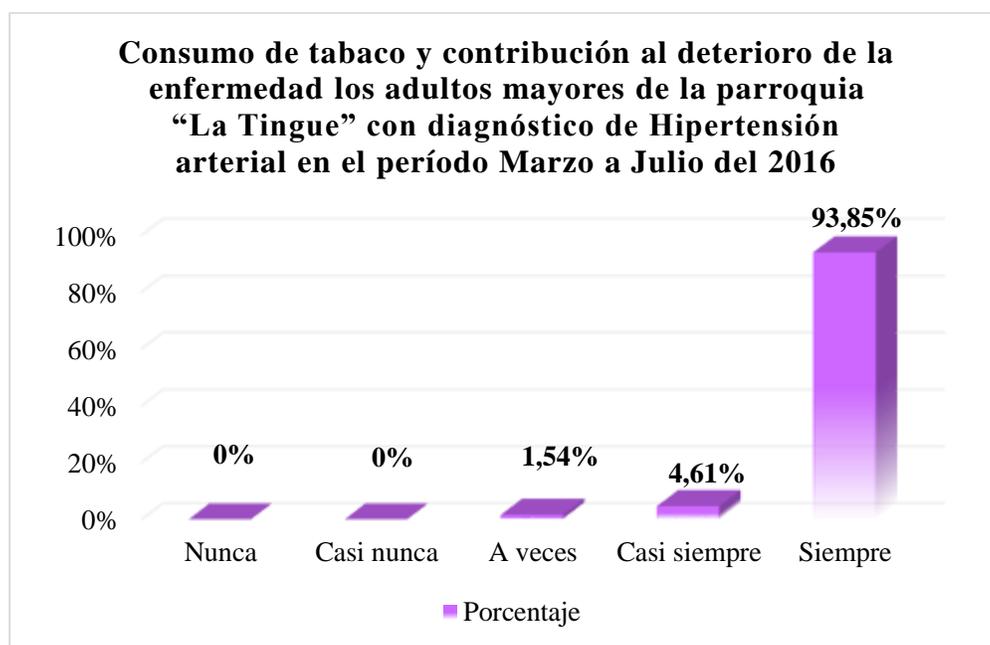
Consumo de tabaco y contribución al deterioro de la enfermedad los adultos mayores de la parroquia “La Tingue” con diagnóstico de Hipertensión arterial en el período Marzo a Julio del 2016

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0%
Casi nunca	0	0%
A veces	1	1,54%
Casi siempre	3	4,61%
Siempre	61	93,85%
Total	65	100%

Fuente: Encuesta

Autora: María José Celi

Gráfico N°9



Fuente: Encuesta

Autora: María José Celi

De la muestra obtenida el 93,85% que representan la mayoría de los adultos mayores consideran que el tabaco contribuye al deterioro de su enfermedad.

Tabla N°10

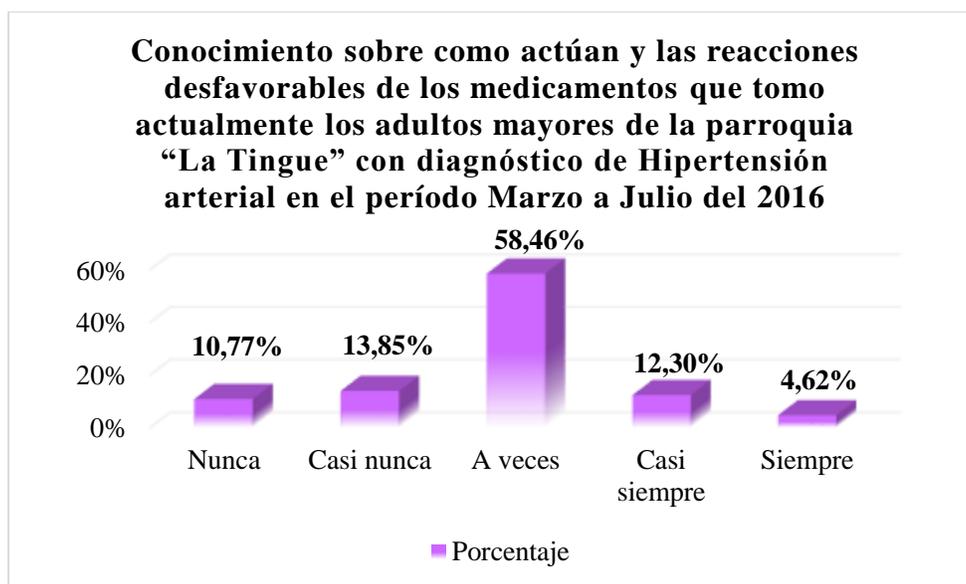
Conocimiento sobre como actúan y las reacciones desfavorables de los medicamentos que tomo actualmente los adultos mayores de la parroquia “La Tingue” con diagnóstico de Hipertensión arterial en el período Marzo a Julio del 2016

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	7	10,77%
Casi nunca	9	13,85%
A veces	38	58,46%
Casi siempre	8	12,30%
Siempre	3	4,62%
Total	65	100%

Fuente: Encuesta

Autora: María José Celi

Gráfico N°10



Fuente: Encuesta

Autora: María José Celi

De la muestra obtenida el 58,46%, a veces conoce como actúan las reacciones desfavorables de los medicamentos, un 13,85%, casi nunca conoce las reacciones desfavorables de los medicamentos, un 12,30% casi siempre conoce las reacciones desfavorables.

Tabla N°11

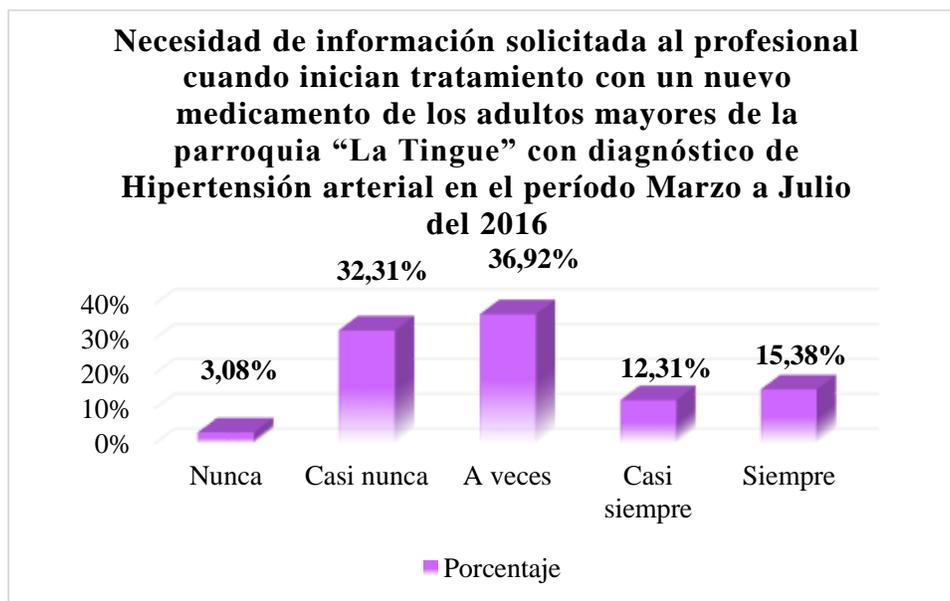
Necesidad de información solicitada al profesional cuando inician tratamiento con un nuevo medicamento de los adultos mayores de la parroquia “La Tingue” con diagnóstico de Hipertensión arterial en el período Marzo a Julio del 2016

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	2	3,08%
Casi nunca	21	32,31%
A veces	24	36,92%
Casi siempre	8	12,31%
Siempre	10	15,38%
Total	65	100%

Fuente: Encuesta

Autora: María José Celi

Gráfico N°11



Fuente: Encuesta

Autora: María José Celi

De la muestra obtenida el 36,92% a veces solicita información al profesional médico al iniciar un nuevo medicamento, un 32,31%, casi nunca solicita dicha información, un 15,38% siempre solicita información acerca de un nuevo medicamento.

Tabla N°12

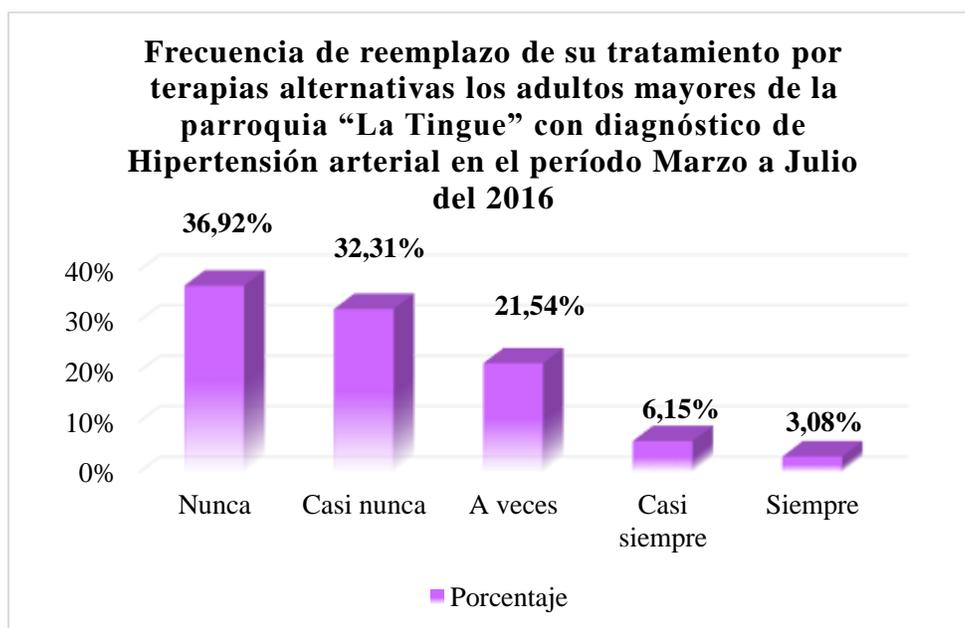
Frecuencia de reemplazo de su tratamiento por terapias alternativas los adultos mayores de la parroquia “La Tingue” con diagnóstico de Hipertensión arterial en el período Marzo a Julio del 2016

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	24	36,92%
Casi nunca	21	32,31%
A veces	14	21,54%
Casi siempre	4	6,15%
Siempre	2	3,08%
Total	65	100%

Fuente: Encuesta

Autora: María José Celi

Gráfico N°12



Fuente: Encuesta

Autora: María José Celi

De la muestra obtenida el 36,92% nunca ha reemplazado su tratamiento por terapias alternativas, un 32,31%, casi nunca reemplaza su tratamiento, un 21,54 a veces reemplaza su tratamiento.

Tabla N°13

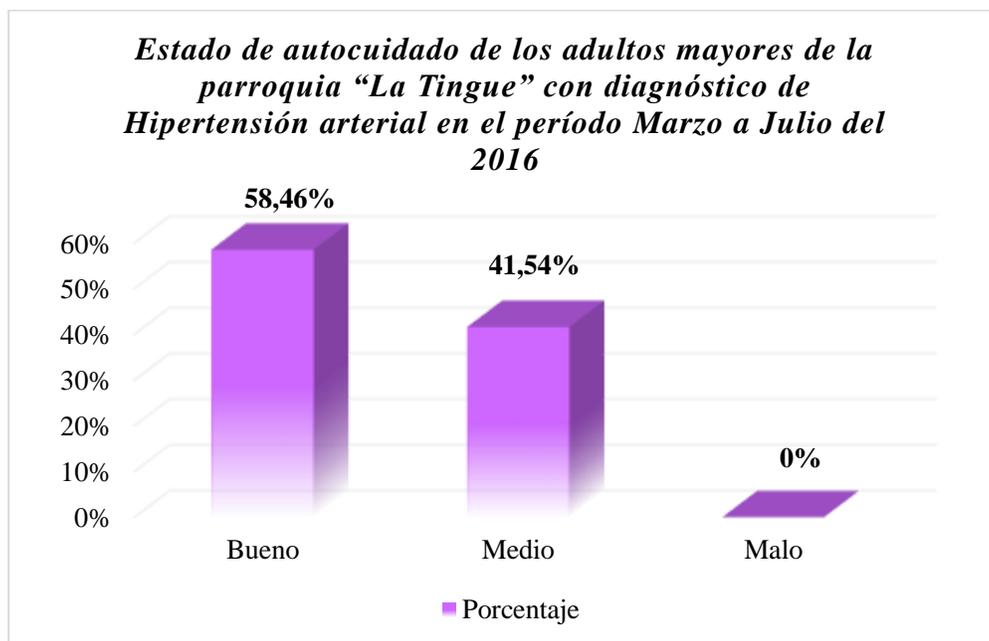
Estado de autocuidado de los adultos mayores de la parroquia “La Tingue” con diagnóstico de Hipertensión arterial en el período Marzo a Julio del 2016

	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	38	58,46%
Medio	27	41,54%
Malo	0	0%
Total	65	100%

Fuente: Encuesta

Autora: María José Celi

Gráfico N°13



Fuente: Encuesta

Autora: María José Celi

De la muestra obtenida el 58,46% tienen un buen nivel de autocuidado, y un 41,54%, tienen un nivel medio de autocuidado.

7. Discusión

En la última década la hipertensión arterial ha mostrado un incremento notable en nuestro país por ello el autocuidado se convierte en estrategia clave para disminuir la morbimortalidad causada por esta enfermedad, ya que el estado de salud del paciente va a depender de las medidas de cuidado que este realice como son el consumo de alimentos saludables, el control de la presión arterial y el peso, así como la realización de actividad física.

En lo que respecta a la dimensión de alimentación, ítem 8, un 36.92% y un 35.38% siempre y casi siempre conocían la cantidad máxima de sal que podrían consumir por día; en tanto que un 24.62% y un 3.08% a veces y casi nunca conocen la cantidad máxima de sal que pueden ingerir al día esto es un hallazgo alarmante, ya que la dieta constituye uno de los pilares fundamentales en el cuidado del adulto mayor con diagnóstico de hipertensión arterial, estos datos son inferiores en comparación con el estudio titulado capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel, realizado por Achury Beltrán et ál, en Colombia en el año 2012 en el cual se encontró que un 65,3% y un 12,4% de los pacientes nunca y casi nunca conocían la cantidad máxima de sal que podían consumir. (Achury Beltrán, y otros, 2012)

En lo que respecta al ítem 14 el cual evalúa la realización de cambios en la dieta para mantener un peso adecuado, el estudio arrojó como resultados que el 49.23% y el 29,23% casi nunca y a veces realizan estos cambios, estos hallazgos guardan relación con el estudio realizado con Achury Beltrán et ál en el cual el 35% de los pacientes, a veces, realizan cambios en su dieta con el objetivo de mantener un peso adecuado. El cual es de vital importancia para mantener un control adecuado de la hipertensión arterial y por ende evitar las complicaciones propias de esta enfermedad de carácter crónico. (Achury Beltrán, y otros, 2012)

El 52.31% y el 20% siempre y a veces, consumen una dieta rica en verduras, frutas, fibra y baja en grasas; este aspecto se considera indispensable en el manejo de la hipertensión arterial, porque influye de forma directa en el control de la presión y, a su vez, tiene un impacto significativo en el control del peso, aspecto que también desempeña un papel decisivo en el control de la presión arterial, comparado con el estudio realizado por Achury Beltrán et ál en el que se encontró que el 33% y el 20% de los pacientes casi siempre y siempre, consumían alimentos ricos en verduras y frutas. Esta afirmación concuerda con los resultados del estudio realizado por Moore y cols, según los cuales, tras doce meses de consumo de una dieta DASH (enfoques alimenticios para detener la hipertensión), se obtuvieron resultados positivos sobre la reducción del peso y de la presión arterial; del mismo modo, resultados similares fueron obtenidos en el estudio realizado por el grupo Premier, donde el consumo de la dieta DASH propició una reducción de 11,6 mm Hg en la presión arterial sistólica y 6,4 mm Hg en la presión arterial diastólica, de manera que se observó una prevalencia de presión arterial óptima (120/80 mm Hg) en el 35% de los pacientes. (Achury Beltrán, y otros, 2012)

En lo que respecta a la dimensión del ejercicio físico, el ítem 4 que evalúa la importancia de realizar ejercicio expresa que en su mayoría con un 92.31% consideran que siempre es importante realizar ejercicio físico. Este es un componente fundamental en el control de su enfermedad, pues la literatura reporta que el ejercicio puede reducir la presión arterial (4,7 mm Hg, la presión sistólica, y 3,1 mm Hg, la diastólica); así como favorecer la reducción del peso y los lípidos, las resistencias vasculares periféricas, las concentraciones de catecolaminas, y aumentar la autoestima. Datos inferiores se obtuvieron en el estudio de Achury Beltrán et al en el que el 50,2% siempre realizan la actividad física recomendada. Según el estudio realizado por Cuitiva, los motivos que llevan a que los adultos mayores practiquen la actividad física están relacionados con

factores motivacionales, como la percepción de bienestar físico, la percepción social de un buen estado salud y el reconocimiento de sí mismo. (Achury Beltrán, y otros, 2012)

Por otro lado, en el ítem 12 que evalúa si el paciente camina diariamente mínimo 30 minutos, se obtuvo que la gran mayoría con un 75,38% realizan esta actividad, ya que los pacientes caminan por razones de movilización más que por el conocimiento claro que tengan de la repercusión en su salud de este buen hábito, estos datos son mayores en comparación con otros estudios como el de Achury Beltrán et al en el que 32,6% algunas veces, el 13,4% casi nunca y el 8,10% nunca caminaba durante este tiempo, considerándose un aspecto positivo en la población estudiada ya que algunos estudios muestran que la persona con hipertensión arterial y con mayor índice de actividad y ejercicio posee una mayor capacidad de agencia de autocuidado. (Achury Beltrán, y otros, 2012)

En lo que respecta a la dimensión de hábitos nocivos el 100% consideran que el consumo de alcohol y drogas puede afectar el estado de la salud; y un 93,85% consideran que el tabaco contribuye al deterioro de la enfermedad; al igual que en el estudio realizado por Marina Muñoz en Perú en donde el 100% se obtuvieron iguales resultados en lo que respecta al consumo de alcohol tabaco y drogas y su relación con la enfermedad. (Muñoz Juarez, 2013)

En lo que respecta a la dimensión de adherencia al tratamiento, el 58,46% y un 13,85% considera que a veces y casi nunca respectivamente conoce los efectos secundarios de los medicamentos. Este hallazgo podría estar condicionado por el déficit de información por parte del profesional de enfermería o información poco estructurada, el conocimiento del tratamiento farmacológico se constituye en una directriz que permite mejorar la calidad de vida, reducir complicaciones y la progresión de la enfermedad; esto se relaciona con los resultados obtenidos

por Achury et ál en el que el 38,7% y el 28,5% de los pacientes casi nunca y nunca conocían los efectos secundarios del tratamiento farmacológico. (Achury Beltrán, y otros, 2012)

El 36,92% y un 32,31% a veces y casi nunca solicita información acerca de un nuevo medicamento en su tratamiento; un 36,92% y un 32,31% nunca y casi nunca reemplaza su tratamiento por una terapia alternativa. Esto se convierte en un aspecto muy positivo en su autocuidado, puesto que otros estudios sí han encontrado porcentajes significativos en el uso de terapias alternativas para el control de la hipertensión arterial, como la fitoterapia, lo cual genera en algunas oportunidades interacciones con el tratamiento farmacológico o abandono de este; estos resultados fueron inferiores en comparación con los obtenidos en el estudio de Achury Beltrán et ál en el que un 93,8% de los pacientes nunca reemplaza su tratamiento por una terapia alternativa. Por otro lado, un factor que influye para que el paciente utilice estas terapias son las recomendaciones de la familia, y en su gran mayoría es automedicado. (Achury Beltrán, y otros, 2012)

La capacidad global de agencia de autocuidado en la población estudiada se encontró predominantemente “alta” con un 58.46% y un 41.54% mantenían un nivel medio, lo cual demuestra que los adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial de la parroquia la Tingue poseen habilidades que les permiten comprender acerca de los factores que debe controlar para promover su salud y su cuidado, sin dejar de lado que un buen porcentaje a pesar del conocimiento impartido por profesionales de salud no toman conciencia del daño que se hacen al no cumplir las indicaciones médicas, esto en comparación con estudios como el de Achury Beltrán en el 2012 el cual reporta que la gran mayoría de pacientes tiene un nivel medio de autocuidado, al contrario que en el estudio titulado Autocuidado del adulto hipertenso que asiste al consultorio de Cardiología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Comas, realizado por Marina Muñoz en

Perú, donde el 100% de los pacientes se encuentran con un nivel regular de autocuidado. (Muñoz Juárez, 2013)

8. Conclusiones

- En relación al autocuidado en la dimensión alimentación, el mayor porcentaje consume alimentos bajos en sal y tienen un consumo de una dieta rica en verduras, frutas, fibra y baja en grasas, además la mayoría de los pacientes no realizan cambios en su dieta para bajar de peso y ayudar al control de la enfermedad.
- Referente al autocuidado en la dimensión actividad física y descanso, el mayor porcentaje realiza ejercicio físico, es decir camina diariamente 30 minutos principalmente por razones de movilización y cuidados de sus pequeños huertos.
- Respecto al autocuidado en la dimensión hábitos nocivos es bueno, ya que la mayoría de los pacientes no beben alcohol ni fuman.
- En cuanto al autocuidado en la dimensión adherencia al tratamiento, presentan una baja adherencia ya que la relación con los profesionales de salud de la zona no es muy buena y esto les limita a pedir información acerca de los medicamentos y sus efectos, administrando en algunas ocasiones tratamientos alternativos.
- El autocuidado de los pacientes hipertensos en su mayoría es bueno, aunque un gran porcentaje también presentan un nivel medio de autocuidado, esto se da por tratarse de una enfermedad crónica que requiere la modificación de algunos estilos de vida no saludables, lo que hace que el paciente se perciba limitado y no satisfecho en algunas áreas.

9. Recomendaciones

- Coordinar con las autoridades de la parroquia para conjuntamente con los encargados del programa del Ministerio de inclusión económica y social (MIESS) se aplique la propuesta planteada y de esta manera educar a los adultos mayores para mejorar su calidad de vida.
- Fomentar en los profesionales de la salud el trabajo en equipo, con el objetivo de brindar una atención integral de calidad al paciente y a su familia considerando sus características personales.
- Promover en el personal de medicina la elaboración de protocolos y/o guías de procedimientos en torno a las medidas de autocuidado que debe tener el paciente hipertenso.
- Incentivar en los pacientes y sus familias el autocuidado; fortalecer y promover los estilos de vida saludables, para prevenir las complicaciones de la hipertensión arterial.

10. Bibliografía

- Achury Beltrán, L. F., Achury Saldaña, D. M., Rodríguez Colmenares, S. M., Sepúlveda, G., Padilla Velasco, M. P., Leuro Umaña, J. M., . . . Camargo Becerra, L. E. (2012). *Capacidad de aagencya de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel* . Colombia .
- Achury, L. F. (2012). Capacidad de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial. *Javeriana*.
- Andrade Castellanos , C. (2015). Hipertensión arterial primaria: tartamiento farmacológico basado en la evidencia. *Medicina Interna de México, 31*, 191-195.
- Braun Menéndez, E. (Agosto de 2013). Consenso de Hipertensión Arterial. *Revista Argentina de Cardiología, 81(2)*, 2; 26-37.
- Carreira, M. (2013). Dieta (Sosa) Hiposódica normal. *Fisterra*.
- Castaño , R., Medina , M., De la Rosa , L., & Loria, J. (2011). Guía de practica clínica en la hipertensión arterial . *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social , 49(3)*, 315-324.
- CENETEC. (2011). Valoración Geronto-Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio . (C. N. Salud, Ed.) *Guía Práctica Clínica* .
- Diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión arterial en el primer nivel de atención. (07 de 08 de 2014). *Guía práctica clínica, 24(2)*, 21-30.
- Dugdale, D. C. (2013). La hipertensión y la dieta. *MedlinePlus*.
- Farreras, R. (2012). *Medicina Interna* (17 ed., Vol. 1). España: McGRW HILL.
- Fernández, A. R. (2011). Autocuidado y factores condicionantes en adultos mayores. *Scieo*.
- Harrison . (2012). *Principios de Medicina Interna* (18 ed., Vol. 2). McGRAW HILL.
- Infac. (2015). Tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial . *Información farmacoterapéutica de la Comarca: INFAC, 23(5)*, 33-41.
- Jackson, C., & Wenger, N. (Agosto de 2011). Enfermedad Cardiovascular en el Anciano. *Revista Española de Cardiología, 64(8)*, 697-712.
- Munoz Juarez, M. (2013). *Academia*. Obtenido de Nivel de autocuidado del adulto hipertenso : <https://www.academia.edu/7160832/TESIS>

- Ofman, S. D., Pereyra, C., & Dorina, S. (2013). Autocuidado de los pacientes hipertensos esenciales en tratamiento. *Dialnet*.
- OMS. (Septiembre de 2015). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
- OPS. (2010). Prevención, detección, Evaluación y Tratamiento de la Presión Arterial . *Organización Panamericana de la Salud* .
- OPS. (2012). Guía de diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial. *SciELO* .
- Penny Montenegro, E., & Melgar Cuellar, F. (2012). *Geriatría y Gerontología para el Médico Internista* (1° ed.). Bolivia: La Hoguera.
- Pérez , J. M., & Ureña, I. (2012). Adherencia al tratamiento en personas mayores. *Dialnet*.
- Rodríguez Daza, K. D. (2011). *Vejez y envejecimiento*. Colombia: Universidad del Rosario.
- Rojas, C. A., Prado, O., & Mesa, L. (2014). Ejercicios físicos para disminuir la hipertensión arterial en los adultos mayores. *Efdeortes*.
- SA-HTA. (2014). Diagnóstico, estudio, seguimiento, tratamiento de hipertensión arterial . *GSA-HTA*.
- Sánchez, R., Ayala, M., & Velasquez, C. (2010). Guías latinoamericanas de Hipertensión arterial. *SciELO*.
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. (2006). *Tratado de geriatría para residentes*. Madrid: International Marketing & Communication, S.A.
- Vega, O. M., Suarez, J., & Acosta, S. (2015). Agencia de autocuidado de pacientes hipertensos. *Revista Colombiana de Medicina*, 45-56.

11. Anexos

Anexo 1



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA**

Consentimiento informado

Al contestar el siguiente cuestionario, doy mi consentimiento a la Srta. María José Celi, estudiante de la carrera de medicina, para formar parte del estudio titulado “Autocuidado domiciliario del adulto mayor con diagnóstico de Hipertensión Arterial de la parroquia “La Tingue”, Cantón Olmedo, Provincia de Loja.”, para obtener el título de médica, el cual ha sido coordinado por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Loja. Para ello he recibido información clara sobre el propósito y modo que se realizará la entrevista y el cuestionario. Habiendo tenido la oportunidad de aclarar mis dudas acerca del estudio, teniendo en cuenta que la información será de carácter confidencial y de manera anónima, acepto participar en el estudio, firmando el presente para que conste.

Firma del paciente

Firma de la investigadora
María José Celi

Anexo 2



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA**

Cuestionario

Instrucciones: Este cuestionario es anónimo, confidencial y voluntario, tiene como propósito conocer el nivel de autocuidado domiciliario de los pacientes con hipertensión arterial, será usado sólo para fines de investigación, por lo que le solicitamos su sinceridad en las respuestas. En este cuestionario encontrará una serie de preguntas con cinco opciones de respuesta, de las cuales debe seleccionar y marcar con un x, una sola respuesta la que Ud. considere correcta.

Datos generales:

Edad (años cumplidos):	Género: Femenino Masculino
Estado Civil	Casado Soltero Unión Libre Viudo
Ocupación	Estudiante Empleado Desempleado Independiente Jubilado
Escolaridad	Ninguna Primaria Secundaria Universidad
Vive con	Solo Pareja Hijo/a Otros familiares
Red de apoyo	Grupo hospitalario Grupo de amigos Grupo religioso Grupo social Otro

Valoración de las medidas de autocuidado

Afirmaciones		Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
		1	2	3	4	5
1	Siento que mi estado de ánimo me permite cuidarme					
2	Cuando duermo 6-8 horas diarias, me siento descansado					
3	Invierto tiempo en mi propio cuidado					
4	Considero importante realizar ejercicio					
5	Busco información y orientación sobre el manejo de mi enfermedad					
6	Considero que conozco como actúan y las reacciones desfavorables de los medicamentos que tomo actualmente para controlar la presión arterial					
7	Cuando inicié un nuevo medicamento solicito al profesional de medicina me proporcione información necesaria de la correcta administración					
8	Considero que la cantidad máxima de sal que puedo utilizar para todo el día en la preparación y consumo de alimentos son 2 cucharaditas					
9	Reemplazo mi tratamiento por terapias alternativas					
10	Considero que el profesional de medicina me escucha y me aclara mis inquietudes					
11	Conozco las complicaciones derivadas de la enfermedad					
12	Camino diariamente como mínimo 30 minutos					
13	Considero que el consumo de Alcohol y drogas puede afectar a mi estado de salud					
14	Realizo cambios en mi dieta para mantener un peso adecuado					
15	Considero que el tabaco contribuye a un deterioro de la enfermedad					
16	Consumo en mi dieta comidas ricas en verduras, frutas, fibra y baja en grasas					

Anexo 3

Propuesta



Universidad Nacional de Loja
Área de la salud Humana
Carrera de Medicina



Autora:

María José Celi

2016



*Autocuidado domiciliario del adulto mayor con
diagnóstico de Hipertensión Arterial*



"Ser abuelo es la compensación de Dios por envejecer"

Introducción

El envejecimiento podría definirse como la pérdida de la capacidad del organismo para adaptarse al medio ambiente, comprende una serie de procesos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con la vida después de la edad madura, no solo se limita al declive de las estructuras, y funciones corporales y a las secuelas de la participación social, sino también a los procesos patológicos previos, a las ganancias psicológicas y sociales, como las experiencias y sociales. (CENETEC, 2011)

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta de la tercera edad o adulto mayor. (OMS, 2015)

El autocuidado domiciliario se basa en el autoconocimiento y empoderamiento del individuo de su propia salud y a la vez reconoce la presencia de factores culturales, de índole educativo y socioeconómico que condicionan e influye en esta actividad; además, el autocuidado puede considerarse, un complemento de los servicios de salud ofrecidos por los profesionales, donde se comparte la responsabilidad con el usuario, como herramienta útil para la promoción de salud y prevención de eventos coronarios como el infarto agudo de miocardio, angina de pecho, evento cerebro vascular, situaciones de alteración de la salud que generan deterioro de la calidad de vida. (Fernández, 2011)

De acuerdo a investigación realizada en esta población los resultados fueron: en la dimensión de alimentación, un 36.92% y un 35.38% siempre y casi siempre conocían la cantidad máxima de sal que podrían consumir por día; el 49.23% y el 29,23% casi nunca y a veces realizan cambios en la dieta para mantener un peso adecuado, el 52.31% y el 20% siempre y a veces, consumen una

dieta rica en verduras, frutas, fibra y baja en grasas, estos resultados son de vital importancia para mantener un control adecuado de la hipertensión arterial y por ende evitar las complicaciones propias de esta enfermedad de carácter crónico.

En lo que respecta a la dimensión del ejercicio físico, un 92.31% consideran que siempre es importante realizar ejercicio físico; el 75,38% camina diariamente mínimo 30 minutos, puesto que la hipertensión arterial, con un mayor índice de actividad y ejercicio posee una mayor capacidad de agencia de autocuidado.

En lo que respecta a la dimensión de hábitos nocivos el 100% consideran que el consumo de alcohol y drogas puede afectar el estado de la salud; y un 93,85% consideran que el tabaco contribuye al deterioro de la enfermedad.

En lo que respecta a la dimensión de adherencia al tratamiento, el 58.46% y un 13,85% considera que a veces y casi nunca respectivamente conoce los efectos secundarios de los medicamentos, el 36,92% y un 32,31% a veces y casi nunca solicita información acerca de un nuevo medicamento en su tratamiento.

La capacidad global de agencia de autocuidado en la población estudiada se encontró predominantemente “alta” con un 58.46% y un 41.54% mantenían un nivel medio, lo cual demuestra que los adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial de la parroquia “La Tingue” poseen habilidades que les permiten comprender acerca de los factores que debe controlar para promover su salud y su cuidado, sin dejar de lado que un buen porcentaje a pesar del conocimiento impartido por profesionales de salud no toman conciencia del daño que se hacen al no cumplir las indicaciones médicas.

Justificación

Siendo actualmente la HTA un problema de salud que afecta la forma de vida del paciente, la necesidad de autocuidado domiciliario y la preocupación acerca de las complicaciones generan una serie de alteraciones en su calidad de vida. Por ello la importancia de la presente propuesta radica en que la identificación oportuna del nivel de autocuidado domiciliario del adulto hipertenso que permite detectar estilos de vida no adecuados y a la vez fortalecer los estilos de vida saludables, a través de una atención integral, siendo responsables del fomento del autocuidado a través de la educación y la consejería.

La realización de esta propuesta con base en los resultados obtenidos en el estudio constituirá un nuevo aporte a la solución del mismo; y permitirá que los adultos mayores se autoeducen en las dimensiones de alimentación, ejercicio, hábitos nocivos y el cumplimiento del tratamiento, para que puedan llevar una mejor vida evitando las diferentes complicaciones que pueden presentar por esta patología, las cuales pueden tener repercusiones fatales en su salud.

Finalmente se justifica a realización de la propuesta ya que se ha logrado determinar que los adultos mayores a pesar de tener un buen autocuidado aún hay muchas falencias en el mismo ya que en algunos ya se han evidenciado las consecuencias de esta enfermedad.

Objetivos

Instruir a los adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial de la parroquia “La Tingue”, cantón Olmedo, provincia de Loja, acerca del autocuidado domiciliario que deben llevar para mejorar su calidad de vida.

Metodología

Para mejorar el nivel de autocuidado se realizarán charlas educativas enfocadas en las diferentes dimensiones alimentación, ejercicio físico, adherencia al tratamiento y hábitos nocivos; por lo que se podría realizar en 4 fases que permitan educar a los adultos mayores, esto se realizará conjuntamente con el personal del MIESS que trabaja con los adultos mayores se incentivará a mejorar el autocuidado, cada una de estas fases tendrá una duración de un mes con reuniones semanales.

En la primera fase se educará a los adultos en la dimensión de alimentación, mediante charlas con contenidos ilustrativos en base a:

- Hacer cambios en la dieta ya que esta es una forma de ayudar a controlar la hipertensión arterial. Estos cambios pueden ayudar a bajar de peso y disminuir la probabilidad de sufrir una cardiopatía y un accidente cerebrovascular.
- Ingesta de alimentos que sean naturalmente bajos en grasa, como granos integrales, frutas y verduras. Por lo que se recomienda: evitar o reducir los alimentos que sean ricos en grasa saturada ya que el exceso de esta es uno de los mayores factores de riesgo para la cardiopatía, entre estos alimentos se encuentran: yemas del huevo, quesos duros, leche entera, crema de leche, helado, mantequilla, carnes grasosas, además es necesario implementar alimentos de proteína magra, como soya, pescado, pollo sin piel, reducir la cantidad de alimentos

procesados y fritos, productos horneados preparados comercialmente, como rosas, galletas dulces y saladas, ya que pueden contener muchas grasas saturadas o grasas trans. (Carreira, 2013)

- Para cocinar los alimentos es recomendable asar a la parrilla, a las brasas, hervir y hornear las carnes de pollo, pescado entre otras, evitar agregar aderezos o salsas ricos en grasa, también es necesario la ingesta de alimentos ricos en fibra soluble, como avena, salvado, guisantes partidos y lentejas, frijoles, algunos cereales y arroz integral, pero una de las principales recomendaciones es disminuir la sal de los alimentos por lo que los nutricionistas han planteado la denominada dieta DASH, que es la dieta hiposódica de los enfoques dietéticos para detener la hipertensión (Dietary Approaches to Stop Hypertension, DASH) la cual ha demostrado que ayuda a bajar la presión arterial. Esta dieta no sólo es rica en nutrientes importantes y fibra, sino que también incluye alimentos que son más ricos en potasio, calcio y magnesio, y más baja en sodio (sal); en esta se recomienda reducir el sodio a no más de 2,300 mg por día (consumir sólo 1,500 mg por día es un meta aún mejor), reducir la grasa saturada a no más del 6% y la grasa total a 27% de las calorías diarias, menciona que los productos lácteos bajos en grasa parecen ser especialmente benéficos para bajar la presión arterial sistólica, utilizar aceites monoinsaturados, como aceite de oliva y canola, cambiar por granos integrales los productos de harina blanca o pasta, escoger frutas y verduras frescas todos los días. Muchos de estos alimentos son ricos en potasio, fibra o ambos, comer nueces, semillas o legumbres diariamente, escoger cantidades modestas de proteína no más de 18% de las calorías diarias totales. El pescado, la carne de aves sin piel y los productos de soja (soya) son las mejores fuentes de proteína. Otras metas de nutrientes diarios en la dieta DASH abarcan la reducción de los carbohidratos a 55% de las calorías diarias y el colesterol en la

alimentación a 150 mg. Trate de obtener al menos 30 gramos de fibra diariamente. (Dugdale, 2013)

En la segunda fase se educará a los adultos en la dimensión del ejercicio físico, mediante charlas, caminatas, programas de actividad física con base en:

- El paciente hipertenso se le debe orientar y motivar a realizar ejercicio físico para que mejore su presión arterial y disminuya sus factores de riesgo coronario. El ejercicio físico ha demostrado ser una buena herramienta terapéutica. Se ha comprobado de acuerdo a diversos estudios que pacientes hipertensos físicamente activos tienen menor tasa de mortalidad que los sedentarios.
- El ejercicio aeróbico está asociado con una reducción de 3,7 a 4,9 mmHg en la presión arterial en pacientes hipertensos, descenso que no varía según la frecuencia o intensidad del ejercicio, sugiriendo así, que todas las formas son efectivas, de acuerdo a estudios se ha determinado que el ejercicio logra una disminución de 5 a 6 mmHg en personas hipertensas. (SA-HTA, 2014)
- La presión arterial está determinada por el gasto cardiaco y la resistencia periférica total; la reducción de la presión asociada al entrenamiento físico esta mediada por una o ambas de estas variables, pero normalmente ocurre a expensas de la disminución de la resistencia periférica, por dilatación del lecho vascular arterial periférico durante el ejercicio, con reducción de las resistencias periféricas, en individuos con hipertonia arterial y arteriolar; o reducción de las cifras de presión arterial tras el ejercicio, en la fase de recuperación, ligeramente por debajo de las de inicio. Estas reducciones son mediadas por mecanismos neurohumorales y de adaptación estructural, alterando la respuesta del estímulo vasoactivo. (Rojas, Prado, & Mesa, 2014)

En la tercera fase se educará a los adultos en la dimensión de hábitos nocivos, mediante charlas, sin dejar de lado los programas de ejercicio físico con base en:

- Cuando se reduce el consumo de alcohol se produce una significativa disminución de la presión arterial sistólica y diastólica, esto es más evidente en bebedores de más de 800 ml semanales, las cantidades aceptadas de etanol son 30 ml/día, equivalente a dos vasos de vino, dos latas de cerveza o una medida de bebidas destiladas, en la mujer y los individuos delgados esta cantidad se reduce un 50%.
- Además, la medida preventiva cardiovascular más importante es dejar de fumar, ya que fumar produce un aumento transitorio de la presión arterial, probablemente por estimulación simpática central, con aumento de catecolaminas. (SA-HTA, 2014)

En la cuarta fase se educará a los adultos en la dimensión de adherencia al tratamiento, mediante charlas con base en:

- Primero es necesario informarles acerca la adherencia al tratamiento la cual se define como la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el médico o el equipo de salud, tanto desde el punto de vista de los hábitos o estilo de vida recomendados como del propio tratamiento farmacológico prescrito, expresándose como el grado de coincidencia entre las orientaciones sugeridas por el profesional y el cumplimiento de las mismas por el paciente. Se considera a un sujeto adherente cuando toma correctamente entre el 80% y el 100% de la medicación sugerida. Solo el 30 a 40% de los hipertensos mantienen la medicación al año. Las causas del bajo control de la HTA pueden atribuirse a una inadecuada interacción entre el médico, el paciente y el entorno socioeconómico que condicionan esta relación. Por lo que se recomienda una correcta explicación al paciente sobre motivo y objetivo del tratamiento,

como así también de los posibles efectos adversos de las drogas, la elección de tratamientos simples: drogas que sean efectivas con una sola toma diaria, que controlen la presión arterial durante las 24 horas, que tengan pocos efectos colaterales y que sean de precios accesibles. (Pérez & Ureña, 2012)

- Además, se debe evaluar la adherencia al tratamiento, mediante un seguimiento adecuado a través de visitas domiciliarias, para fomentar la participación del médico en grupos de educación continua a la comunidad, con la finalidad de aumentar el conocimiento de la enfermedad y la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. (SA-HTA, 2014)

Cada una de estas fases se deben reforzar semana a semana mediante programas de retroalimentación que nos permitan determinar la forma de asimilación de la información, por lo tanto, la siguiente propuesta de manejo mantiene una duración de cuatro meses, en los cuales se podrán mejorar el autocuidado del adulto mayor.

Cronograma

Actividades	Mes 1				Mes 2				Mes 3				Mes 4			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Charlas educativas acerca de alimentación	X	X	X	X												
Charlas educativas acerca de ejercicio físico					X	X	X	X								
Charlas educativas acerca de hábitos nocivos									X	X	X	X				
Charlas educativas acerca de adherencia al tratamiento													X	X	X	X