



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA



TRABAJO DE TITULACIÓN

Previo a la obtención del Título de:

MÉDICO CIRUJANO

TEMA:

“HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SU REPERCUSIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO GUILLERMINA LOOR DE MORENO DE PORTOVIEJO, ENERO JUNIO 2016”

AUTORES:

JIMÉNEZ ARBOLEDA LUIS ORLANDO
SALTOS ARTEAGA FERNANDO ENRIQUE

DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN
DR. NELSON CAMPOS VERA

PORTOVIEJO-MANABÍ-ECUADOR

2017

DEDICATORIA

Dedico esta Tesis con todo mi amor a DIOS porque sin su bendición y sabiduría nada en esta vida tendría sentido.

A todos los seres queridos que por circunstancias de la vida no pueden estar presentes pero desde el cielo compartan mi felicidad.

A MI MADRE NELLY ARBOLEDA, A MI PADRE MARIO JIMÉNEZ por brindarme su apoyo incondicional día a día, la cual me ayudado a salir adelante buscando siempre el mejor camino.

A NATALIA MAGALLANES por su comprensión y ayuda en momentos de mi carrera.

A MIS HERMANAS que siempre me han brindado su apoyo incondicional

A un ser tan querido como mi hijo STEVEN JIMÉNEZ que a pesar de no estar siempre a su lado me da su apoyo con pequeñas palabras y grandes detalles.

A grandes amigos que por causa de la naturaleza cosas no prevista de DIOS tuvieron que partir a causa del terremoto del 16 de abril del 2016.

LUIS

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de TITULACIÓN a Dios porque él me ha permitido avanzar hasta el punto en que me encuentro.

A mi familia, MAMÁ, ABUELITA MICHE, ABUELITO GALO (+) que Dios lo tenga en su gloria, a todas mis tías, que han sido más que eso, han sido como madres para mí (TÍA ENA, ANA, ESTRELLA, VALERIA, Y MI TÍO MANUCO), han sido parte de mi esencia, por creer en mí, dándome ejemplos de humildad, trabajo, perseverancia y honestidad en el trabajo diario y constante, además de ser mis cómplices y pilares fundamentales de cada sueño y meta trazada.

A mi papá GINO que aunque tuvo que migrar fuera de este país siempre supo apoyarme en los tiempos más difíciles.

A mi novia y amiga KELLY REVILLA que ha sido pilar fundamental en mi vida y ha sido fuente constante de inspiración y perseverancia.

A mis queridos amigos y hermanos; DANIEL, CARLOS, MANUEL e IVES por compartir historias únicas e inigualables además de aprender algo nuevo de cada uno de Uds.

Y por último dedico este proyecto a mis queridos pacientes por ser el motor que me incentiva a ser mejor cada día.

FERNANDO

AGRADECIMIENTO

El fruto de tantos años de sacrificio está a punto de dar resultado, por tal motivo mi agradecimiento infinito al Todopoderoso por la vida, por las fuerzas y energías que me ayudaron a nunca flaquear.

A la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ y todo el cuerpo docente y administrativo por brindarme los conocimientos indispensables para emprender esta profesión.

De manera muy especial nuestro agradecimiento infinito a los miembros de este proyecto de investigación; Dr. Walter Mecías, Dr. Nelson Campos, Dr. Ángel Zamora y Dra. Johanna Mecías que con sus conocimientos e innovaciones ayudaron a que fuera un trabajo de calidad y excelencia.

Al HOSPITAL NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA y a los que conforman esta institución en el cual realizamos nuestro año de internado, los cuales fueron de gran ayuda para fortalecer nuestros conocimientos y amar esta noble carrera.

Agradecemos de manera enfática a nuestros PADRES Y HERMANOS y a todos los que estuvieron apoyando en este sueño se haga realidad y cumplir la meta que no es nada fácil pero si muy gratificante.

A los miembros del centro gerontológico “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” de Portoviejo, quienes abrieron sus puertas y nos brindaron su colaboración en este proyecto.

Mil gracias a todos.

LOS AUTORES

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Certifico que el presente trabajo de investigación titulado:

“HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SU REPERCUSIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO GUILLERMINA LOOR DE MORENO DE PORTOVIEJO, ENERO JUNIO 2016”. Ha sido estructurado bajo mi dirección y seguimiento, alcanzando mediante el esfuerzo, dedicación y perseverancia de los autores: JIMÉNEZ ARBOLEDA LUIS ORLANDO Y SALTOS ARTEAGA FERNANDO ENRIQUE. Habiendo cumplido con los requisitos y reglamentarios exigidos para la elaboración de un trabajo de investigación previo a la obtención del título de Médico Cirujano.

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

Pongo a consideración del jurado examinar para continuar con el trámite correspondiente de ley.

DR. NELSON CAMPOS VERA

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.

El tribunal de Revisión y Evaluación conformado por Miembros del Tribunal del Trabajo de Investigación titulado “HIPERTENSION ARTERIAL Y SU REPERCUSIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO GUILLERMINA LOOR DE MORENO DE PORTOVIEJO, ENERO JUNIO 2016”, cuyos autores Egresados de la Escuela de Medicina: JIMENEZ ARBOLEDA LUIS ORLANDO Y SALTOS ARTEAGA FERNANDO ENRIQUE, certificamos que se estudió y analizó el mencionado proyecto de investigación con el fin de continuar los trámites siguientes para los requisitos estipulados por el Reglamento General de Graduación de la Universidad Técnica de Manabí.

Lo certificamos:

Dr. Walter Mecías Zambrano

PRESIDENTE

Dr. Nelson Campos Vera

DIRECTOR

Dra. Johanna Mecías Solórzano

MIEMBRO

Dr. Ángel Zamora Cevallos Mg.GS

MIEMBRO

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

TEMA:

“HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SU REPERCUSIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO GUILLERMINA LOOR DE MORENO DE PORTOVIEJO, ENERO JUNIO 2016”

Trabajo de Investigación sometido a consideración del Tribunal de Revisión y Sustentación Legalizado por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título de:

MÉDICO CIRUJANO

APROBADO

Dra. Yira Vásquez Giler Mg.
DECANA

Lcda. Miriam Barreto Mg.
PRESIDENTA DE LA COMISIÓN DE
TITULACIÓN ESPECIAL

Ab. Abner Bello Sabando
ASESOR JURÍDICO

Dr. Walter Mecías Zambrano
PRESIDENTE DEL TRABAJO
DE INVESTIGACIÓN

Dr. Nelson Campos Vera.
DIRECTOR DEL TRABAJO
DE INVESTIGACIÓN.

Dra. Johanna Mecías Solórzano
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dr. Ángel Zamora Cevallos Mg.GS
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

DECLARACIÓN DE AUTORIA

Los egresados de la Escuela de Medicina de la Universidad Técnica de Manabí JIMENEZ ARBOLEDA LUIS ORLANDO y SALTOS ARTEAGA FERNANDO ENRIQUE, realizamos el presente trabajo de investigación titulada: “HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SU REPERCUSIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO GUILLERMINA LOOR DE MORENO DE PORTOVIEJO, ENERO JUNIO 2016”.

Por lo tanto declaramos que este trabajo es original y no copia de ningún otro estudio y asumimos todo tipo de responsabilidad que la ley señala para el efecto.

LUIS ORLANDO JIMÉNEZ ARBOLEDA

CI: 0503018657

FERNANDO ENRIQUE SALTOS ARTEAGA

CI: 13112707316

INDICE DE CONTENIDO

<i>DEDICATORIA</i>	<i>ii</i>
<i>DEDICATORIA</i>	<i>iii</i>
<i>AGRADECIMIENTO</i>	<i>iv</i>
<i>CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN</i>	<i>v</i>
<i>CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN</i>	<i>vi</i>
<i>CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR</i>	<i>vii</i>
<i>DECLARACIÓN DE AUTORIA</i>	<i>viii</i>
<i>TEMA:</i>	<i>ii</i>
<i>RESUMEN</i>	<i>xiv</i>
<i>SUMMARY</i>	<i>xv</i>
<i>CAPÍTULO I</i>	<i>2</i>
<i>INTRODUCCIÓN:</i>	<i>2</i>
<i>JUSTIFICACIÓN:</i>	<i>4</i>
<i>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.</i>	<i>5</i>
<i>OBJETIVOS</i>	<i>7</i>
<i>OBJETIVO GENERAL:</i>	<i>7</i>
<i>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</i>	<i>7</i>
<i>CAPÍTULO II</i>	<i>8</i>
<i>MARCO TEÓRICO</i>	<i>8</i>
<i>VARIABLES</i>	<i>17</i>
<i>CAPÍTULO III</i>	<i>23</i>
<i>DISEÑO METODOLÓGICO</i>	<i>23</i>
<i>TIPO DE ESTUDIO.</i>	<i>23</i>
<i>LINEA DE INVESTIGACIÓN.</i>	<i>23</i>
<i>UNIVERSO</i>	<i>23</i>
<i>ÁREA DE ESTUDIO.</i>	<i>23</i>
<i>MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN</i>	<i>23</i>
<i>PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.</i>	<i>27</i>
<i>CAPÍTULO IV</i>	<i>66</i>

<i>CONCLUSIONES</i>	66
<i>RECOMENDACIONES</i>	67
<i>CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</i>	68
<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	69
<i>CAPITULO V</i>	72
<i>PROPUESTA</i>	72
<i>FUNDAMENTACIÓN</i>	72
<i>CARACTERISTICAS DE LA PROPUESTA</i>	76
<i>ANEXOS</i>	79

INDICE DE GRAFITABLAS

GRAFITABLA N°1: DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” DE PORTOVIEJO, ENERO – JUNIO 2016.....	28
GRAFITABLA N°2: DISTRIBUCIÓN DEL GÉNERO DE LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” DE PORTOVIEJO, ENERO - JUNIO 2016.....	30
GRAFITABLA N° 3: DISTRIBUCIÓN DE LA RAZA DE LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” DE PORTOVIEJO, ENERO - JUNIO 2016.....	32
GRAFITABLA N°4: DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” DE PORTOVIEJO, ENERO - JUNIO 2016.....	34
GRAFITABLA N° 5: DISTRIBUCIÓN DE LA PROCEDENCIA EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” DE PORTOVIEJO, ENERO – JUNIO 2016.....	36
GRAFITABLA N° 6: DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” DE PORTOVIEJO, ENERO - JUNIO 2016.....	38
GRAFITABLA N° 7: DISTRIBUCIÓN DEL INDICE DE MASA CORPORAL EN LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” DE PORTOVIEJO, ENERO – JUNIO 2016.....	40
GRAFITABLA N° 8: DISTRIBUCIÓN DEL CONSUMO DE BEBIDAS QUE CONTENGAN CAFÉINA EN LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “GUILLERMINA LOOR DE MORENO”, ENERO - JUNIO 2016.....	42
GRAFITABLA N° 9: DISTRIBUCIÓN DEL CONSUMO DE BEBIDAS QUE CONTENGAN ALCOHOL EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” DE PORTOVIEJO, ENERO - JUNIO 2016.....	44
GRAFITABLA N° 10: DISTRIBUCIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EN GRASAS SATURADAS EN LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “GUILLERMINA LOOR DE MORENO”, ENERO - JUNIO 2016.....	46

GRAFITABLA N° 11: DISTRIBUCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO EN LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” DE PORTOVIEJO, ENERO - JUNIO 2016.....	48
GRAFITABLA N° 12: DISTRIBUCIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EN CLORURO DE SODIO (SAL) EN LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” DE PORTOVIEJO, ENERO - JUNIO 2016.....	50
GRAFITABLA N° 13: DISTRIBUCIÓN DE COMORBILIDADES PREEXISTENTES DE LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” DE PORTOVIEJO, ENERO - JUNIO 2016.....	52
GRAFITABLA N° 14: DISTRIBUCIÓN DEL GRADO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” DE PORTOVIEJO, ENERO - JUNIO 2016.....	54
GRAFITABLA N° 15: DISTRIBUCIÓN DE LA MOVILIDAD SEGÚN EL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EUROQOL - 5D, EN LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” DE PORTOVIEJO, ENERO - JUNIO 2016.....	56
GRAFITABLA N° 16: DISTRIBUCIÓN DEL CUIDADO PERSONAL SEGÚN EL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EUROQOL - 5D, EN LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” DE PORTOVIEJO, ENERO - JUNIO 2016.....	58
GRAFITABLA N° 17: DISTRIBUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS SEGÚN EL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EUROQOL - 5D EN LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” DE PORTOVIEJO, ENERO - JUNIO 2016.....	60
GRAFITABLA N° 18: DISTRIBUCIÓN DEL DOLOR/MALESTAR SEGÚN EL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EUROQOL - 5D, EN LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” DE PORTOVIEJO, ENERO - JUNIO 2016.....	62
GRAFITABLA N° 19: DISTRIBUCIÓN DE LA ANSIEDAD/DEPRESION SEGÚN EL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EUROQOL - 5D, EN LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” DE PORTOVIEJO, ENERO – JUNIO 2016.....	64.

TEMA:

“HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SU REPERCUSIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO GUILLERMINA LOOR DE MORENO DE PORTOVIEJO, ENERO JUNIO 2016”

RESUMEN

La Hipertensión Arterial constituye un problema de salud pública en el mundo y la Calidad de Vida se ha convertido en un criterio importante para evaluar la efectividad de tratamientos e intervenciones en el área de la salud. El universo de estudio lo conformaron los 30 Adultos Mayores asilados en dicho centro en el cual se realizó un estudio prospectivo y descriptivo, en el cual se revisaron los historiales clínicos correspondientes a los meses de enero – julio del 2016 y se aplicó el cuestionario de salud para medir la calidad de vida EuroQol – 5D ; con el objetivo de determinar la repercusión de la Calidad de Vida de los adultos mayores con Hipertensión Arterial asilados en el centro gerontológico “GUILLERMINA LOOR DE MORENO”. Se agruparon adultos mayores diagnosticados con hipertensión arterial, en este estudio se determinaron variables como las características generales donde la edad predominante es de más de 80 años con 60%, el sexo más vulnerable es el masculino con el 63%, la raza predominante es la mestiza con un 93%, el estado civil como los solteros ocupan el primer lugar con 64%, en cuanto la distribución de la procedencia se encontró que un 73% proviene de la zona urbana, el 50% es analfabeto, el 40% tiene un índice de masas corporal en el rango normal de 18.5 – 24.9, el 100% refiere consumir a veces bebidas que contengan cafeína así mismo un 100% negó el consumo de bebidas que contengan alcohol, el 57% fue diagnosticada con hipertensión arterial de grado1, aplicando el cuestionario de salud EuroQol -5D se demostró que el 57% no tenía problemas para caminar, el 44% No tiene problemas con el cuidado personal, así mismo el 44% No tiene problemas para realizar sus actividades cotidianas, el 53% no manifestó dolor ni malestar y el 57% no manifestó estar ansioso ni deprimido. De esta manera concluimos que los adultos mayores con hipertensión arterial del centro gerontológico “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” tienen una buena calidad de vida a pesar de las comorbilidades presentes propias de la edad.

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, CALIDAD DE VIDA, ADULTOS MAYORES.

SUMMARY

Hypertension is a public health problem in the world and the quality of life has become an important tool for evaluating the effectiveness of treatments and interventions in the area of health criteria. The universe of study was made up of 30 Aging inmates at the facility in which a prospective descriptive study, in which the relevant medical records to the months of January were revised - July 2016 and applied health questionnaire to measure quality of life EuroQol - 5D; in order to determine the impact of the quality of life of older adults with Hypertension asylees in the "GUILLERMINA PRAISE OF MORENO" geriatric center. older adults diagnosed with hypertension were grouped variables in this study as the general characteristics where the predominant age is over 80 years with 60% were determined, the most vulnerable sex is the male with 63%, the predominant race is the mixed with 93%, marital status as single rank first with 64%, as the distribution of origin found that 73% comes from the urban area, 50% are illiterate, 40% have a body mass index in the normal range of 18.5 - 24.9, 100% refers sometimes consume drinks containing caffeine likewise denied 100% consumption of beverages containing alcohol, 57% were diagnosed with the tool of grado1.aplicando EuroQol-5D health questionnaire showed that 57% had no trouble walking, 44% do not have problems with personal care, likewise 44% do not have trouble performing daily activities, 53% expressed no pain or discomfort and 57% not be anxious or depressed said. Thus we conclude that older adults with hypertension of "GUILLERMINA PRAISE OF MORENO" gerontology center have a good quality of life despite the very comorbidities present age.

KEYWORDS: HYPERTENSION, QUALITY OF LIFE, THE ELDERLY.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN:

La Hipertensión Arterial es tan antigua como el hombre mismo, algunas veces silenciosa, otras veces sintomática, algunas veces causada por otra patología y otras tantas por cambios en nuestros hábitos. Siendo parte importante en la historia de la medicina y sus efectos que sobre la salud producen. Los primeros datos historia de la Hipertensión Arterial se remontan a Galeno al siglo II, quien llamaba a la sangre “el espíritu vital”. En el siglo XVI que el abogado y teólogo español Miguel Servet discípulo de Vesalio que creo la definición de diástole, y William Harvey la definición de sístole. (Barreto, 2010).

En el mundo, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total. Entre ellas, las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9,4 millones de muertes. La hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías. En general, la prevalencia de la hipertensión es menor en los países de ingresos elevados (35%) que en los países de otros grupos de ingresos, en los que es del 40%. (OMS, 2015)

Este cambio le permitió a la medicina darle un nuevo enfoque y empezar a preocuparse por las repercusiones en su calidad de vida que esta enfermedad tiene en quienes la padecen. Los efectos en su calidad de vida de los sujetos que padecen hipertensión arterial, varían cuanto a diferentes factores como lo son los económicos, físicos, sociales, laborales, emocionales y su edad de inicio; y varían de país a país tomando en cuenta la cultura bajo la cual está la persona hipertensa. La calidad de vida en las personas mayores tiene características específicas en las que no intervienen factores propios de otros grupos de edad, por ejemplo, el retiro laboral, aumento en la presencia de enfermedades crónicas, amenazas a la funcionalidad, cambio en las estructuras familiares y en los roles sociales, entre otros. La calidad de vida contempla múltiples factores, entre ellos la dimensión personal (salud, autonomía, satisfacción) y la dimensión socioambiental (redes de apoyo y servicios sociales). Por tanto, reducir el concepto a un solo ámbito resulta insuficiente. (Campos, 2011)

En Ecuador la Hipertensión es enfermedad prevalente, como país subdesarrollado no alcanza a cubrir los aspectos fundamentales en salud aunque hay programas creados para tal fin, además existe una gran número de personas de escasos recursos, que al ser diagnosticados de hipertensión arterial ven afectados en la calidad de vida mucho más que las que tienen mejores recursos económicos, hasta que algunos son abandonados en lugares como centros gerontológicos del país. (Defaz & Aguirre, 2013)

Siendo el Centro Gerontológico “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” de Portoviejo, un lugar donde acuden adultos mayores y que cuenta con la infraestructura necesaria para que algunos de ellos habiten allí de forma permanente, se resolvió la realización de la presente investigación en dicha institución.

En la población de 30 adultos mayores se identificaron como características importantes que el género predominante es el masculino, la edad promedio que prevaleció en los adultos mayores es de más de 80 años. El 93% de los adultos mayores son de raza mestiza, el 64% son solteros, el 73% tiene procedencia del distrito urbano, 50% es analfabeta y solo el 40% ha completado la instrucción básica.

JUSTIFICACIÓN:

Los ciclos de senectud se relacionan a modificaciones físicas, mentales y sociales que pueden repercutir sobre la capacidad funcional en el adulto mayor, originando la aparición de dependencia. Es fácil comprender que en el mayor debemos hacer un enfoque diagnóstico, clínico y terapéutico diferente si tomamos en cuenta la presencia de cambios fisiológicos y anatómicos aliados al proceso natural de envejecimiento, la presentación clínica variable de las patologías, su especial fragilidad ante embates externas e internas y la presencia de enfermedades propias en esta edad (síndromes geriátricos). (Ribera, 2011).

Algunos trabajos han demostrado que la calidad de vida en el hipertenso es inferior a la del normotenso. Otros Autores desarrollaron una investigación para determinar la relación entre variables clínicas y terapéuticas y los niveles de calidad de vida en sujetos hipertensos. La terapia hipertensiva producía un impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes hipertensos. (Vinaccia, Quiceno, & Montoya, 2007)

Es indispensable la realización de este trabajo de investigación por que se contó con la muestra necesaria así como el estudio de la calidad de vida en adultos mayores hipertensos, patología que es muy común en el centro gerontológico “Guillermina Llor de Moreno” de Portoviejo, siendo factible ya que se tiene el apoyo y autorización correspondiente de las autoridades de dicha institución para que este trabajo de investigación se lleve a cabo.

Es beneficioso para todos los adultos mayores y con un impacto positivo ya que con el seguimiento realizado por el personal de apoyo podrán mejorar y mantener una buena calidad de vida.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La hipertensión arterial es responsable de variadas modificaciones de la calidad de vida humana favoreciendo a nuevas enfermedades como cardiopatías, insuficiencia renal, enfermedad cerebrovascular, y diabetes mellitus además de mortalidad y discapacidad prematura en especial durante la adultez mayor. Cada año ocurren 9,4 millones de muertes en el mundo ocasionadas por la hipertensión arterial, dentro de estas al menos 45% de los fallecimientos son por cardiopatías, en tanto que el 51% fue por patologías cerebrovasculares. En el Ecuador, por cada 100.000 personas, 1373 se las diagnostica con hipertensión (Organización Mundial de la Salud, 2012).

Esta estadística coincide con la Encuesta Nacional de Salud (Ensanut), una indagación realizada por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador así como del Instituto Nacional de Estadística y Censos, la cual revela que sobrepasan en un tercio los ciudadanos mayores de diez años (3,187,665) que son pre hipertensos y 717,529 habitantes en edades comprendidas entre 10 - 59 años presentan hipertensión con sus correspondientes complicaciones y afectaciones en la calidad de vida de quienes la padecen.

En Portoviejo en el lugar donde se realizó la investigación, el centro gerontológico, al momento cuenta con cerca de 44 cupos para las personas mayores en modalidad de residencia y con 60 cupos para modalidad de centro diario y con atención domiciliaria, estos adultos mayores además de presentar alteraciones de su edad, traen consigo enfermedades adquiridas durante el transcurso de la vida como la hipertensión arterial que cambia la calidad de vida que habían llevado desde su aparición, algunos por no decir la gran parte han sido excluidos de la sociedad.

En dicho centro gerontológico se realizan trabajos enfocados a tratar ciertas patologías como la hipertensión arterial. Sin embargo este centro no cuenta con un informe de la calidad de vida de los adultos mayores a su cargo que padecen hipertensión arterial, lo que no le permite evaluar si el trabajo que se está haciendo en este centro es el adecuado o no para estas personas.

Por lo cual lo anterior nos genera la siguiente pregunta sobre la problemática presentada: ¿Cuáles son las repercusiones en la calidad de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial del centro gerontológico Guillermina Loor de Moreno de Portoviejo?

Subpreguntas:

¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población de estudio?

¿Cuáles son los factores predisponentes de la hipertensión arterial y cuál es su clasificación?

¿Cómo se encuentra el estado de salud y la calidad de vida de los adultos mayores participantes del estudio?

¿Cómo se puede mostrar los resultados obtenidos y las acciones a seguir para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores hipertensos del centro gerontológico “Guillermina Loor De Moreno” de Portoviejo?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la repercusión de la hipertensión arterial en la calidad de vida de los adultos mayores del centro gerontológico “Guillermina Loor de Moreno de Portoviejo, Enero Junio 2016”.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Identificar las características sociodemográficas de la población en estudio.

Establecer los factores predisponentes y la clasificación de la hipertensión arterial.

Evaluar el estado de salud, grado de hipertensión arterial y calidad de vida de los adultos mayores que participan en el estudio, según la Guía Europea ESH/ESCC 2013 y el cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud EuroQol - 5D.

Generar una propuesta médico – educativa al personal de apoyo y autoridades del centro gerontológico, sobre la repercusión de la calidad vida de los adultos mayores diagnosticados con hipertensión arterial del centro gerontológico “Guillermina Loor de Moreno de Portoviejo”.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO.

“La población mundial envejece velozmente y la prevalencia de la hipertensión acrecienta con los años” (OMS, 2015).

Se pretende dar a conocer valores apreciables de la Hipertensión Arterial en el Ecuador, considerando que las patologías hipertensivas, fueron la segunda causa de fallecimiento en el 2011, al investigar por grupos de edad, Más sensibles a padecer hipertensión arterial son los adultos mayores, representan el 52,39%.

A demás, el grupo de 36 a 64 años demuestra una proporción considerable con el 40,63% de los casos registrados. (Defaz & Aguirre, 2013)

La hipertensión arterial representa el aumento de la tensión arterial por encima de los valores considerados como normales; se conoce como enfermedad hipertensiva al conjunto de signos y síntomas signos derivados de esta enfermedad, con afectación especial sobre algunas partes del organismo denominados como órganos diana (corazón, riñones y sistema vascular periférico). (Argente & Alvarez, 2008)

Tensión arterial alta o el evada, es una anomalía en la que los vasos sanguíneos tienen una tensión permanentemente elevada, lo que puede alterarlos de una manera relevante, en gran parte de los usuarios con hipertensión arterial no se evidenció síntoma alguno, notándose que en ciertos casos, la hipertensión provoca síntomas como cefalea, disnea, vértigos, dolor torácico, palpitaciones y epistaxis, aunque no siempre se pueden presentar. (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2016)

La hipertensión arterial se conceptualiza como una tensión arterial sistémica igual o mayor de 140 mm/Hg o una tensión arterial diastólica igual o mayor de 90 mm/Hg, las investigaciones en torno al estudio de la enzima convertidora de angiotensina denota que, en personas con estos valores de tensión arterial, el

decremento de la misma fueron logrados gracias al tratamiento con fármacos antihipertensivos. (Mancia, Fagart, Narkiewicz, & Redon, 2013)

La hipertensión arterial esencial representa el 90 a 95% de casos y entre el 5% a 10% sobrante corresponde a hipertensión arterial secundaria, la genética de la hipertensión arterial toma importancia por una agregación familiar, de manera que la prevalencia se eleva entre los familiares de primer grado. Los factores más relevantes con respecto al desarrollo de la HTA se encuentran encadenados con el progreso y cambio de hábitos de vida, hábitos alimenticios. Un gran número de investigaciones y ensayos clínicos apoyan el papel del sistema nervioso autónomo en la patogenia de la HTA. El sistema renina-angiotensina (SRA) tiende a un papel trascendental en el desarrollo de las patologías vasculares el cual es el principal foco de atención terapéutica. El endotelio protagoniza un rol fundamental en la fisiopatología vascular. (Farreras, 2012, pág. 513)

Las alteraciones observadas en la hipertensión arterial y sus repercusiones cardiovasculares incluyen disfunción, al igual que daños en la capa celular endotelial. Los tres tipos de alteraciones descritos en la hipertensión arterial son la existencia de rarefacción capilar, hipertrofia presentada en la capa media de los vasos arteriales de resistencia, también rigidez de grandes arterias. (Farreras, Etiopatogenia de la Hipertensión Arterial, 2012, pág. 514)

La relación existente de la tensión arterial al igual que las complicaciones renales y cardiovasculares dificulta instaurar la distinción entre normotensión e hipertensión arterial. Sin embargo, en la práctica, los valores de corte relativos a la presión arterial son utilizados a nivel universal, para que se simplifique la estrategia diagnóstica, también para ayudar la toma de decisiones sobre el tratamiento. (Mancia, Fagart, Narkiewicz, & Redon, Hipertension arterial en el anciano, 2013)

La lectura exacta de la tensión arterial en la consulta, es el método primario para acceder a la información básica que permita el establecimiento domiciliario de la

presión arterial (MDPA), es un método fácil y económico que posibilita obtener un gran número de lecturas, representativas de la tensión arterial habitual durante largos períodos y que no se ven afectadas por el suceso de guardapolvo blanco. (Majul & Marin, 2013)

Para realizar el diagnóstico de hipertensión arterial, se deben tomar 2 o más lecturas con un descanso de al menos dos minutos. Si estas lecturas no coinciden por más de 5 mm Hg, se deben conseguir lecturas anexas. Es preferible tomar valores de la tensión arterial en días distintos antes de asegurar el diagnóstico definitivo. Para medir la tensión arterial sistólica por palpación, se insufla el manguito hasta desvanecimiento del pulso radial, procediéndose a desinflarse rápidamente. Se debe esperar de 15 a 30 segundos, luego se insufla el manguito rápidamente hasta llegar a 30 mm/Hg superior de la tensión arterial sistólica palpada, se desinfe a razón de 2 mm/Hg por segundo, se toma lectura de la tensión sistólica donde usted escucha el primero, por lo menos de 2 latidos regulares, lea la presión diastólica donde el sonido se ausenta (fase V de Korotkoff). (García, Urrego, D'achiardi, & Delgado, 2004)

La anamnesis de la historia clínica demuestra ser un método muy valioso en el que se permite valorar la historia de la enfermedad actual, principalmente en términos de la antigüedad de la situación de registros elevados de la tensión arterial, el contexto personal y ambiental en el cual estos fueron registrados y su correlación con otras patologías coexistentes. Algunos antecedentes clínicos obtenidos mediante la anamnesis pueden ser de alto valor para la evaluación inicial”. (Bendersky & Rodríguez, 2013)

“La finalidad del examen físico es establecer el diagnóstico de hipertensión arterial y establecer la tensión arterial actual, cribar posibles causas secundarias de esta patología. (Mancia, Fagart, Narkiewicz, & Redon, Hipertension arterial en el anciano, 2013).

Los exámenes de laboratorio tienen como objetivo conseguir evidencia de la existencia de factores de riesgo adicionales, buscar el origen de la hipertensión

arterial secundaria y eliminar la presencia de daño de órgano diana. (Mancia, Fagard, Narkiewicz, & Redon, 2013)

Los estudios básicos para el diagnóstico y evaluación son: 1. Hematocrito 2. Recuento leucocitario 3. Glicemia en ayunas 4. Colesterol total, HDL, LDL y Trigliceridemia 5. Creatinina sérica 6. Filtrado glomerular estimado 7. Uricemia 8. Ionograma 9. Uroanálisis 10. Electrocardiograma (ECG). (Ingaramo, 2007)

Una vez que se realizan los exámenes complementarios y se confirma el diagnóstico se procederá 1. Establecer el riesgo CV global, en función de identificar: a) otros factores de riesgo, b) la presencia de lesión de órgano blanco, y c) situaciones clínicas asociadas. 2. Reconocer posibles causas de HTA secundaria. (Bendersky & Rodríguez, 2013)

Algunos de los factores de riesgo cardiovascular son: sexo masculino, edad (varones = 55 años; mujeres, = 65 años), consumo de tabaco, alteración en los valores de los triglicéridos, alteración en las glucemia, antecedentes patológicos de la familia de enfermedad cerebrovascular prematura (varones, - 55 años; mujeres, - 65 años). (García, Urrego, D'achiardi, & Delgado, 2004)

A partir de los 60 años de vida aumenta el predominio de la hipertensión arterial sistólica en personas con valores tensionales considerados como normales. En el adulto mayor la hipertensión arterial sistólica fue considerada como proceso normal del envejecimiento y habitualmente no se administraba tratamiento farmacológico. En los adultos mayores, la lectura de la tensión arterial debe efectuarse con especial cuidado ya que en ocasiones los sonidos no se auscultan con nitidez. Además, la diferencia de presión con el ortostatismo exige la lectura de la tensión arterial en ambas posiciones. Los adultos mayores presentan mayor susceptibilidad a la hipertensión de bata blanca, por esto es recomendable monitorear la tensión arterial en un lugar que no sea un consultorio médico.

En investigaciones realizadas se dedujo que los anticolinesterásicos la incidencia de eventos cardiovasculares, particularmente los cerebrovasculares”. (Hadad, 2012)

El principal objetivo del tratamiento antihipertensivo es reducir la morbimortalidad cardiovascular y renal, disminuyendo los datos de tensión arterial y modificando todos los factores predisponentes que ayudan al aumento del riesgo cardiovascular. Es imprescindible tratar el riesgo global y no únicamente la tensión arterial. (Majul & Marin, Diagnóstico y Tratamiento, 2013, pág. 20)

En diversas investigaciones acerca del tratamiento antihipertensivo para el adulto mayor, (incluido uno en pacientes hipertensos con más de 80 años de edad) donde se evidenció una disminución de las complicaciones cardiovasculares a través del seguimiento de la tensión arterial, el promedio de la tensión arterial sistólica alcanzada nunca llegó a cifras menores de 140 mm/Hg. (Mancia, Fagart, Narkiewicz, & Redon, Hipertension arterial en el anciano, 2013)

La rentabilidad del tratamiento farmacológico antihipertensivo sobre la morbilidad y mortalidad cardiovascular dependen de la disminución de la tensión arterial, indistintamente del tipo de fármaco que se use. Como resultado de esto, cualquiera de los grandes grupos de antihipertensivos puede utilizarse como medicamento de primera elección para el tratamiento de la HTA esencial no complicada. (Majul & Marin, Diagnóstico, 2013)

La evidencia disponible indica anticipar la elección de un calcio antagonista o bloqueadores del sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) como por sobre la indicación de betabloqueantes y diuréticos en razón de las controversias existentes sobre la utilización de estos últimos. En algunas ocasiones, la utilización de misceláneas farmacológicas en dosis bajas debe considerarse con el mismo grado de evidencia (Recomendación de Clase I, Nivel de evidencia A). (Majul & Marin, Diagnóstico y Tratamiento, 2013, pág. 25)

La organización que regula la salud a nivel mundial, OMS, hace énfasis en la calidad de vida como la manera en que la persona aprecia su vida, el lugar que ocupa en el entorno cultural y el sistema de valores donde vive, la relación con su finalidad, expectativas, preocupaciones, criterios y normas todo ello bien distribuido por las actividad diaria, la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, los nexos sociales, los factores ambientales y sus ideas personales. (Cardona & Higuera, 2014, pág. 177)

El uso del concepto de Calidad de Vida (CV) se remonta a los EE.UU después de la Segunda Guerra Mundial, como una interrogante de científicos de la época de estar al tanto de la apreciación de los individuos acerca de si tenían una buena vida o si se sentían económicamente seguros. En la actualidad el concepto de calidad de vida incorpora varias ramas de las ciencias que son las siguientes: la rama económica, la rama de la medicina y a la rama de las ciencias sociales. Estas ciencias han originado el perfeccionamiento de un criterio de vista distinto en comparación a cómo debiera ser conceptualizada la calidad de vida. (Urzúa & Caqueo, 2012)

En los adultos mayores la calidad de vida tiene características concretas que no intervienen factores propios de otros grupo etario, por ejemplo, la jubilación laboral, acentuación en la amenazas a la funcionalidad, existencia de patologías crónicas, alteración en las estructuras familiares y en los roles sociales, entre otros. La calidad de vida vista en variados factores, por ejemplo la dimensión personal (autonomía, salud satisfacción) también la dimensión socioambiental (servicios sociales y redes de apoyo). Por tanto, disminuir la definición a un solo ámbito resulta erróneo. (Campos, 2011)

Los individuos entre 60 y 74 años son llamadas de edad avanzada; de 75 a 90 años se las denomina viejas o ancianas, y los individuos que superan los 90 años se les designa grandes viejos o grandes longevos. Finalmente a todo individuo mayor de 60 años se le citará de forma indistinta persona de la tercera edad. (Dionne, 2004)

Es fácil percibir que en el adulto mayor debemos realizar una guía diagnóstica, clínica y terapéutica diferente si podemos ver la aparición de cambios fisiológicos y anatómicos asociados a la edad, la forma atípica de presentación de las patologías, su especial fragilidad ante agresiones externas e internas. (Ribera, 2011)

La calidad de vida es la consecuencia de una unión de factores objetivos y subjetivos, donde el aspecto objetivo depende del aprovechamiento de sus potenciales. Numerosos ensayistas han realizado estudios acerca de los factores de la vida que son considerados trascendentales para la calidad de vida de los adultos mayores; en estos ensayos se evidenció, como variables más relevantes: las relaciones interfamiliares y apoyos sociales, la situación de salud general, el estado funcional. Cualquier patología en general puede alterar la calidad de vida, y las complicaciones de salud mental: desordenes de ansiedad, depresivos y afectivos. (Botero & Pico, 2007)

Las habituales variables mortalidad/morbilidad dan lugar a una nueva forma de analizar las conclusiones de las intervenciones, contrastando unas con otras y en esta ruta el objetivo de la atención primaria en salud se está alineando no sólo a la supresión de la patología , sino esencialmente a la recuperación de la calidad de vida del paciente. (Botero & Pico, 2007, pág. 17)

“Para que se pueda tener en consideración la calidad de vida es necesario considerar las valoraciones y apreciaciones de los adultos mayores en comparación a sus relaciones familiares, de amistad y grupo de apoyo social y laboral”. (Campos, 2011).

Desde su asociación como una medida de la situación de salud de los individuos, ha sido una de las ideas que se ha utilizado en el área sanitaria de manera indistinta al de calidad de vida, siendo muy pocos los ensayistas que hacen una diferenciación con el término calidad de vida general. (Urzúa, Calidad de vida relacionada a la salud, 2010)

Las tres dimensiones que engloban la calidad de vida son: Dimensión física: es la apreciación del estado físico a la salud. Dimensión psicológica: es la apreciación del individuo de su estado cognoscitivo y afectivo, como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la caída de la autoestima y la indecisión del futuro. Además contiene las creencias personales, espirituales y religiosas (vida y sufrimiento). Dimensión social: es la apreciación del sujeto de las relaciones interpersonales y los puestos sociales en la vida, como la obligación de apoyo familiar y social. (Rodríguez, 2014)

Los objetivos concretos de las mediciones en calidad de vida comparada con la salud son vigilar el estado de la salud de la población, valorar el resultado de las políticas sociales y de salud, focalizar los recursos con correlación a las necesidades, diagnóstico de la naturaleza, severidad, curso clínico de una patología. (Urzúa, Calidad de vida relacionada a la salud, 2010, pág. 360)

Sostienen que el interés vigente sobre la medición de la calidad de vida en medicina tiene su principio, en la inquietud por la evolución de atención sanitaria. Este interés no se centra en disciplinas que tengan a la supervivencia de pacientes como el factor de mayor importancia, por ejemplo en los pacientes oncológicos, sino también en el rastreo de patologías crónicas, así también factores de riesgo como es el caso de la hipertensión arterial. (Dalfó, Badia, & Roca, 2002)

Los instrumentos de medición de la CVRS deben poseer cualidades psicométricas como validez, fiabilidad y sensibilidad a los cambios, pero además deben ser sencillos, fáciles de cumplimentar e interpretar y capaces de proporcionar datos de utilidad clínica. (Tudela, 2009)

Para medir y evaluar la calidad de vida comparada con la salud en estas condiciones, se requieren cuestionarios muy recios, que puedan implementarse de manera expedita y sencilla, y que permitan alcanzar resultados, íntegros y válidos. Desde su concepción, el EuroQol-5D (EQ-5D) se planteó como un cuestionario sencillo que pudiera ser aplicado en condiciones muy variadas de

medición. El EQ-5D es una herramienta genérica de medición de la calidad de vida comparada con la salud que puede utilizarse tanto en individuos aparentemente sanos (población general) en grupos de personas con diferentes patologías. El sistema descriptivo tiene 5 etapas de salud (cuidado personal, movilidad, actividades cotidianas, dolor, malestar y ansiedad, depresión) y cada paso tiene tres niveles de gravedad (sin problemas, problemas moderados o algunos problemas y problemas graves). En este segmento del cuestionario el paciente debe señalar el nivel de gravedad que corresponde a su estado de salud en cada una de las etapas, perteneciendo al mismo día que realice el cuestionario. (Herdmana, Badiab, & Berraa, 2001).

VARIABLES

VARIABLE 1

Hipertensión arterial

VARIABLE 2

Calidad de vida

Variable 1: Hipertensión Arterial

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Escala
Hipertensión arterial como signo significa la elevación de los valores tensionales por encima de los aceptados como normales. (Argente & Alvarez, 2008, pág. 462)	Características generales de la población	Edad	60 a 69 años 70 a 79 años Más de 80 años
		Género	Masculino Femenino
		Raza	Afroecuatoriano. Blanca mestiza Indígena
		Estado civil	Soltero Casado Viudo Divorciado
		Procedencia	Distrito Rural Distrito Urbano
		Nivel de Instrucción	Inicial Bachillerato Superior Analfabeto
		IMC Calculado por medio del índice de Quetelet. $IMC = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Talla (m}^2\text{)}}$	MENOR A 18.5 18.5 a 24.5 25 a 29.9 30 a 34.9 35 a 39.9 IGUAL O MAYOR A 40

	Hábitos	Consumo de bebidas que contengan cafeína	Siempre a veces nunca
		Consumo de bebidas alcohólicas	Siempre a veces nunca
		Consumo de alimentos ricos en grasa saturada	Siempre a veces nunca
		Consumo de tabaco	Siempre a veces nunca
		Consumo de alimentos ricos en cloruro de sodio (sal)	Siempre a veces nunca
	Comorbilidad	Patologías Preexistentes.	Diabetes mellitus Hipertiroidismo Insuficiencia renal crónica Otras.

	<p>Clasificación de hipertensión arterial según guías europeas ESH /ESC 2013</p> <p>La categoría se define por el valor más alto de presión arterial, ya sea sistólica o diastólica. La HTA sistólica aislada debe clasificarse en grados 1, 2 o 3 según los valores de presión arterial sistólica en los intervalos indicados.</p>	<p>PAD</p> <p><120</p> <p>120-129</p> <p>130-139</p> <p>140-159</p> <p>160-179</p> <p>≥180</p> <p>≥140</p>	<p>PAS</p> <p><80</p> <p>80-84</p> <p>85-89</p> <p>90-99</p> <p>100-109</p> <p>≥110</p> <p><90</p>	<p>Categoría</p> <p>Optima</p> <p>Normal</p> <p>Normal alta</p> <p>HTA grado 1</p> <p>HTA grado 2</p> <p>HTA grado 3</p> <p>Hipertensión arterial sistólica aislada.</p>
--	---	--	---	--

Variable 2: Calidad de vida

Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Ítem
La Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad de vida como la manera en que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios y preocupaciones, todo ello permeado por las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales.	Cuestionario de Salud EuroQol – 5D para medir la calidad de vida.	Movilidad	No tengo problemas para caminar.	1
			Tengo algunos problemas para caminar.	2
			Tengo que estar en la cama	3
		Cuidado personal	No tengo problemas con el cuidado personal.	1
			Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme.	2
			Soy incapaz de lavarme o vestirme	3
		Actividades cotidianas	No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas.	1
			Tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas.	2
			Soy incapaz para realizar mis actividades cotidianas.	3
		Dolor / malestar	No tengo dolor ni malestar.	1
			Tengo dolor moderado o malestar.	2
			Tengo mucho dolor o malestar.	3

		Ansiedad / depresión	No estoy ansioso ni deprimido.	1
			Estoy moderadamente ansioso o deprimido.	2
			Estoy ansioso o deprimido.	3

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO.

Se realizó un tipo de estudio descriptivo prospectivo, ya que nos permitirá describir y analizar cualitativamente la repercusión de la calidad de vida de los adultos mayores hipertensos del centro gerontológico “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” de Portoviejo.

LINEA DE INVESTIGACIÓN.

Enfermedades Orgánicas Crónicas.

UNIVERSO

El universo de estudio fueron los 30 adultos mayores diagnosticados con hipertensión arterial asilados en el centro Gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” de Portoviejo.

ÁREA DE ESTUDIO.

El área de estudio se desarrolló en el centro gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” de Portoviejo en el periodo propuesto.

MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todos los pacientes que se asilan en el centro gerontológico Guillermina loor de moreno del cantón de Portoviejo diagnosticados con hipertensión arterial .Las autoridades competentes y usuarios aceptaron participar del estudio y colocaron su huella en el consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Todos los pacientes que se asilan en el centro gerontológico Guillermina loor de moreno del cantón de Portoviejo que no sean diagnosticados con Hipertensión arterial.

MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

MÉTODOS

Los métodos de recolección de datos son: Científico, clínico, y estadístico.

INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE INFORMACIÓN.

Ficha de recolección de datos.

Cuestionario EuroQol 5-D

Consultas en Guías Europeas ESC/ESH 2013

Consultas bibliográficas

Consentimiento Informado.

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.

Se emplearan los gráficos y cuadros estadísticos para interpretar y analizar mejor los resultados de la investigación a fin de dar respuesta al problema y objetivos planteados

PROCEDIMIENTOS.

PERIODO DE INVESTIGACIÓN.

El presente estudio es realizado durante un periodo aproximado de 6 meses

(desde Enero - Junio 2016.)

AUTORIZACIÓN.

Se contó con la autorización respectiva de las autoridades del centro gerontológico “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” de Portoviejo.

RECURSOS.

RECURSOS HUMANOS.

Miembros del tribunal.

Investigadores.

Personal del centro gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” de Portoviejo.

Adultos mayores asilados.

RECURSOS INSTITUCIONALES.

Universidad Técnica de Manabí

Centro Gerontológico “Guillermina Loor de Moreno”.

RECURSOS TÉCNICOS Y LOGÍSTICOS.

Hoja de registro

Hojas A4

Computadora

Cámara Digital

Teléfonos celulares

Libretas

Impresora

Internet Banda Ancha 3G

Báscula

Tensiómetro y estetoscopio.

Cinta métrica.

ECONÓMICOS:

El costo monetario de la investigación será solventado por los autores en su totalidad.

SUPERVISIÓN Y COORDINACIÓN.

Se investigará bajo la coordinación y supervisión del tribunal que sea asignado.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

De acuerdo a las normas de la práctica clínica estandarizada con plena aceptación de normas éticas, se efectuó la presente investigación y de la misma manera se ha mantenido la confidencialidad de los datos de la Ley de Protección a Datos vigente.

Previamente se explicó los objetivos y las razones del porqué del estudio como medida de protección, de tal manera no se vea afectada la integridad, ni el estado físico, emocional ni intelectual de los pacientes en estudio.

De la misma manera, el estudio fue revisado, aprobado y tutelado por el personal que conforma el tribunal y posteriormente la calificación de la misma según sea necesaria.

Los investigadores obtuvieron de cada informe de consentimiento para este estudio; fechado y firmado antes de la inclusión.

Toda la información proporcionada por el departamento de enfermería del centro gerontológico “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” de Portoviejo es tratada confidencialmente con el propósito de evitar problemas legales por la investigación planteada.

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E
INTERPRETACIÓN DE
RESULTADOS.

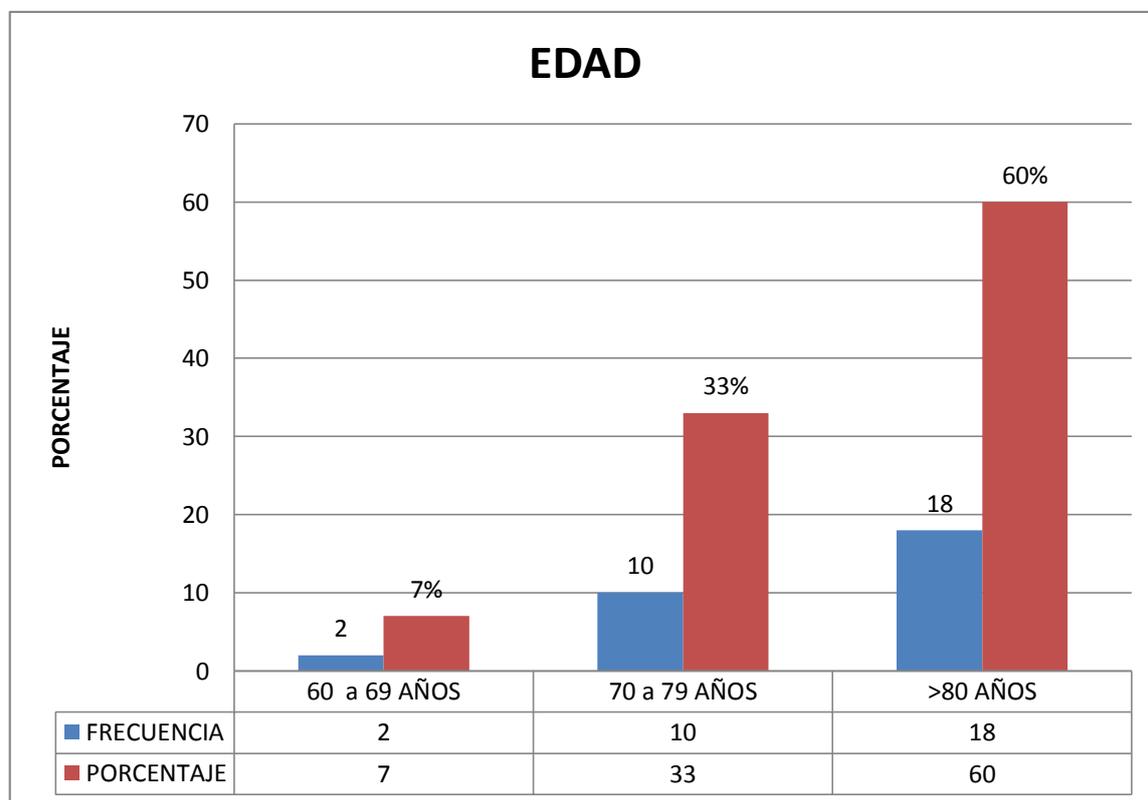
GRAFITABLA N°1:

DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” DE PORTOVIEJO, ENERO – JUNIO 2016.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
60 a 69 AÑOS	2	7
70 a 79 AÑOS	10	33
>80 AÑOS	18	60
TOTAL	30	100

FUENTE: Encuesta dirigida a los adultos mayores con hipertensión arterial del centro gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Orlando Jiménez Arboleda
Fernando Enrique Saltos Arteaga.



FUENTE: Encuesta dirigida a los adultos mayores con hipertensión arterial del centro gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Orlando Jiménez Arboleda, Fernando Enrique Saltos Arteaga.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la grafita el 60% de los adultos mayores con hipertensión arterial sobrepasa los 80 años de edad, esto concuerda con lo publicado por (Weschenfelder & Gue, 2012) que al investigar la ocurrencia de hipertensión arterial sistémica en relación a la edad, se observa un aumento progresivo de hipertensión, llegando hasta el 70% entre los individuos con más de 70 años, otros autores destacan la relación directa de la Tensión Arterial con la edad, siendo la prevalencia de hipertensión arterial sistémica superior al 60% en individuos con más de 65 años.

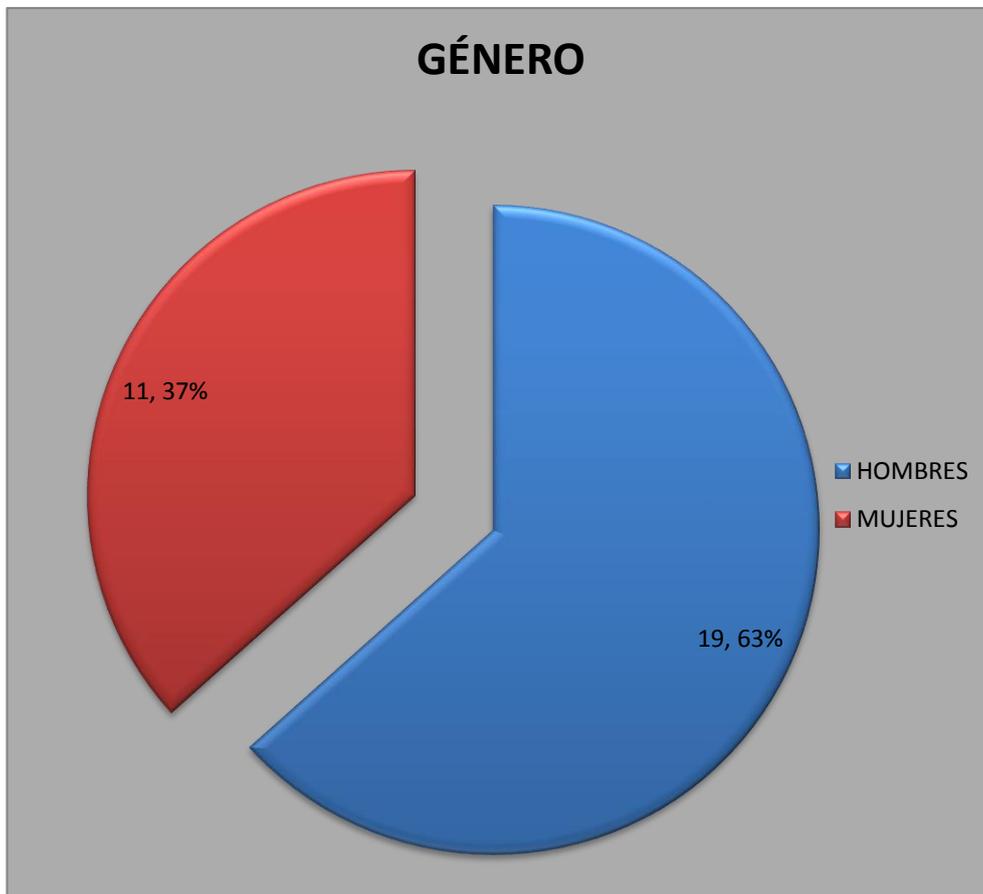
GRAFITABLA N° 2

DISTRIBUCIÓN DEL GÉNERO DE LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” DE PORTOVIEJO, ENERO - JUNIO 2016.

GÉNERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOMBRES	19	63
MUJERES	11	37
TOTAL	30	100

FUENTE: Encuesta dirigida a los adultos mayores con hipertensión arterial del centro gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Orlando Jiménez Arboleda, Fernando Enrique Saltos Arteaga.



FUENTE: Encuesta dirigida a los adultos mayores con hipertensión arterial del centro gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Orlando Jiménez Arbole
Fernando Enrique Saltos Arteaga

ANÁLISIS E INTERPRETACION:

En el análisis realizado se encontró que el 63% de los adultos mayores con hipertensión arterial del centro gerontológico “Guillermina Llor de Moreno” de Portoviejo, son de género masculino, frente al 37% perteneciente al género femenino, este gráfico nos indica que el género masculino tiene una mayor incidencia de hipertensión arterial. Según lo indicado por (Weschenfelder & Gue, 2012) en relación al género la prevalencia de la hipertensión arterial es semejante entre hombres y mujeres, pero más elevada en los hombres hasta los 50 años, cambiando a partir de la quinta década.

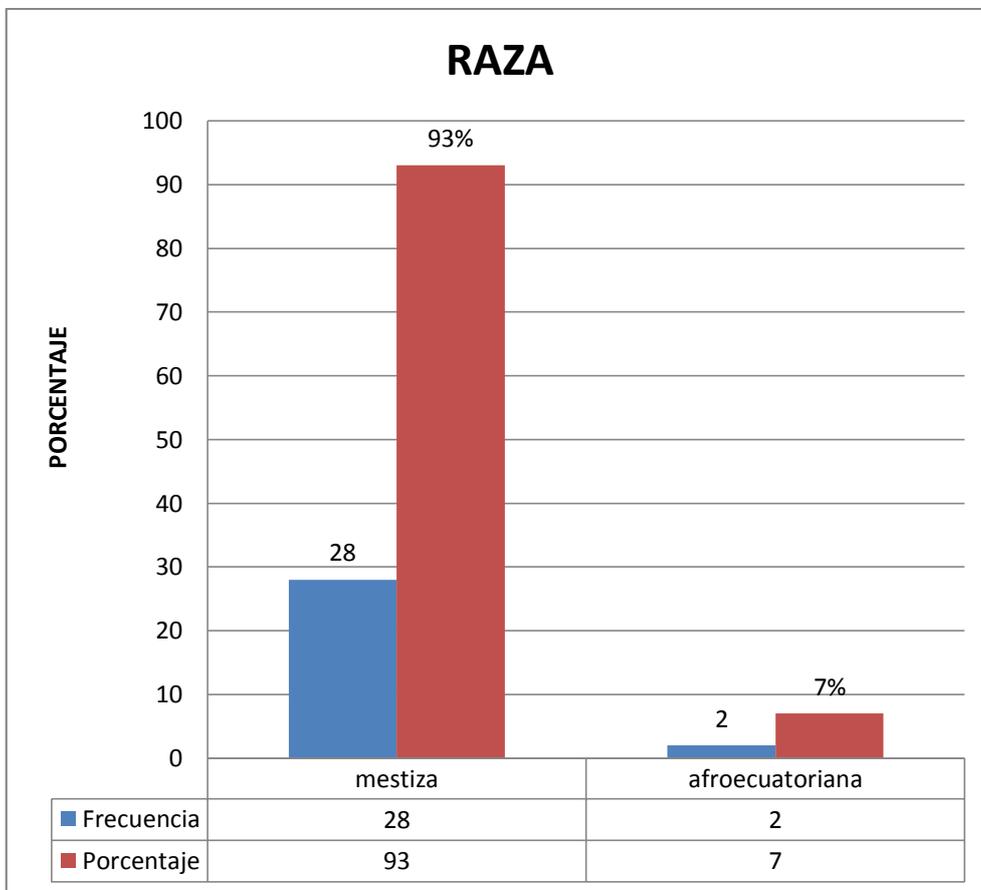
GRAFITABLA N° 3

DISTRIBUCIÓN DE LA RAZA DE LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” DE PORTOVIEJO, ENERO - JUNIO 2016.

RAZA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AFROECUATORIANO	2	7
MESTIZA	28	93
BLANCA	-	-
INDÍGENA	-	-
TOTAL	30	100

FUENTE: Encuesta dirigida a los adultos mayores con hipertensión arterial del centro gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Orlando Jiménez Arboleda.
Fernando Enrique Saltos Arteaga



FUENTE: Encuesta dirigida a los adultos mayores con hipertensión arterial del centro gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Orlando Jiménez Arboleda.
Fernando Enrique Saltos Arteaga

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El 97 % de la población en estudio corresponde a la raza mestiza, frente al 7% que corresponde a la raza afroecuatoriana, sin embargo en estudios realizados por (Weschenfelder & Gue, 2012, pág. 349), señalan que, la hipertensión arterial es dos veces más predominante en individuos afrodescendientes.

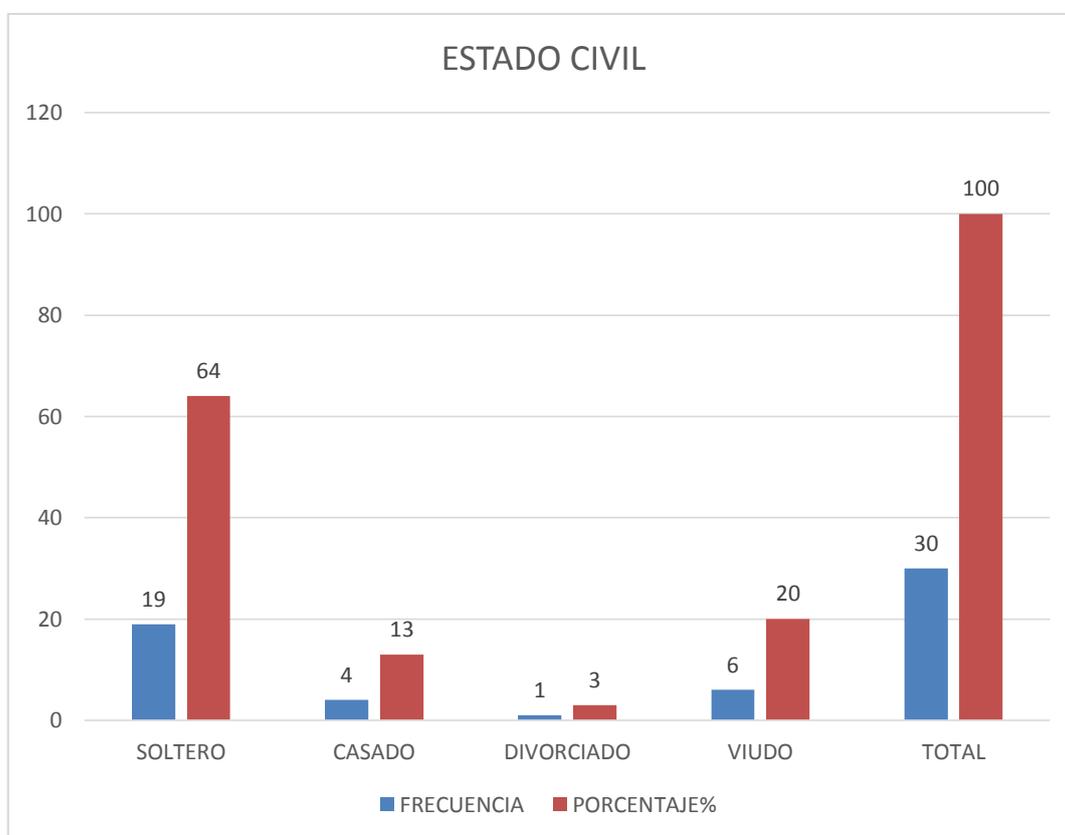
GRAFITABLA N°4

DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” DE PORTOVIEJO, ENERO - JUNIO 2016.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERO	19	64
CASADO	4	13
DIVORCIADO	1	3
VIUDO	6	20
TOTAL	30	100

FUENTE: Encuesta dirigida a los adultos mayores con hipertensión arterial del centro gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Orlando Jiménez Arboleda.
Fernando Enrique Saltos Arteaga



FUENTE: Encuesta dirigida a los adultos mayores con hipertensión arterial del centro gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Orlando Jiménez Arboleda.
Fernando Enrique Saltos Arteaga

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

De la población en estudio, 19 de los encuestados que corresponden al 64% de los adultos mayores, refieren estar solteros, el 20% refiere estar viudos y el 3% divorciado, según lo expuesto por (Redondo, Guallar, Banegas, & Rodriguez, 2005, pág. 70) indica que esta población requiere una mayor estadía en el centro gerontológico y mayor cuidado, los individuos casados y los que vivían acompañados presentaron hipertensión arterial sistémica con menos frecuencia que los no casados, además la probabilidad de conocer el estado hipertensivo fue mayor en los varones que veían a sus familiares con mayor frecuencia y menor en las mujeres que veían a amigos o vecinos con mayor frecuencia. En los adultos mayores, la hipertensión arterial se asocia con algunas variables de integración social, como el estado civil y la situación de convivencia. Entre los hipertensos, el conocimiento del estado hipertensivo depende en parte de la frecuentación de familiares y amigos o vecinos.

GRAFITABLA N° 5

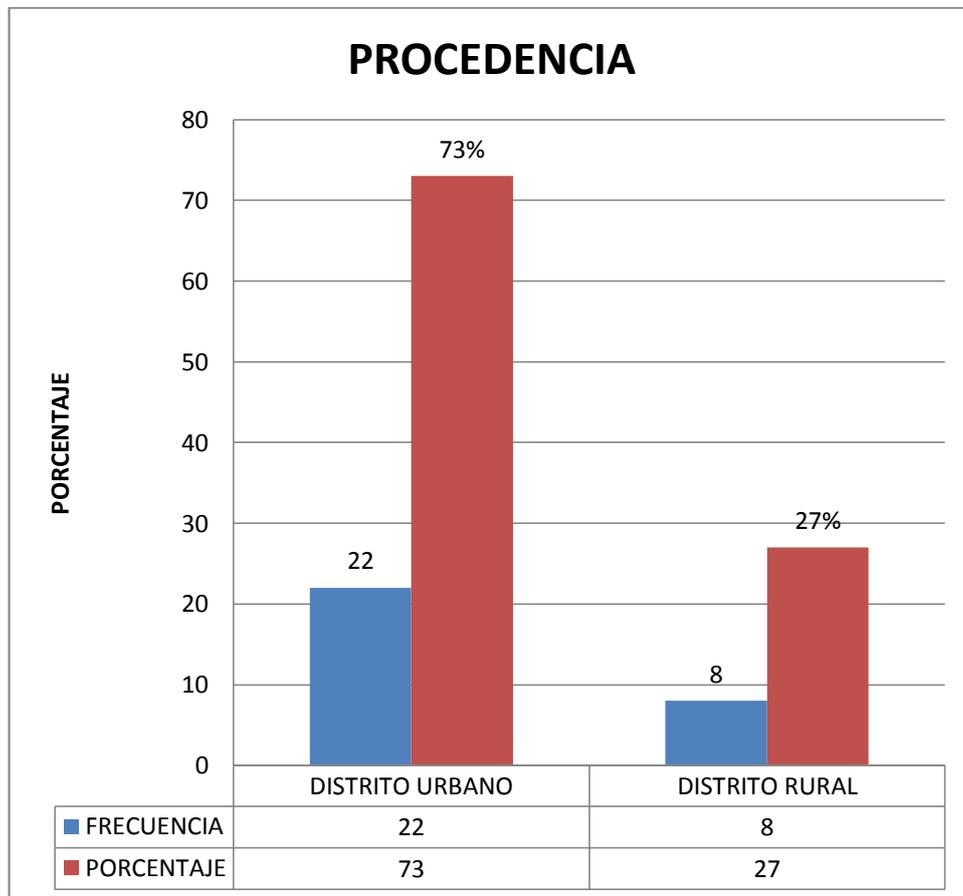
DISTRIBUCIÓN DE LA PROCEDENCIA EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” DE PORTOVIEJO, ENERO – JUNIO 2016.

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DISTRITO URBANO	22	73
DISTRITO RURAL	8	27
TOTAL	30	100

FUENTE: Encuesta dirigida a los adultos mayores con hipertensión arterial del centro gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Orlando Jiménez Arboleda.

Fernando Enrique Saltos Arteaga



FUENTE: Encuesta dirigida a los adultos mayores con hipertensión arterial del centro gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Orlando Jiménez Arboleda.

Fernando Enrique Saltos Arteaga

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Como se puede observar en la grafitable, 22 adultos mayores provienen del distrito urbano, esto corresponde al 73%, el restante 27% provienen del distrito rural, en un estudio realizado en México por (Guerrero & Rodríguez, 1998) se evidenció que en las poblaciones urbanas del norte del país la prevalencia de hipertensión es de 27.9%¹⁴, esta diferencia se podría explicar si se considera que el contexto cultural y socioeconómico, en el que interviene el estrés asociado al estilo de vida, incrementa las cifras de tensión arterial; de este modo, es posible afirmar que la prevalencia de hipertensión arterial depende, entre otros factores, del grado de desarrollo económico y de las condiciones de vida relacionadas con la clase social.

GRAFITABLA N° 6

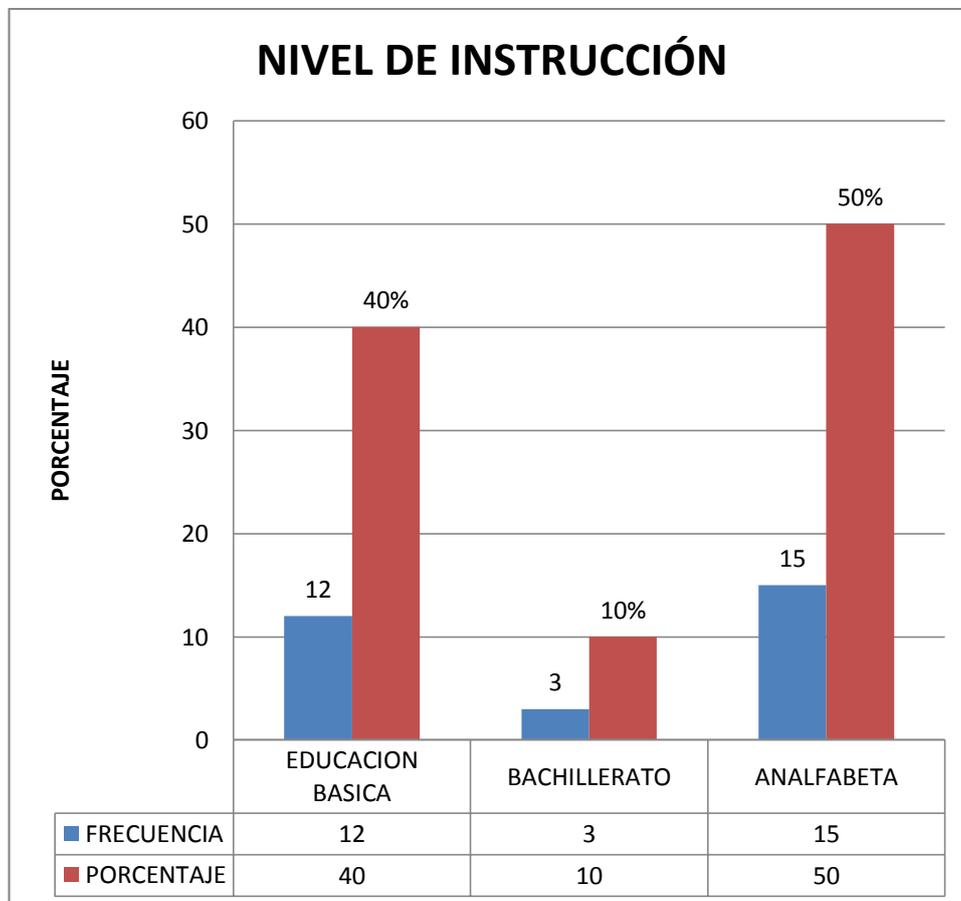
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” DE PORTOVIEJO, ENERO - JUNIO 2016.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDUCACIÓN BÁSICA	12	40
BACHILLERATO	3	10
SUPERIOR	-	-
ANALFABETA	15	50
TOTAL	30	100

FUENTE: Encuesta dirigida a los adultos mayores con hipertensión arterial del centro gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Orlando Jiménez Arboleda.

Fernando Enrique Saltos Arteaga



FUENTE: Encuesta dirigida a los adultos mayores con hipertensión arterial del centro gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Orlando Jiménez Arboleda.

Fernando Enrique Saltos Arteaga

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Una vez realizado el análisis del gráfico se determinó que el mayor porcentaje con un 50% corresponde a personas con ningún nivel de escolaridad, el 40% alcanzó el nivel de educación básica y el 10% corresponde a adultos mayores que alcanzaron el bachillerato. Según (Weschenfelder & Gue, 2012) informa que la baja escolaridad está asociada a las mayores tasas de enfermedades crónicas no transmisibles, en especial a la hipertensión arterial.

GRAFITABLA N° 7

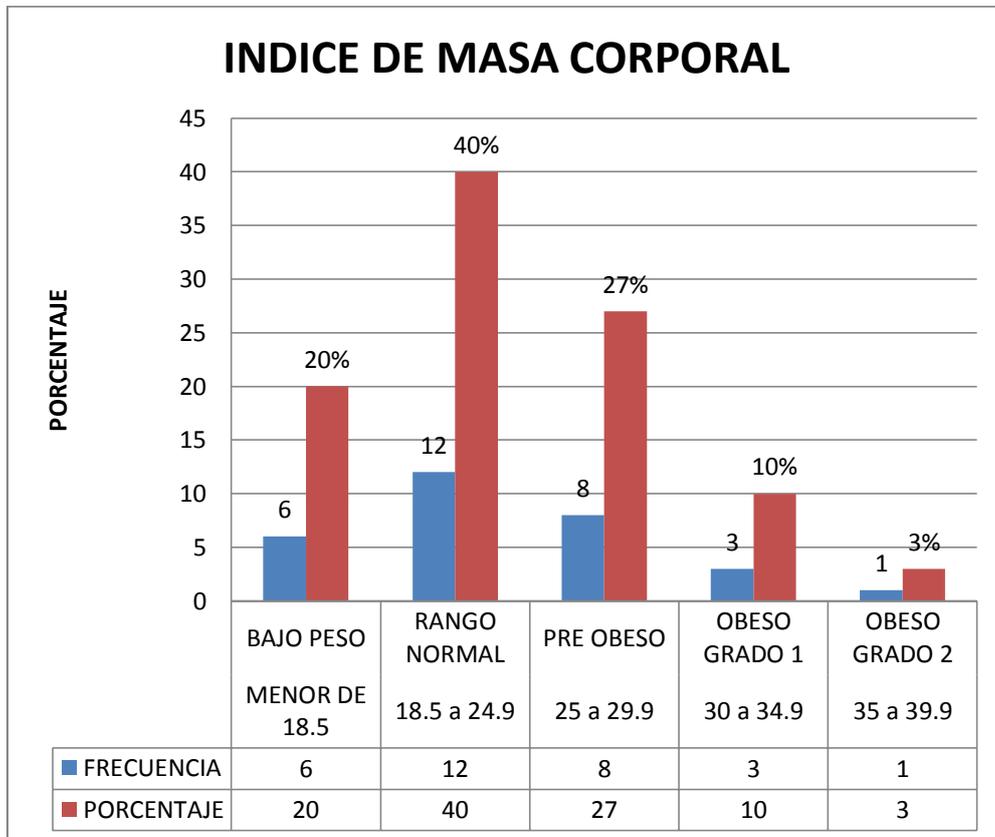
DISTRIBUCIÓN DEL INDICE DE MASA CORPORAL EN LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” DE PORTOVIEJO, ENERO – JUNIO 2016.

IMC	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOR DE 18.5	6	20
18.5 a 24.9	12	40
25 a 29.9	8	27
30 a 34.9	3	10
35 a 39.9	1	3
IGUAL O MAYOR A 40	-	-
TOTAL	30	100

FUENTE: Encuesta dirigida a los adultos mayores con hipertensión arterial del centro gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Orlando Jiménez Arboleda.

Fernando Enrique Saltos Arteaga



FUENTE: Encuesta dirigida a los adultos mayores con hipertensión arterial del centro gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Orlando Jiménez Arboleda.

Fernando Enrique Saltos Arteaga

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Como se observa en la grafitable, 12 pacientes que corresponde al 40% se encuentran en el rango normal del IMC que va de 18.5 a 24.9, el 27% de adultos mayores se encuentran en el rango de pre obesos (25 a 29.9), solo el 10 % posee un rango de obesidad grado 1 (30 – 34.9) y el 3% tiene obesidad grado 2 (35 a 39.9), sin embargo el 20% de la población en estudio tiene bajo peso con un IMC menor de 18.5. Según lo expuesto por (Mancia, Fagart, Narkiewicz, & Redon, Hipertension arterial en el anciano, 2013) afirma que a mayor IMC, mayor riesgo de sufrir complicaciones osteoarticulares, respiratorias, diferentes tipos de cáncer y enfermedades cardiometabólicas. Además (Weschenfelder & Gue, 2012) comunica que existe una fuerte relación entre la obesidad y la hipertensión arterial e indica la urgencia de medidas educativas capaces de actuar sobre los factores de riesgo que pueden determinar el predominio de la hipertensión arterial.

GRAFITABLA N° 8

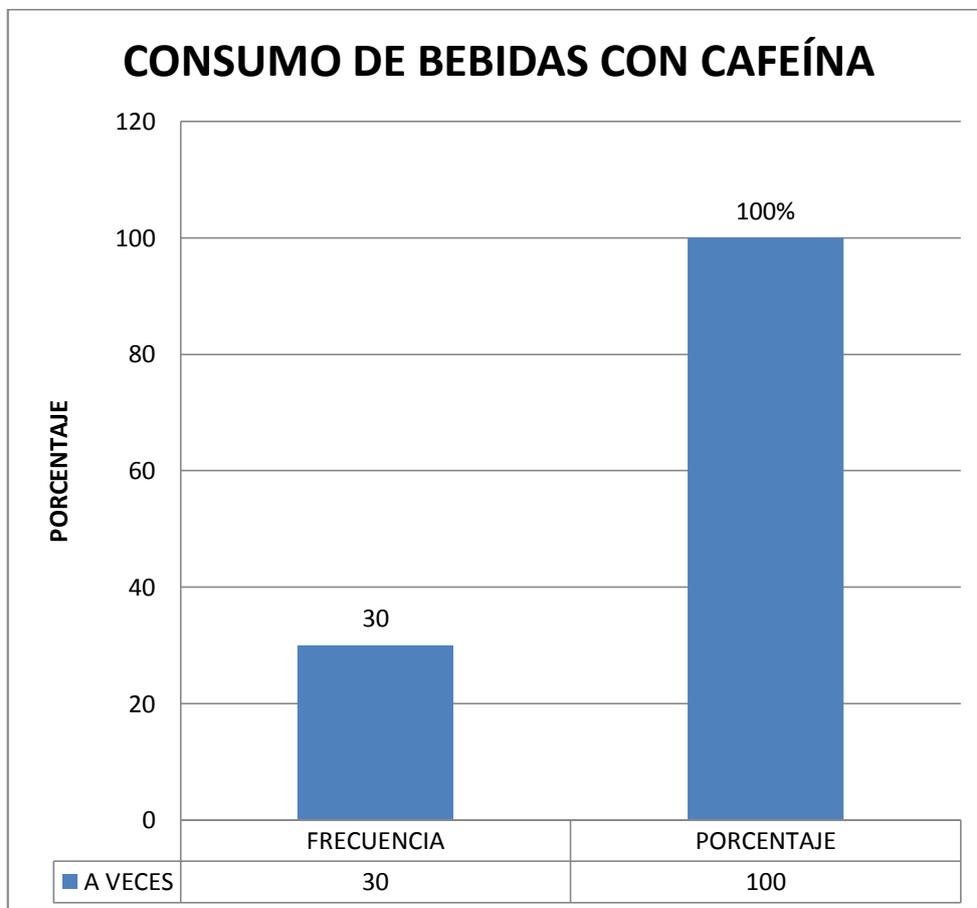
DISTRIBUCIÓN DEL CONSUMO DE BEBIDAS QUE CONTENGAN CAFEÍNA EN LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “GUILLERMINA LOOR DE MORENO”, ENERO - JUNIO 2016.

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
SIEMPRE	-	-
A VECES	30	100
NUNCA	-	-
TOTAL	30	100

FUENTE: Encuesta dirigida a los adultos mayores con hipertensión arterial del centro gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Orlando Jiménez Arboleda.

Fernando Enrique Saltos Arteaga



FUENTE: Encuesta dirigida a los adultos mayores con hipertensión arterial del centro gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Orlando Jiménez Arboleda.

Fernando Enrique Saltos Arteaga

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la gráfitabla se observa claramente que la totalidad de la población en estudio, es decir el 100% consumen algunas veces bebidas que contengan cafeína. Según (Valenzuela, 2010, pág. 516) afirma que la cafeína puede aumentar los niveles plasmáticos de hormonas relacionadas al estrés, como la adrenalina, noradrenalina y el cortisol, por lo cual podría esperarse un efecto hipertensivo derivado del consumo de café, ya que la secreción de estas hormonas es estimulada por la cafeína, en general, el consumo excesivo de café, o de cafeína, se ha asociado con un mayor riesgo de hipertensión y por consiguiente con un mayor riesgo cardiovascular, aspecto cuya importancia en la actualidad puede ser debatible si se compara con los efectos benéficos de la cafeína que han sido observados más recientemente.

GRAFITABLA N° 9

DISTRIBUCIÓN DEL CONSUMO DE BEBIDAS QUE CONTENGAN ALCOHOL EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” DE PORTOVIEJO, ENERO - JUNIO 2016.

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	-	-
A VECES	-	-
NUNCA	30	100
TOTAL	30	100

FUENTE: Encuesta dirigida a los adultos mayores con hipertensión arterial del centro gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Orlando Jiménez Arboleda.

Fernando Enrique Saltos Arteaga



FUENTE: Encuesta dirigida a los adultos mayores con hipertensión arterial del centro gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Orlando Jiménez Arboleda.

Fernando Enrique Saltos Arteaga

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la grafita se demuestra que el 100% de los adultos mayores con hipertensión arterial niegan el consumo de bebidas que contengan alcohol, la ingestión prolongada de alcohol puede, además de aumentar la presión sanguínea, aumentar la mortalidad cardiovascular en general. Según (Mancia, Fagart, Narkiewicz, & Redon, Hipertension arterial en el anciano, 2013) aseguran que el consumo frecuente de alcohol aumenta la tensión arterial de pacientes hipertensos con tratamiento. El consumo excesivo se asocia tanto con elevación de la tensión arterial como con incremento del riesgo de ictus, además (Herrera, Puldón, Díaz, & Bacallao, 2006) expresan que la relación causa efecto entre el ingerir bebidas alcohólicas y la hipertensión arterial sistémica, es tema muy controvertido en la literatura. Algunos expertos consideran que ingerir habitual de etanol es un significativo factor de riesgo de hipertensión arterial.

GRAFITABLA N° 10

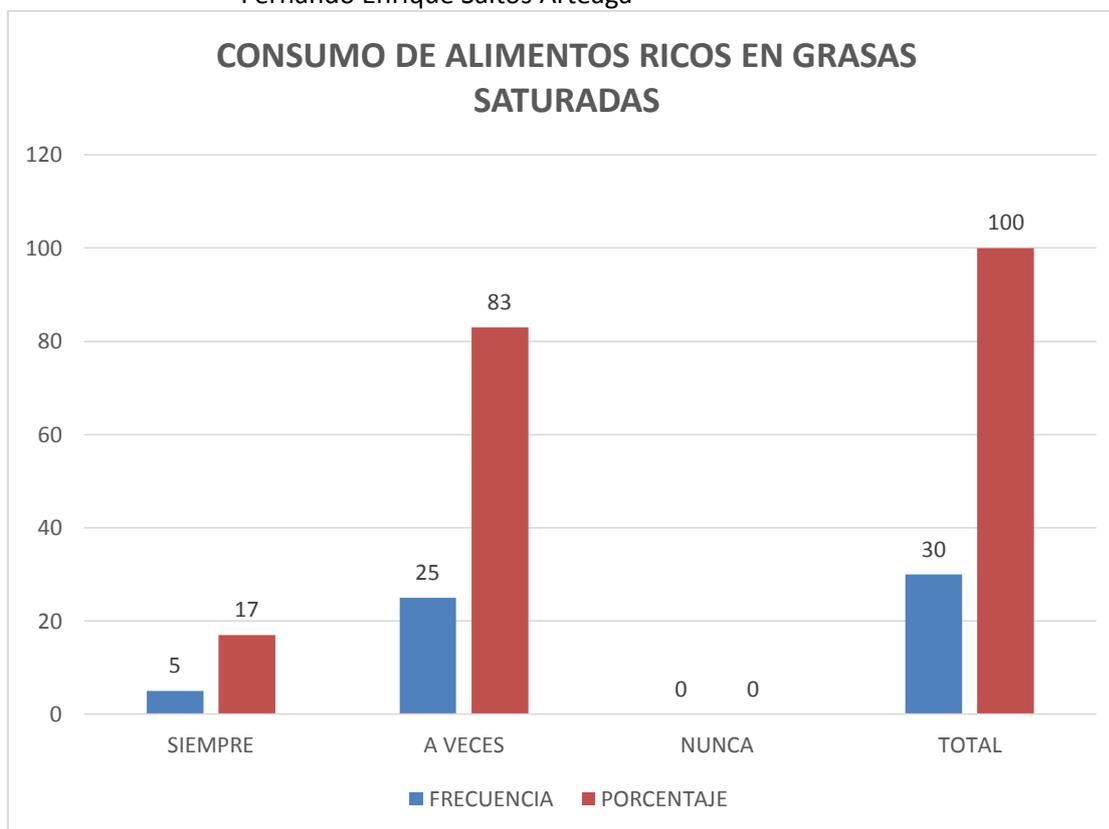
DISTRIBUCIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EN GRASAS SATURADAS EN LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “GUILLERMINA LOOR DE MORENO”, ENERO - JUNIO 2016.

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	5	17
A VECES	25	83
NUNCA	-	-
TOTAL	30	100

FUENTE: Encuesta dirigida a los adultos mayores con hipertensión arterial del centro gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Orlando Jiménez Arboleda.

Fernando Enrique Saltos Arteaga



FUENTE: Encuesta dirigida a los adultos mayores con hipertensión arterial del centro gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Orlando Jiménez Arboleda.

Fernando Enrique Saltos Arteaga

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

La grafitable demuestra que el 83% de los adultos mayores consumen regularmente alimentos ricos en grasas saturadas y el 17% lo consume siempre. Según (Mancia, Fagart, Narkiewicz, & Redon, 2013) aconseja a los pacientes hipertensos sobre el consumo de hortalizas, productos lácteos desnatados, fibra dietética y soluble, cereales integrales y proteínas de origen vegetal, con menos contenido en grasas saturadas y colesterol.

GRAFITABLA N° 11

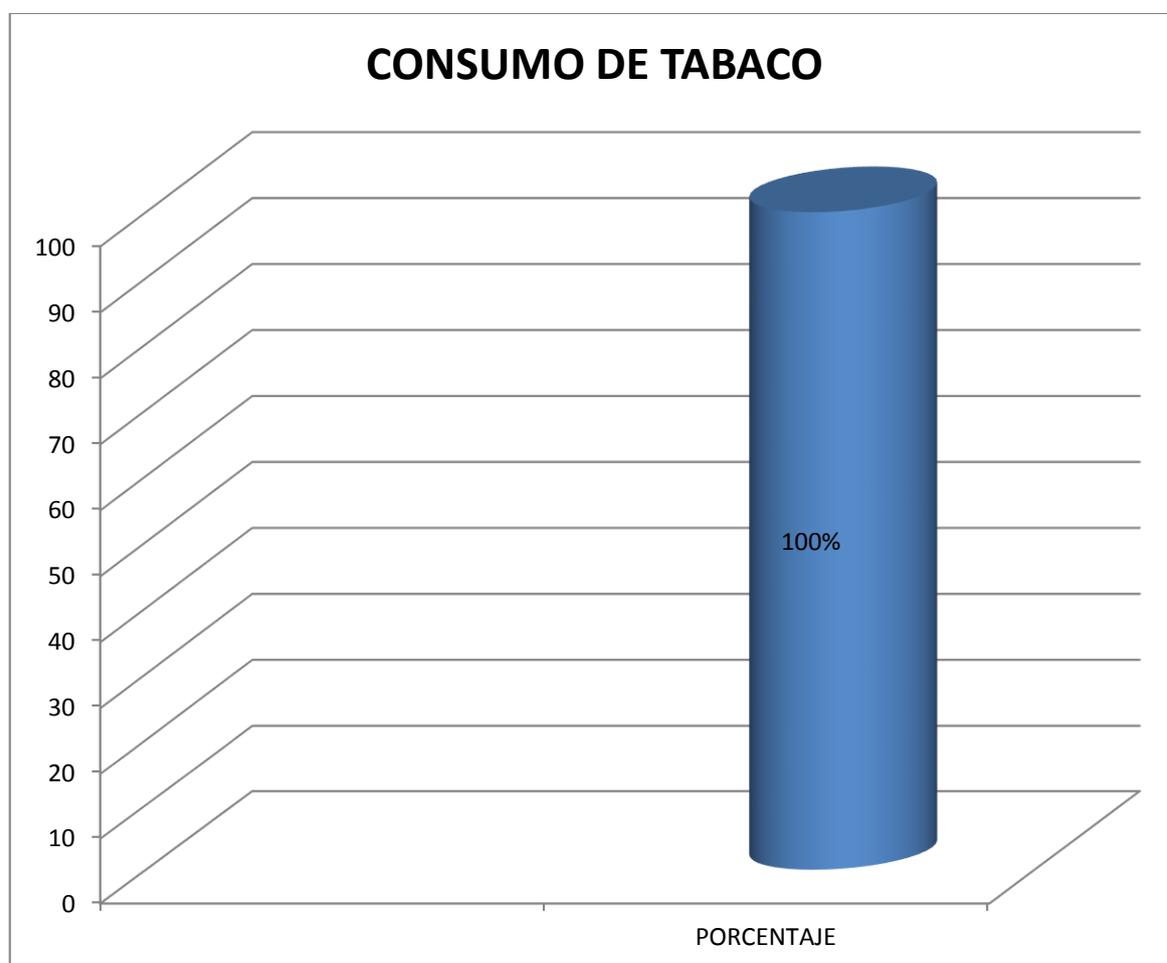
DISTRIBUCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO EN LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” DE PORTOVIEJO, ENERO - JUNIO 2016.

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
SIEMPRE	-	-
A VECES	-	-
NUNCA	30	100
TOTAL	30	100

FUENTE: Encuesta dirigida a los adultos mayores con hipertensión arterial del centro gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Orlando Jiménez Arboleda.

Fernando Enrique Saltos Arteaga



FUENTE: Encuesta dirigida a los adultos mayores con hipertensión arterial del centro gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Orlando Jiménez Arboleda.

Fernando Enrique Saltos Arteaga

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la grafitabla se puede ver que el 100% de los adultos mayores niega consumir tabaco, Según (Weschenfelder & Gue, 2012) menciona que el consumir tabaco es la mayor causa de mortalidad por problemas cardiovasculares del mundo, aunque la interrupción de la costumbre de fumar no reduzca los niveles de presión arterial, el dejar de consumir resulta efectivo en disminuir anomalías cardíacas.

GRAFITABLA N° 12

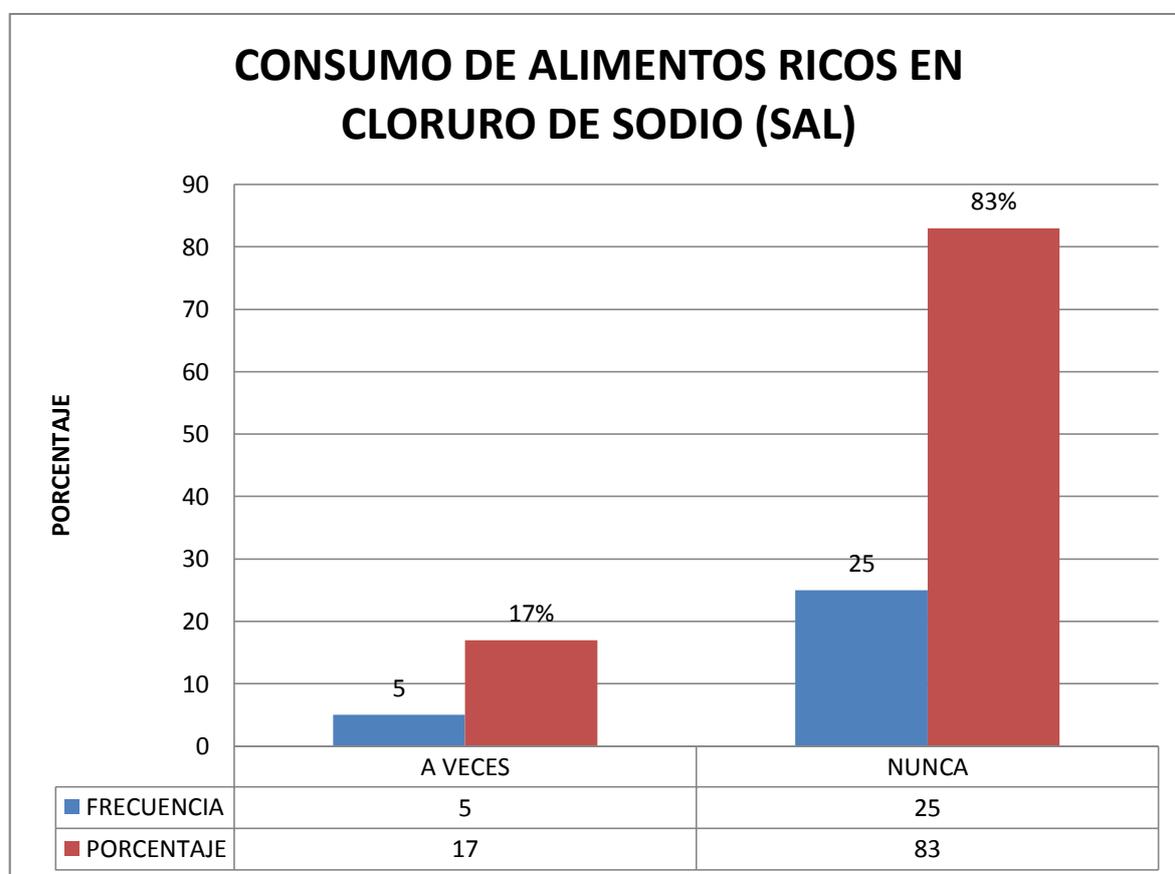
DISTRIBUCIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EN CLORURO DE SODIO (SAL) EN LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” DE PORTOVIEJO, ENERO - JUNIO 2016.

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
SIEMPRE	-	-
A VECES	5	17
NUNCA	25	83
TOTAL	30	100

FUENTE: Encuesta dirigida a los adultos mayores con hipertensión arterial del centro gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Orlando Jiménez Arboleda.

Fernando Enrique Saltos Arteaga



FUENTE: Encuesta dirigida a los adultos mayores con hipertensión arterial del centro gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Orlando Jiménez Arboleda.

Fernando Enrique Saltos Arteaga

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la grafitable se puede ver que 25 adultos mayores con hipertensión arterial que corresponden al 83% niegan la ingestión de alimentos ricos en cloruro de sodio, mientras tanto el 17% restante afirma consumir estos alimentos en algunas ocasiones. Según (Weschenfelder & Gue, 2012) mencionan que en algunos estudios realizados se demuestra que la limitación del consumo de sal acompañada de hábitos alimentarios saludables ayudan a la disminución de los valores en la tensión sanguínea, consiguiendo disminuir la administración de la terapia farmacológica antihipertensiva.

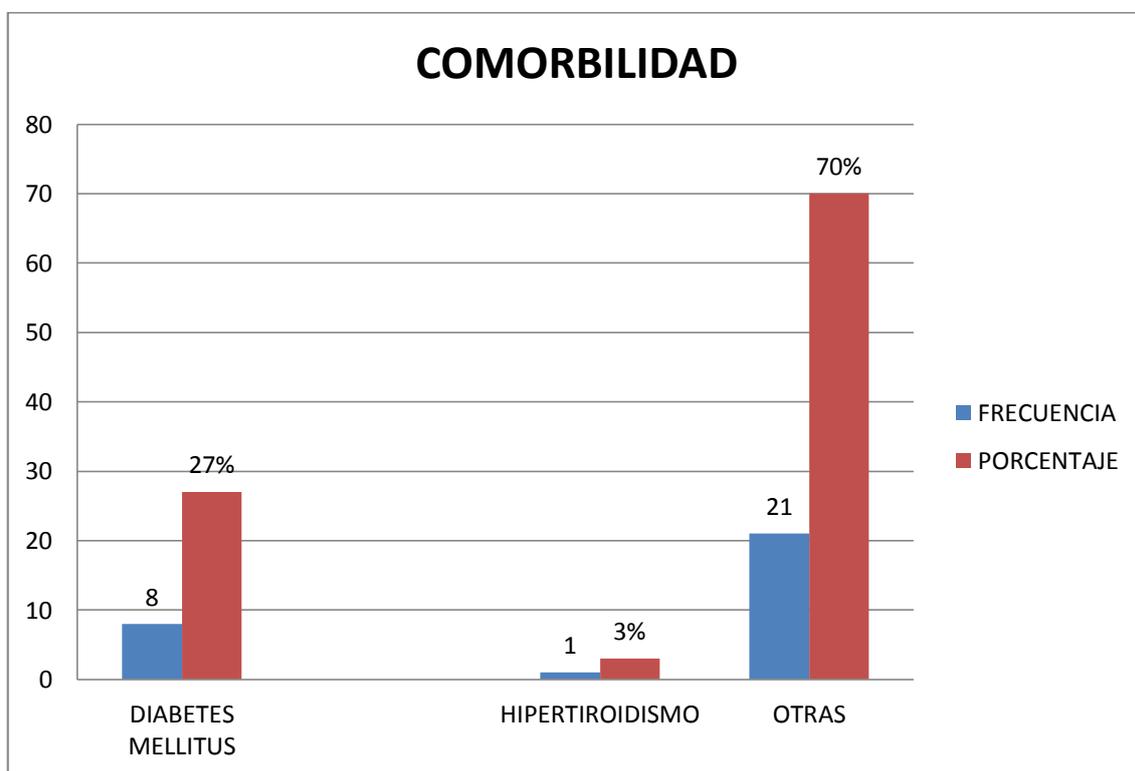
GRAFITABLA N° 13

DISTRIBUCIÓN DE COMORBILIDADES PREEXISTENTES DE LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” DE PORTOVIEJO, ENERO - JUNIO 2016.

COMORBILIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIABETES MELLITUS	8	27
HIPERTIROIDISMO	1	3
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	-	-
OTRAS	21	70
TOTAL	30	100

FUENTE: Encuesta dirigida a los adultos mayores con hipertensión arterial del centro gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Orlando Jiménez Arboleda.
Fernando Enrique Saltos Arteaga



FUENTE: Encuesta dirigida a los adultos mayores con hipertensión arterial del centro gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Orlando Jiménez Arboleda.
Fernando Enrique Saltos Arteaga

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la grafitable solo 8 adultos mayores que corresponde al 27% padecen diabetes mellitus tipo 2, Según (Bendersky & Rodríguez, 2013) comunican que las patologías con afectación cardiaca son la principal causa de fallecimientos en pacientes con diabetes mellitus. Además afirman que la administración de aspirina en personas con diabetes mellitus e hipertensión arterial sin enfermedad cardiovascular, estaría aprobada en pacientes seleccionados que tengan muchos factores predisponentes.

GRAFITABLA N° 14

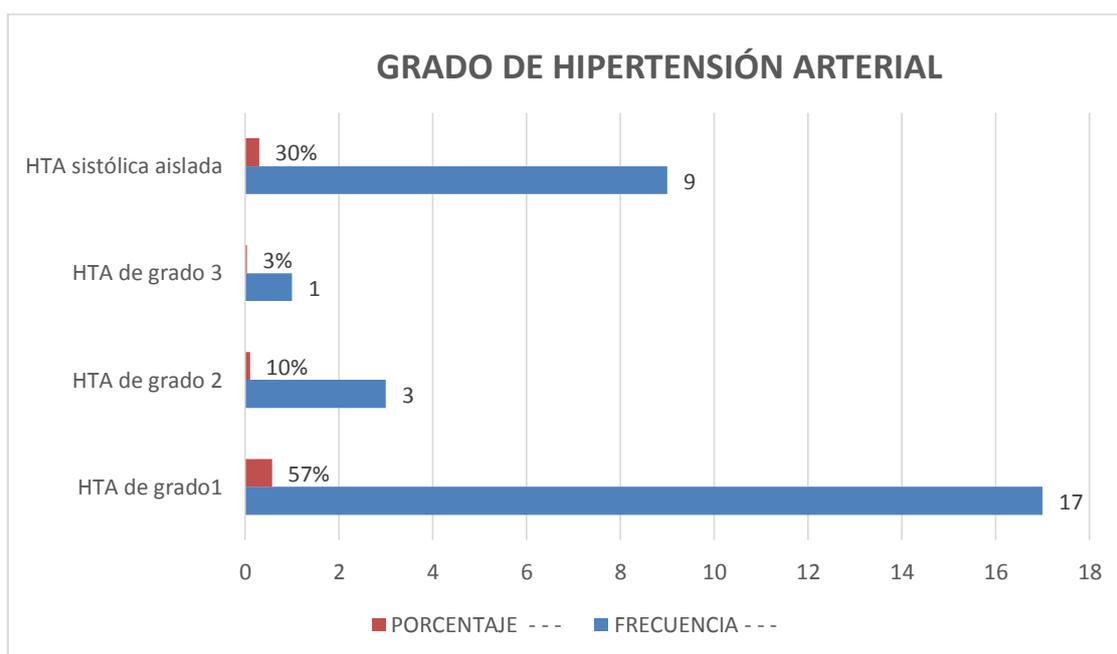
DISTRIBUCIÓN DEL GRADO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” DE PORTOVIEJO, ENERO - JUNIO 2016.

PAS - PAD	Categoría	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<120 <80	Optima	-	-
120-129 80-84	normal	-	-
130-139 85-89	Normal alta	-	-
140-159 90-99	HTA de grado1	17	57%
160-179 100-109	HTA de grado 2	3	10%
≥180 ≥110	HTA de grado 3	1	3%
≥140 <90	HTA sistólica aislada	9	30%
TOTAL		30	100%

FUENTE: Encuesta dirigida a los adultos mayores con hipertensión arterial del centro gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Orlando Jiménez Arboleda.

Fernando Enrique Saltos Arteaga



FUENTE: Encuesta dirigida a los adultos mayores con hipertensión arterial del centro gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Orlando Jiménez Arboleda.

Fernando Enrique Saltos Arteaga

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el estudio del siguiente cuadro estadístico se observó que el porcentaje mayor correspondía a adultos mayores con hipertensión arterial grado 1, con un 57%, además el 30% tiene hipertensión arterial sistólica aislada, solo 1 adulto mayor, que corresponde al 3% tiene hipertensión arterial grado 3. Según (Bendersky & Rodríguez, 2013) el conocimiento que los pacientes mayores “pueden tolerar valores más elevados de tensión arterial que los pacientes jóvenes” es equívoco. La reducción de los valores tensionales diastólicos y sistólicos disminuye el riesgo de enfermedad vascular cerebral en aproximadamente un 40%.

GRAFITABLA N° 15

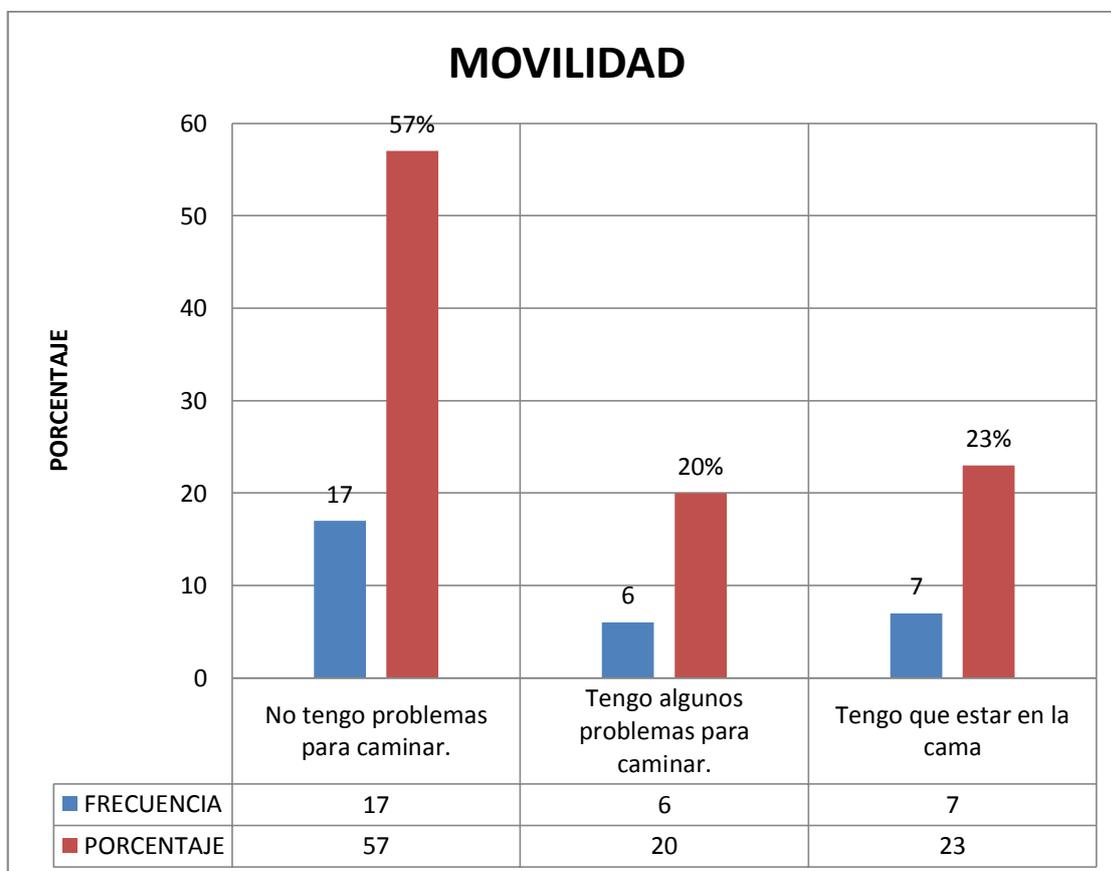
DISTRIBUCIÓN DE LA MOVILIDAD SEGÚN EL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EUROQOL - 5D, EN LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” DE PORTOVIEJO, ENERO - JUNIO 2016.

MOVILIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No tengo problemas para caminar.	17	57
Tengo algunos problemas para caminar.	6	20
Tengo que estar en la cama	7	23
TOTAL	30	100

FUENTE: Encuesta dirigida a los adultos mayores con hipertensión arterial del centro gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Orlando Jiménez Arboleda.

Fernando Enrique Saltos Arteaga



FUENTE: Encuesta dirigida a los adultos mayores con hipertensión arterial del centro gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Orlando Jiménez Arboleda.

Fernando Enrique Saltos Arteaga

.ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Analizando los datos de la encuesta se puede notar en el grafico que el 57% de los adultos mayores no tienen problemas para caminar, 6 pacientes que corresponde al 20% tienen algún problema para caminar, y el restante 23 % no puede caminar, por lo consiguiente deben quedarse en cama. Según (García, Ayala, & Ríos, 2007) afirman que un gran número de adultos mayores muestra algún grado de limitación en su movilidad y sufre por esto las dificultades de adaptarse para desplazarse, este deterioro genera vulnerabilidad, que da como consecuencia la definición de personas frágiles con pronóstico reservado en algunos casos.

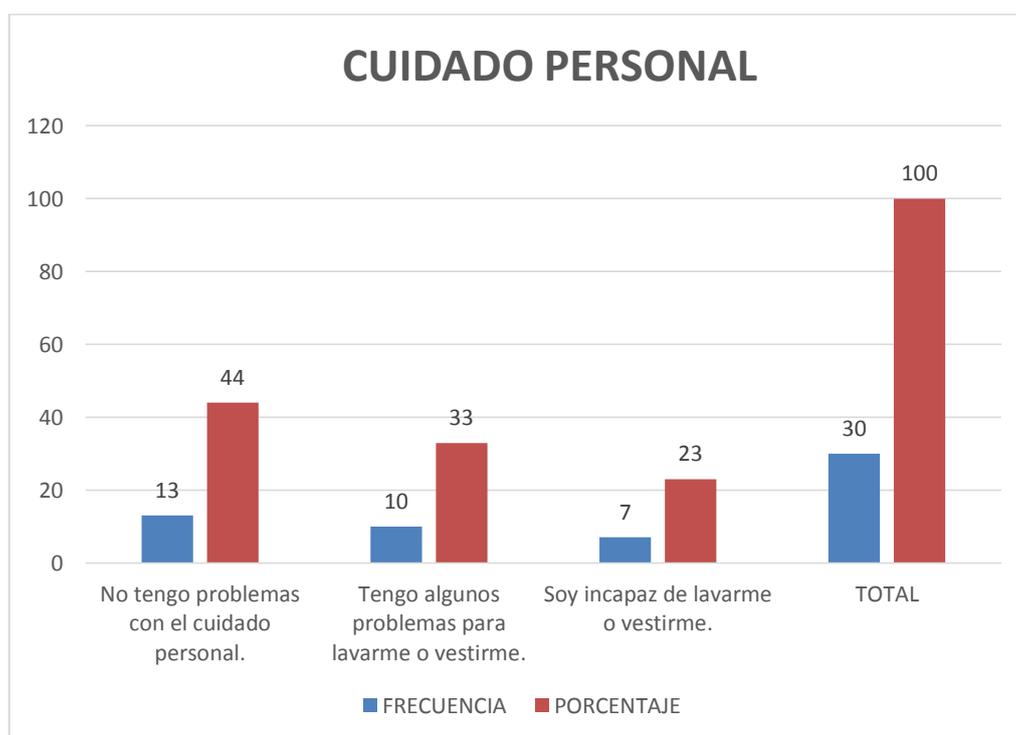
GRAFITABLA N° 16

DISTRIBUCIÓN DEL CUIDADO PERSONAL SEGÚN EL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EUROQOL - 5D, EN LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” DE PORTOVIEJO, ENERO - JUNIO 2016.

CUIDADO PERSONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No tengo problemas con el cuidado personal.	13	44
Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme.	10	33
Soy incapaz de lavarme o vestirme.	7	23
TOTAL	30	100

FUENTE: Encuesta dirigida a los adultos mayores con hipertensión arterial del centro gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Orlando Jiménez Arboleda.
Fernando Enrique Saltos Arteaga



FUENTE: Encuesta dirigida a los adultos mayores con hipertensión arterial del centro gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Orlando Jiménez Arboleda.
Fernando Enrique Saltos Arteaga

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Al realizar el estudio del gráfico se concluyó que de acuerdo a la escala de la calidad de vida denominada EuroQol -5D que el 44% de los adultos mayores no tuvieron problemas en el cuidado personal, el 33% presentó problemas al asearse o vestirse y en un menor porcentaje, el 23 % restante, fue incapaz de realizar su aseo personal, sin embargo en un análisis realizado por (Condemarin, Evangelista, & Benavides, 2015) informa que la totalidad de los adultos mayores muestran un grado de autocuidado medio y por lo consiguiente ameritan que el profesional de enfermería planifique y ejecute intervenciones destinadas a aumentar la capacidad del autocuidado en esta población.

GRAFITABLA N° 17

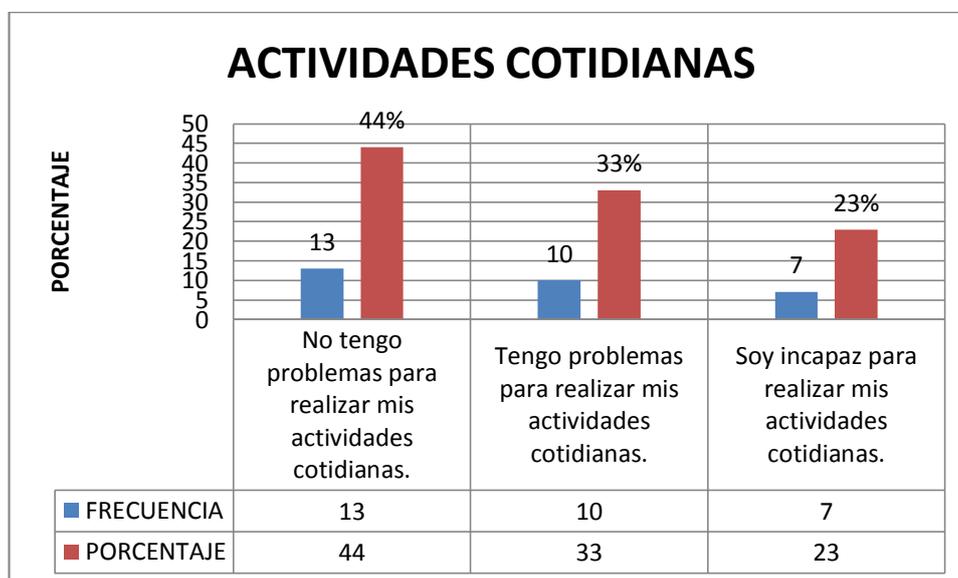
DISTRIBUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS SEGÚN EL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EUROQOL - 5D EN LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” DE PORTOVIEJO, ENERO - JUNIO 2016.

ACTIVIDADES COTIDIANAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas.	13	44
Tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas.	10	33
Soy incapaz para realizar mis actividades cotidianas.	7	23
TOTAL	30	100

FUENTE: Encuesta dirigida a los adultos mayores con hipertensión arterial del centro gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Orlando Jiménez Arboleda.

Fernando Enrique Saltos Arteaga



FUENTE: Encuesta dirigida a los adultos mayores con hipertensión arterial del centro gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Orlando Jiménez Arboleda.

Fernando Enrique Saltos Arteaga

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Al realizar el estudio del gráfico se concluye que de acuerdo a la escala de la calidad de vida llamada EuroQol -5D que el 44% de los adultos mayores con hipertensión arterial del centro gerontológico no presentaron problemas para realizar sus actividades cotidianas, el 33% tuvo algún inconveniente en realizar sus actividades cotidianas, y el restante 23% fue incapaz de realizar sus actividades cotidianas, este último dato coincide con lo descrito por (Duran, Orbegoz, Uribe, & Uribe, 2008) que afirma que el ciclo de la adultez mayor trae consigo cuantiosos cambios, como lo es pérdida de ciertas capacidades, por ende, de su autonomía funcional, lo cual conlleva a que acreciente la necesidad de asistencia de cuidadores, pudiendo ser familiares o el personal médico y de enfermería.

GRAFITABLA N° 18

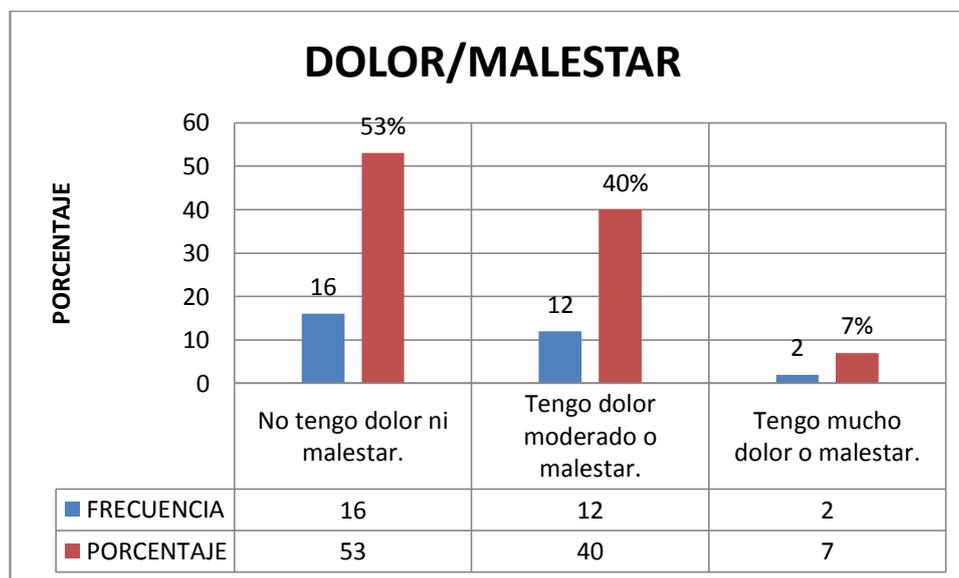
DISTRIBUCIÓN DEL DOLOR/MALESTAR SEGÚN EL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EUROQOL - 5D, EN LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” DE PORTOVIEJO, ENERO - JUNIO 2016.

DOLOR/MALESTAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
No tengo dolor ni malestar.	16	53%
Tengo dolor moderado o malestar.	12	40%
Tengo mucho dolor o malestar.	2	7%
TOTAL	30	100%

FUENTE: Encuesta dirigida a los adultos mayores con hipertensión arterial del centro gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Orlando Jiménez Arboleda.

Fernando Enrique Saltos Arteaga



FUENTE: Encuesta dirigida a los adultos mayores con hipertensión arterial del centro gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Orlando Jiménez Arboleda.

Fernando Enrique Saltos Arteaga

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El estudio del gráfico se nota que de acuerdo a la escala de la calidad de vida denominada EuroQol -5D obtuvieron el 53% los adultos mayores encuestados no presentan ningún tipo de dolor o malestar, el 40% presentó algún tipo de dolor o malestar, entretanto que el 7% restante manifiesta que presenta mucho dolor y malestar. Según (Ribera, 2011, pág. 475) nos relata que las causas más frecuentes del dolor en adultos mayores son las correspondidas por las patologías músculo-esqueléticas, como la artropatía degenerativa lumbar (21 al 49,5%) y la artritis. Son también frecuentes afectaciones como la neuralgia (diabetes, herpes zoster).

GRAFITABLA N° 19

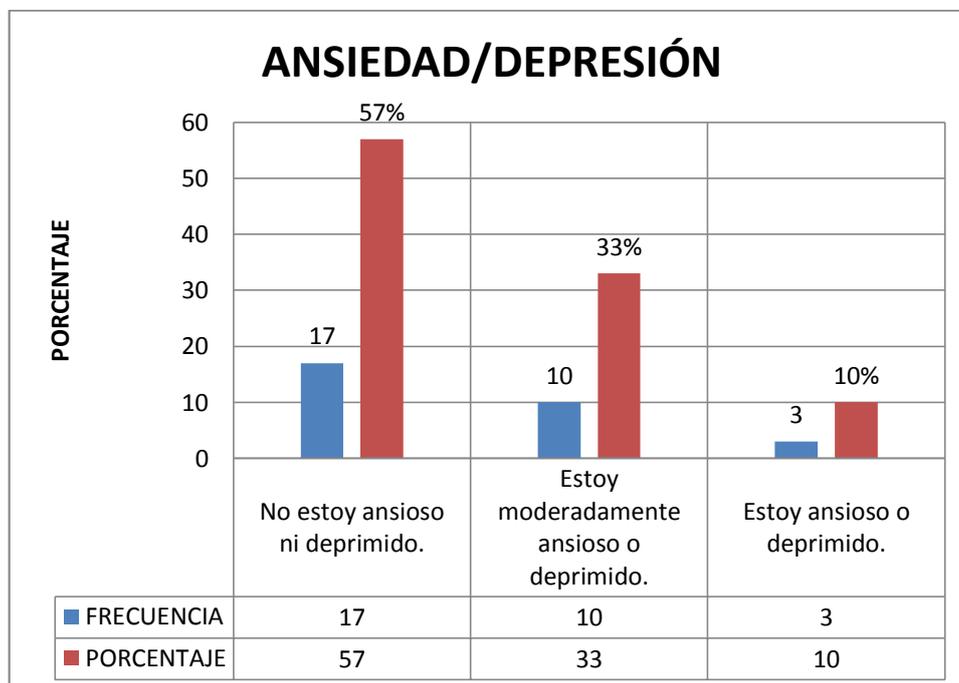
DISTRIBUCIÓN DE LA ANSIEDAD/DEPRESIÓN SEGÚN EL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EUROQOL - 5D, EN LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” DE PORTOVIEJO, ENERO – JUNIO 2016.

ANSIEDAD/DEPRESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No estoy ansioso ni deprimido.	17	57
Estoy moderadamente ansioso o deprimido.	10	33
Estoy ansioso o deprimido.	3	10
TOTAL	30	100

FUENTE: Encuesta dirigida a los adultos mayores con hipertensión arterial del centro gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Orlando Jiménez Arboleda.

Fernando Enrique Saltos Arteaga



FUENTE: Encuesta dirigida a los adultos mayores con hipertensión arterial del centro gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Orlando Jiménez Arboleda

Fernando Enrique Saltos Arteaga

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el estudio del gráfico se puede denotar que de acuerdo a la escala de calidad de vida llamada EuroQol -5D que el 57% de la población en estudio afirma que no se siente ansioso ni deprimido, el 33% de adultos mayores refieren sentirse moderadamente ansioso y deprimido, mientras que en el 10% restante refiere sentirse ansioso y deprimido. Según (Jiménez, Gálvez, & Esteban, 2006) afirma que la depresión es el trastorno afectivo más habitual en el adulto mayor, forma parte de las principales consultas a los médicos, a pesar de que su presencia no sea percibida, además (Jiménez, Gálvez, & Esteban, 2006) concluyen que la depresión disminuye de forma sustancial la calidad de vida del anciano y puede terminar en discapacidad.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES.

Una vez finalizada la investigación y de acuerdo al estudio de los resultados obtenidos, se evidenció lo siguiente.

En la población de 30 adultos mayores se identificaron como características importantes que el género predominante es el masculino, la edad promedio que prevaleció en los adultos mayores es de más de 80 años. El 93% de los adultos mayores son de raza mestiza, el 64% son solteros, el 73% tiene procedencia del distrito urbano, 50% es analfabeta y solo el 40% ha completado la instrucción básica. Al observar el índice de masa corporal, el 40% de la población en estudio tuvo un índice de masa corporal en rango normal.

En referencia a los hábitos alimenticios los adultos mayores en su totalidad no consumen alcohol y tabaco ni bebidas que contengan alcohol o cafeína, solo un pequeño porcentaje reporta que consume alimentos ricos en grasas saturadas. En lo referente a las comorbilidades, se encontró en la población en estudio que el 27% de los adultos mayores presentó diabetes mellitus tipo 2.

Según el cuestionario de salud EuroQol -5D, la calidad de vida de los adultos mayores se ha visto afectada mínimamente ya que la mayoría de adultos mayores no presentó afectación en los parámetros marcados por el cuestionario de salud antes indicado.

RECOMENDACIONES.

A la Universidad Técnica de Manabí en especial a la Facultad de Ciencias de la Salud que sigan incentivando a la ejecución de este modelo de investigación que es importante para el desarrollo académico de los estudiantes y para el bienestar de la población adulta mayor.

Al Ministerio de Salud Pública y al Ministerio de Inclusión Económica y Social se le recomienda el trabajo conjunto de ambas entidades para la implementación y ejecución de estrategias sanitarias que ayuden a mejorar la calidad de vida de los adultos Mayores.

Al personal de enfermería del centro gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” de Portoviejo que siga brindando atención de calidad y calidez con el fin de mejorar y mantener la calidad de vida de los adultos mayores.

A los familiares y quienes cuidan de los adultos mayores para que sigan manteniendo la paciencia y atención necesaria para comprender y satisfacer las necesidades de los usuarios y que además cumplan con las normativas del centro gerontológico.

A los usuarios de este centro gerontológico, que cumplan con el reglamento interno establecido, para así complementar el trabajo elaborado por los cuidadores y personal de enfermería.

A las autoridades administrativas del centro gerontológico, que sigan desarrollando planes y estrategias en busca de la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MESES	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE Y OCTUBRE	HUMANOS	MATERIALES	COSTO usd
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
SACTIVIDADE																																		Autores	Carpetas	100
Aprobación del tema		■																																Autores	Libros, internet	200
Entrega del proyecto			■																															Autores	Impresiones	100
1er y 2 da reunión																																		Autores	Impresiones	100
Elaboración del marco teórico					■	■	■	■																										Autores	Internet	100
3era y 4ta reunión																																		Autores	Transporte	100
Recolección de datos de los pacientes									■	■	■	■																						Autores	Internet	50
5ta y 6ta reunión																																		Autores	Impresiones	150
Tabulación de los resultados obtenidos													■	■	■	■	■	■	■	■														Autores	Material didáctico	50
7ma y 8va reunión																																		Autores	Internet	100
Elaboración y realización de los gráficos estadísticos																					■	■	■	■										Autores	Impresiones Transporte Carpetas	50
9na y 10ma reunión																																		Autores	Transporte	50
Elaboración de conclusiones y recomendaciones.																									■	■	■	■						Autores	Impresiones Anillado Empastado Entrega de tesis	500
Entrega de tesis		-																																Autores	Total	1650 usd

BIBLIOGRAFÍA

- Argente, H., & Alvarez, M. (2008). *Semiología Médica, Fisiopatología, Semiotecnia y Propédeutica*. Buenos Aires, Argentina: EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA.
- Barreto, D. G. (2010). Capítulo 2: Historia De La Hipertensión. *Journal of Hypertension*, 7-20.
- Bendersky, M., & Rodríguez, P. (Agosto de 2013). Consenso de Hipertensión Arterial. *Revista Argentin de Cardiología*, LXXXI.
- Botero, B., & Pico, M. (Diciembre de 2007). CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS: UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12(1), 17.
- Campos, F. (Agosto de 2011). GUIA CALIDAD DE VIDA EN LA VEJEZ-HERRAMIENTAS PARA VIVIR MÁS Y MEJOR. (F. C. T., Ed.) *GUIA CALIDAD DE VIDA EN LA VEJEZ*, 15.
- Cardona, J., & Higuaita, L. (Abril de 2014). Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Revista Cubana de Salud Pública*, vol.40 (no.2), 177.
- Condemarin, L., Evangelista, A., & Benavides, Y. (2015). NIVEL DE AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE JOSÉ LEONARDO. *REVISTA CIENTÍFICA SALUD & VIDA SIPANENSE*, 2(2).
- Dalfó, A., Badia, X., & Roca, A. (Febrero de 2002). Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL). *Atención Primaria*, Vol. 29(02), 114.
- Defaz, B. (2012). Hipertensión Arterial. *E-Análisis: Instituto Nacional De Estadísticas y Censos*, 8-10.
- Defaz, B., & Aguirre, O. (Abril de 2013). Hipertensión arterial. *INEC :e-Análisis: revista coyuntural*, Octava Edición, 8-9-10.
- Dionne, M. (8 de Enero de 2004). *Tesis Digitales de UDLAP*. Recuperado el 25 de Mayo de 2016, de http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf
- Duran, D., Orbegoz, L., Uribe, A., & Uribe, J. (2008). Integración social y habilidades funcionales en. *Universitas Psychologica*, 7(1).
- Farreras. (2012). *MEDICINA INTERNA* (Decimoséptima edición ed., Vol. 1). Barcelona, España: ELSEVIER.
- Farreras. (2012). *MEDICINA INTERNA* (XVII ed., Vol. 1). Barcelona, España: ELSEVIER.
- García, E., Ayala, M., & Ríos, M. (2007). CARACTERIZACIÓN DE LA MOVILIDAD DE ANCIANOS, SEGÚN ÍNDICE DE KATZ, EN EL CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO. *INVESTIGACIONES ANDINA*, 11(18).
- García, P., Urrego, J., D'achiardi, R., & Delgado, R. (2004). Hipertensión arterial: diagnóstico y manejo. *UNIVERSITAS MÉDICA*, VOL. 45(Nº 2), 7 8.
- Gómez, M., García, C., & Mondragón, P. (Abril de 2011). Calidad de vida en pacientes que viven con hipertensión arterial sistémica. *REVISTA MEXICANA DE ENFERMERIA MEXICANA*, 19(1), 7.

- Hadad, A. (2012). *Principales problemas cardiovasculares* (Primera ed.). (E. P. Felipe Melgar Cuellar, Ed.) Bolivia: Grupo Editorial La Hoguera.
- Harrison. (2016). *HARRISON, PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA* (19 ed.). Mc Graw Hill.
- Herdmana, M., Badiab, X., & Berraa, S. (15 de Octubre de 2001). El EuroQol-5D: una alternativa sencilla. *CUESTIONARIOS EN ATENCIÓN PRIMARIA*, XXVIII(6), 425.
- Herrera, A., Puldón, G., Díaz, B., & Bacallao, J. (2006). Efectos del alcoholismo crónico sobre la presión arterial y frecuencia cardiaca en ratas adolescentes machos. *Rev Cubana Invest Biomed*, 25(1), 2.
- Ingaramo, R. (Julio de 2007). Diagnóstico, estudio, tratamiento y seguimiento de la HTA. *Guías ed la Sociedad Argentina de la Hipertensión Arterial*.
- Ingaramo, R. A. (s.f.). Hipertensión en el anciano. *Guías de la Sociedad Argentina de Hiertensión Arterial*, 53-54.
- James, P. (2013). *Directriz basada en la evidencia para el Manejo de la HTA*. Journal American Medical Association. Iowa City: PubMed.
- James, P. A. (2013). *Informe de los miembros del panel nombrado miembro del Comité Octava Nacional*. JOURNAL American Medical Association, Iowa City.
- Jiménez, M., Gálvez, N., & Esteban, R. (2006). *TRATADO DE GERIATRÍA PARA RESIDENTE*. MADRID: International Marketing & Communication, S.A. (IM&C). Recuperado el 4 de Abril de 2016
- Majul, C., & Marin, M. (Agosto de 2013). Consenso de Hipertensión Arterial. (H. C. DOVAL, Ed.) *Revista Argentina de Cardiología*, VOL 81.
- Majul, C., & Marin, M. (Agosto de 2013). Consenso de Hipertensión Arterial. (H. C. DOVAL, Ed.) *Revista Argentina de Cardiología*, VOL 81, 68.
- Majul, C., & Marin, M. (Agosto de 2013). Consenso de Hipertensión Arterial. (H. C. DOVAL, Ed.) *Revista Argentina de Cardiología*, VOL 81.
- Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., & Redon, J. (Diciembre de 2013). Hipertensión y Riesgo Vascular. *Guía de práctica clínica de la ESH/ESC para el manejo de la hipertensión arterial (2013)*, Volume 30, 9.
- Mancia, G., Fagart, R., Narkiewicz, K., & Redon, J. (Diciembre de 2013). Guía de práctica clínica de la ESH/ESC para el manejo de la hipertensión arterial (2013). *Hipertensión y riesgo vascular*, 30, 29.
- Mancia, G., Fagart, R., Narkiewicz, K., & Redon, J. (13 de Diciembre de 2013). Hipertensión y riesgo vascular. *Guía de práctica clínica de la ESH/ESC para el manejo de la hipertensión*, 30, 9. Obtenido de <http://www.seh-lelha.org/pdf/Guia2013.pdf>
- Mendoza, F., Ramírez, L., Reyes, A., González, A., Hernández, J., & C., F. (2016). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con trasplante hepático. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, LIV(2), 170.
- OMS. (2013). *Información General Sobre La Hipertensión En El Mundo*. Ginebra: Ediciones Organizacion Mundial De La Salud.

- OMS. (10 de Abril de 2015). Recuperado el 20 de febrero de 2016, de <http://www.who.int/en/http://www.who.int/topics/hypertension/es/>
- OMS. (22 de Marzo de 2016). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/topics/hypertension/es/>
- OPS. (2015). *La Hipertensión Causa 800.000 Muertes Cada Año En América Latina Y El Caribe*. Cuba: Organizacion De Naciones Unidas.
- Penny, E., & Melgar, F. (2012). *Geriatría y Gerontología para el médico internista*. (primera ed.). Bolivia: LA HOGUERA.
- Redondo, A., Guallar, P., Banegas, J., & Rodriguez, F. (Noviembre de 2005). Relación entre la red social y la hipertensión arterial en los ancianos españoles. *REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA*, Vol 58(Núm 11), 70.
- Ribera, J. (2011). *Manual del residente en Geriatría*. (P. GONZALEZ, Ed.) Madrid, España: Ene Life Publicidad S.A. y Editores.
- Rodríguez, R. (18 de Diciembre de 2014). *La mejora de la Calidad de Vida del Paciente en Estadio Terminal*. Artículos Revisión (revisión bibliográfica), Hospital Clínico Quirúrgico Manuel Fajardo., LA HABNA - CUBA.
- Sánchez, R. (2010). Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. *Revista Chilena de Cardiología*, Vol. 29(Nº1), 117.
- Tudela, L. L. (15 de Julio de 2009). La calidad de vida relacionada con la salud. *Atención Primaria*, 41(7), 412-413.
- Urzúa, A. (mar de 2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista médica de Chile*, v.138 (n.3), 360.
- Urzúa, A., & Caqueo, A. (Abril de 2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, Vol. 30(Nº1), 62.
- Valenzuela, A. (Diciembre de 2010). EL CAFÉ Y SUS EFECTOS EN LA SALUD CARDIOVASCULAR Y EN LA SALUD MATERNAL. *Revista Chilena de Nutrición*, 37(4), 516.
- Verdugo, M., Gomez, L., & Arias, B. (Octubre de 2009). Evaluación de la calidad EN LOS ADULTOS MAYORES. (I. U. Comunidad, Ed.) *La Escala FUMAT*, 13.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. G., & Montoya, L. (Junio de 2007). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión leve. *REVISTA DIVERSITAS*, Vol. 3(No. 2), 206.
- Ware, J. E. (s.f.). *SF-36.org*. Recuperado el 7 de Abril de 2016, de SF-36.org: <http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml>
- Weschenfelder, D., & Gue, J. (Abril de 2012). Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la familia. *Enfermería Global*(26), 349.

CAPITULO V

PROPUESTA

TITULO

Socialización de los resultados de la investigación ante el personal de apoyo y autoridades del centro gerontológico “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” de Portoviejo.

JUSTIFICACIÓN

Una vez que se ha realizado el trabajo investigativo, se logró identificar problemas de salud asociados a la hipertensión arterial una de las enfermedades catalogadas como catastróficas que en la actualidad presenta altos índice de morbimortalidad e incapacidad y afecta cada vez más a la población adulta mayor, por ello es de vital importancia neutralizar los factores de riesgo que disminuyen significativamente la calidad de vida, el bienestar emocional, psicológico, ante esta situación y queriendo contribuir de algún manera con esta población nos encaminamos a presentar una propuesta para ellos.

FUNDAMENTACIÓN

En el centro gerontológico “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” de Portoviejo la hipertensión arterial es una de las patologías más frecuente y (Gómez, García, & Mondragón, 2011) afirman que la hipertensión arterial sistémica (HAS), constituye un problema grave de salud pública en el mundo; el tratamiento y el control de la enfermedad han logrado prolongar la vida de millones de personas; sin embargo, el cuidado no sólo debe enfocarse a retrasar la muerte, sino a promover la salud y la calidad de vida (CV) de las personas que viven con hipertensión arterial sistémica. Este problema de salud ha provocado efectos graves debido a los altos índices de incapacidad y/o invalidez que produce, ya que cada vez se registra más esta entidad clínica de magno impacto.

El control de la presión arterial (PA) en niveles por debajo de 140/90 mm/Hg reduce la morbilidad y mortalidad atribuidas a la HAS; al ocurrir una disminución de PA aumenta la CV. La CV es un concepto indispensable para el desarrollo del individuo con una enfermedad crónica; medirla representa un problema social por las características de diversos estudios, en su mayoría ensayos clínicos para el impulso de fármacos individuales, los cuales hacen hincapié en el control de la PA, pero con un mínimo interés en los efectos adversos que provocan éstos en la CV de los pacientes.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Difundir información sobre los factores de riesgo de la hipertensión arterial y su repercusión en la calidad de vida de los adultos mayores

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Demostrar la importancia del diagnóstico y tratamiento oportuno, diario y continuo en la hipertensión arterial.

Señalar las medidas preventivas y complicaciones de la hipertensión arterial.

Difundir el concepto de calidad de vida.

BENEFICIARIOS

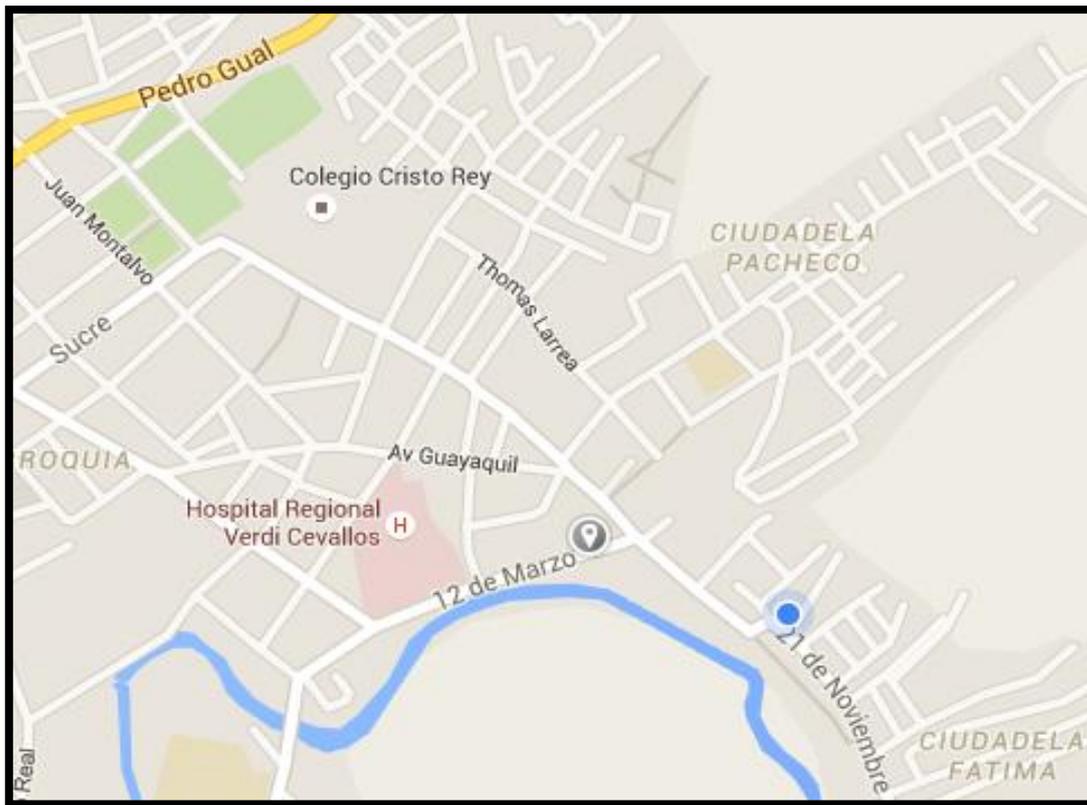
Autoridades, licenciadas en enfermería y personal de apoyo, y adultos mayores asilados en el centro gerontológico “Guillermina Llor de Moreno” de Portoviejo.

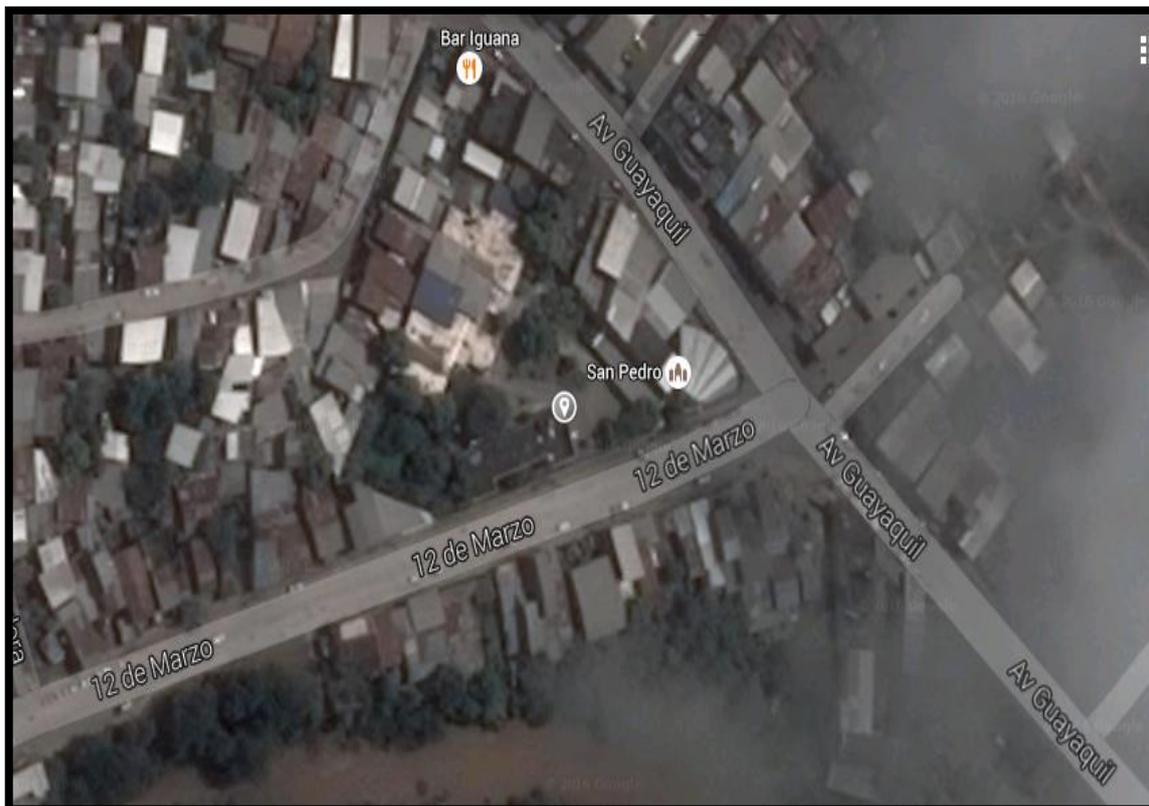
.RESPONSABLES

Los responsables de llevar acabo esta propuesta son los egresados de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela de medicina; Sres. Jiménez Arboleda Luis Orlando y Saltos Arteaga Fernando Enrique.

UBICACIÓN SECTORIA Y FISICA

La propuesta se llevó acabo en las instalaciones del centro gerontológico “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” de Portoviejo, en la elaboración del programa educativo en forma de tríptico dirigido a los usuarios, licenciadas y autoridades de dicho centro ubicado en la calle 12 de marzo y avenida Guayaquil.





FACTIBILIDAD

Esta propuesta es factible, ya que en el centro gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” de Portoviejo, se encuentra una alta prevalencia de adultos mayores diagnosticados con hipertensión arterial, afectando de manera directa su calidad de vida, por lo tanto se darán a conocer las condiciones que empeoran la calidad de vida de los asilados con hipertensión arterial si no es diagnosticada y tratada a tiempo, Además se contó con la colaboración de las autoridades de esta entidad, para informar mediante charlas educativas los resultados de la investigación.

ACTIVIDADES

Charlas educativa a las autoridades, licenciadas en enfermería y personal de apoyo

Entrega de trípticos que permita conocer cómo mejorar la calidad de vida.

RECURSOS HUMANOS

Licenciadas

Pacientes.

Investigadores.

MATERIALES

Trípticos.

Computador.

INFRAESTRUCTURA

Instalaciones del centro gerontológico “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” de Portoviejo.

CARACTERISTICAS DE LA PROPUESTA.

ACTIVIDADES.

Exposición de los factores desencadenantes para el desarrollo de hipertensión arterial.

Exposición de cómo llevar una dieta saludable.

Elaboración y entrega de hojas volantes que contiene información de que es la hipertensión arterial, medidas preventivas, factores desencadenante, tratamiento y afectación en la calidad de vida.

CONTENIDO TEMÁTICO.

¿Qué es la hipertensión arterial?

¿Cuáles son los signos y síntomas?

¿Cuáles son los factores de riesgo?

¿Cómo se realiza el diagnóstico?

¿Cómo es la correcta alimentación del paciente hipertenso?

Tratamiento.

CRONOGRAMA DE CHARLAS

ACTIVIDADES	AGOSTO			
	1	2	3	4
Elaboración de la propuesta				
Presentación de la propuesta				
Exposición de Hipertensión Arterial				
Entrega de trípticos.				

IMPACTO

Con esta propuesta se pretendió que los adultos mayores, y personal que labora en el centro gerontológico conozcan de la hipertensión arterial y sus riesgos de padecerla para que de esta manera tomen las precauciones necesarias y puedan mejorar su calidad de vida.

PRESUPUESTO

ITEMS	VALOR
Copias a color	15 usd
Impresiones	20 usd
Proyector	25 usd
Transporte	20 usd
Total	80 usd

EVALUACIÓN.

La charla educativa se llevó a cabo el día de 19 de agosto del 2016 en el salón común del centro gerontológico a las 10h00 contando con la participación de los adultos mayores y personal administrativo, además se hizo entrega de trípticos a personal de enfermería y administrativo del centro gerontológico Guillermina Llor de Moreno. Por lo tanto estamos conscientes de haber ayudado brindando la información necesaria y respondiendo inquietudes que fortalecerán el conocimientos de los adultos mayores acerca de lo que es la hipertensión arterial, factores de riesgo, tratamientos, nutrición y afectación en la calidad de vida.

ANEXOS

ANEXO



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
CONSENTIMIENTO INFORMADO



De la manera más respetuosa, nosotros los investigadores, le informamos que estamos realizando una encuesta sobre Calidad de vida en adultos mayores hipertensos.

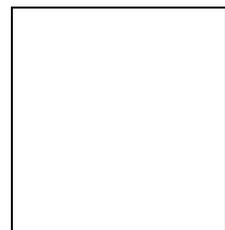
La cual nos permitirá recolectar datos de usted, que aportará de manera útil a nuestro trabajo investigativo. Este tipo de estudio se realiza para poder determinar datos estadísticos actuales de adultos mayores hipertensos.

Su participación es completamente voluntaria, si su respuesta es negativa no le causara ningún inconveniente con el servicio que actualmente está solicitando. Lea la nota la información que se le ofrece en este documento y conteste todas las preguntas, si necesita ayuda en alguna de las preguntas, solicítela al investigador que se la explique, antes de tomar una decisión.

A continuación, firme o coloque su huella del dedo pulgar de la mano izquierda y su número de cédula para autorizar la realización de la presente encuesta.

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

FIRMA:



Huella dactilar



UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA



ENCUESTA DIRIGIDA A LA RECOLECCIÓN DE DATOS DE PACIENTES ADULTOS MAYORES QUE SE ASILAN EN EL CENTRO GERONTOLÓGICO “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” DE PORTOVIEJO CON EL FIN DE DETERMINAR LA REPERCUSIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA EN ESTOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ENERO – JUNIO 2016.

ENCUESTA

Estimado sr/a lector le solicito de manera más sincera responda el siguiente cuestionario, sus respuestas contribuirán al mejoramiento de la calidad de vida, para el desarrollo institucional y social.

Marque una sola respuesta.

Esta encuesta tiene el objetivo de:

Determinar la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial que se encuentran asilados en centro gerontológico Guillermina Loor de Moreno.

DATOS GENERALES:

EDAD: ()

GÉNERO: ()

FEMENINO	MASCULINO

¿CUÁL ES SU RAZA?

AFROECUATORIANA	BLANCA	MESTIZA	INDÍGENA

¿CUÁL ES SU ESTADO CIVIL?

SOLTERO	CASADO	DIVORCIADO	VIUDO

¿CUAL ZONA DOMICILIARIA?:

URBANO	RURAL

¿CUAL ES SU NIVEL DE INSTRUCCIÓN?

PRIMARIO	SECUNDARIO	SUPERIOR	ANALFABETO

¿CUAL ES SU PESO, TALLA, IMC Y A QUE CATEGORIA PERTENECE?

PESO	TALLA	IMC	CATEGORÍA

1) ¿CONSUME UD. BEBIDAS QUE CONTENGAN CAFEÍNA?

SIEMPRE	A VECES	NUNCA

2) ¿CONSUME UD. BEBIDAS QUE CONTENGAN ALCOHOL?

SIEMPRE	A VECES	NUNCA

3) ¿CONSUME UD. ALIMENTOS RICOS EN GRASAS SATURADAS?

SIEMPRE	A VECES	NUNCA

4) ¿CONSUME UD. TABACO?

SIEMPRE	A VECES	NUNCA

5) ¿CONSUME UD. ALIMENTOS RICOS EN CLORURO DE SODIO (SAL)?

SIEMPRE	A VECES	NUNCA

6) ¿HA SIDO UD. DIAGNOSTICADO CON ALGUNA OTRA PATOLOGÍA? SEÑALE CUAL.

DIABETES MELLITUS	HIPERTIROIDISMO	INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	OTRA

7) DETERMINE CON AYUDA DEL ENTREVISTADOR SU PRESIÓN ARTERIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE LAS GUÍAS EUROPEAS ESH /ESC 2013.

TENSIÓN ARTERIAL	CATEGORÍA

CUESTIONARIO DE SALUD EUROQOL –5D PARA MEDIR LA CALIDAD DE VIDA.

SEÑALE UNA SOLA RESPUESTA

8) Con respecto a la MOVILIDAD.

No tengo problemas para caminar.	1	
Tengo algunos problemas para caminar.	2	
Tengo que estar en la cama	3	

9) Con respecto al **CUIDADO PERSONAL**.

No tengo problemas con el cuidado personal.	1	
Tengo algunos problemas para lavarme y vestirme	2	
Tengo que estar en la cama	3	

10) Con respecto a las **ACTIVIDADES COTIDIANAS**.

No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas	1	
Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas.	2	
Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas	3	

11) Con respecto al **DOLOR / MALESTAR**.

No tengo dolor ni malestar.	1	
Tengo moderado dolor y malestar.	2	
Tengo mucho dolor o malestar	3	

12) Con respecto a la **ANSIEDAD Y DEPRESIÓN**.

No estoy ansioso ni deprimido.	1	
Estoy moderadamente ansioso o deprimido.	2	
Estoy muy ansioso o deprimido.	3	

Riesgos de ser hipertenso |

- Un infarto al miocardio
- Trombosis de arterias cerebrales
- Hemorragia intracerebral
- Daño renal irreversible
- Compromiso de las arterias de las piernas y afecciones serias de la retina que conducen a la pérdida de la visión

No debe dejar el tratamiento

Cuando la TENSIÓN se normaliza aunque usted se encuentra bien



Adulto mayor:

Persona mayor de 60 años, que por su deterioro físico, cognitivo e independencia necesitan ser tratados como población vulnerable y su calidad de vida tiende a verse afectada.

¿Qué es la calidad de vida?

La calidad de vida (CV) es una valoración global que realiza el individuo en las que considera las variables físicas, psicológicas y sociales. Muchas veces, la evaluación que se realice sobre la CV dependerá dos factores, uno es el objetivo de la evaluación y el segundo, el grupo al que se evalúa.



ESCUELA DE MEDICINA

TEMA:

HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES



RESPONSABLES:

JIMENEZ ARBOLEDA LUIS ORLANDO
SALTOS ARTEAGA FERNANDO ENRIQUE

HIPERTENSIÓN

La hipertensión causa que el corazón se esfuerce más de lo normal para poder bombear sangre a todos los tejidos del organismo. Esto incrementa la probabilidad de que se dañen las arterias o el corazón.



Hipertensión arterial es la elevación sostenida de las cifras de presión arterial igual o superior a 140/90 mm/Hg.

Es una **enfermedad** crónica, Es decir, para toda la **vida**.

Los **valores normales** de presión arterial son por debajo de **140/90 mm Hg**

Las **personas hipertensas**, tienen cifras de presión arterial superiores a **140 (sistólica)** y **90 (diastólica)** milímetros de mercurio.



¿Qué factores favorecen la aparición de la hipertensión?

Obesidad
Consumo de **T**abaco
Diabetes
Colesterol elevado
Sedentarismo
Consumo **e**xcesivo de Sal

Consumo de Alcohol
Antecedentes familiares



SINTOMAS

Dolor de cabeza, falta de aire, mareos, visión borrosa que puede estar acompañada de zumbidos, debilidad, sangrado de la nariz, palpitaciones y hasta pueden ocurrir desmayos.

Foto N.1



Foto N.2



TOMA DE VALORES DE TENSIÓN ARTERIAL A LOS ADULTOS
MAYORES.

Foto N.3

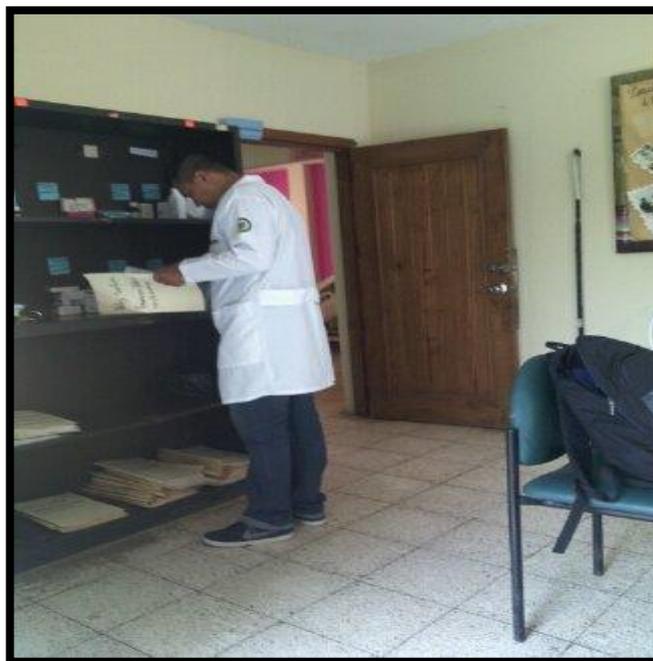


Foto N.4



RECOLECCIÓN DE DATOS EN EL ÁREA DE ESTADISTICA DEL CENTRO GERONTOLÓGICO GULLERMINA LOOR DE MORENO DE PORTOVIEJO.

Foto N.5



Foto N.6



PARTICIPANDO EN LA CHARLA MÉDICO - EDUCATIVA

Foto N.7



PARTICIPANDO EN LA ENCUESTA Y APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE SALUD EUROQOL - 5D.