



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**ESTILOS DE VIDA QUE INCIDEN EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE
LOS ADULTOS MAYORES DEL HOGAR CRISTO REY, CUENCA, 2013**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTORAS: DORA SILVIA PAÑI PARAPI
MÓNICA PATRICIA PAGUAY TACURI
MARÍA NÉLIDA QUITO TENECOTA**

DIRECTORA: MGS. AYDEÉ NARCISA ANGULO ROSERO

ASESORA: MGS. ADRIANA ELIZABETH VERDUGO SÁNCHEZ

CUENCA - ECUADOR

2014

RESUMEN

Antecedentes: La Hipertensión es un problema de salud pública que genera altos costos financieros con gran dependencia de la farmacoterapia múltiple y complicaciones de carácter letal.

Objetivo: El presente estudio identificó los estilos de vida que inciden en la Hipertensión Arterial de los Adultos Mayores alojados en el Hogar Cristo Rey, Cuenca, 2013.

Métodos y Materiales: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal; se trabajó con una población finita de 120 adultos mayores. El marco muestral lo constituyeron 111 adultos mayores; como técnica se utilizó la entrevista y como instrumento un formulario semi estructurado y elaborado por las autoras. Los datos fueron ingresados en Excel 2003, para su respectiva tabulación y análisis estadístico.

Resultados: Se determinó que 40,54% de adultos presentan Hipertensión Arterial; 11,71% padece de HTA más diabetes; 34,23% su edad comprende entre 81 y 90 años y son del Azuay. El 66,7% son mujeres; 54.95% realizan actividades a veces como paseos, manualidades y bailes; 22.52% no realiza ninguna actividad por discapacidad física y 22.52% siempre realiza actividades de baile, paseos y manualidades.

Conclusión: Los adultos mayores desarrollaron la hipertensión arterial como consecuencia de estilos de vida. Los factores que influyeron es el sedentarismo; 22,52% de ellos no realizan actividades físicas; 12,61% han consumido cigarrillo; 17,12% han consumido alcohol durante su vida, por lo cual desarrollaron la enfermedad en algunos casos complicaciones como la diabetes 10,81% y problemas renales 3,60%. El 38,7% son hipertensos y tienen tratamiento farmacológico monitoreado por el médico de la institución.

PALABRAS CLAVES: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, FACTORES SOCIOECONÓMICOS, ADULTO MAYOR, ESTILOS DE VIDA, ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

ABSTRACT

Background: Hypertension is a public health problem that generates high financial costs with heavy reliance on multiple drug therapy and complications of lethality.

Objective: This study identified lifestyles affecting Hypertension of staying Aging at Home Cristo Rey, Cuenca, 2013.

Materials and Methods: A descriptive cross-sectional study was performed , we worked with a finite population of 120 older adults. The sampling frame was constituted by 111 older adults , as the interview technique was used as a semi- structured instrument developed by the authors below. Data were entered in Excel 2003 to their respective tabulation and statistical analysis.

Results: The investigation determined that 40.54% of older adults have Hypertension; 11.71 % suffer from hypertension plus diabetes, comprising 34.23 % age between 81 and 90 years and are the Azuay. 66.7% are women; 54.95% active at times as walks, crafts and dances, 22.52 % have no activity for 22.52 % physically disabled and always carries out dancing, rides and crafts.

Conclusion: Older adults developed hypertension as a result of lifestyles. Factors influencing is sedentary, 22.52% of them do not perform physical activities, 12.61% have used cigarettes, 17.12% have consumed alcohol during their lifetime, so they developed the disease in some cases leading to complications like diabetes and kidney problems 10.81% 3.60%. After measurement and assessment of blood pressure and 38.7 % are hypertensive drug treatment are monitored by the prison doctor.

KEYWORDS: HYPERTENSION, SOCIO-ECONOMIC FACTORS , ELDERLY, LIFESTYLES , NURSING STUDENTS

CONTENIDO

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
CONTENIDO	4
DEDICATORIA	7
AGRADECIMIENTO	16
CAPÍTULO I	18
1.1 INTRODUCCIÓN	18
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
1.3 JUSTIFICACIÓN	23
CAPÍTULO II	27
2. MARCO TEÓRICO	27
2.1 EL ENVEJECIMIENTO	27
2.1.1 FISIOLÓGÍA DEL ENVEJECIMIENTO	29
2.1.2 CARACTERÍSTICAS DEL ENVEJECIMIENTO	31
2.1.3 FACTORES DEL ENVEJECIMIENTO	32
2.1.4 TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO	32
2.1.5 TEORIAS ESTOCASTICAS	32
2.1.6 TEORIAS NO ESTOCASTICAS	33
2.1.7 TEORIAS ESTOCASTICAS	33
2.1.8 TEORÍAS NO ESTOCÁSTICAS (Genéticas y del desarrollo)	34
2.1.9 ESTILOS DE VIDA	35
2.1.10 DIETA SALUDABLE	37
2.1.11 BENEFICIOS DE REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA EN LA TERCERA EDAD	39
2.2 PRESIÓN ARTERIAL	42
2.2.1 CONCEPTO	42
2.2.2 TIPOS	42
2.2.3 GASTO CARDIACO (GC)	43
2.2.4 RESISTENCIA PERIFÉRICA TOTAL (RPT)	43
2.2.5 SISTEMAS DE CONTROL	44
2.2.6 PAPEL DEL SISTEMA NERVIOSO EN EL CONTROL RÁPIDO DE LA PRESIÓN ARTERIAL	45

2.2.7 REFLEJO BARORRECEPTOR O PRESORRECEPTOR	46
2.2.8 MECANISMO DE LOS QUIMIORRECEPTORES	46
2.2.9 RESPUESTA ISQUEMICA DEL SNC.....	47
2.2.10 VASOCONTRACTOR RENINA – ANGIOTENSINA.....	47
2.2.11 FUNCIONES DEL SISTEMA RENINA ANGIOTENSINA.....	48
2.2.12 MECANISMO VASOCONTRACTOR NORADRENALINA- ADRENALINA	48
2.2.13 MECANISMO VASOCONTRACTOR DE LA VASOPRESINA	48
2.2.14 SISTEMA RENINA ANGIOTENSINA ALDOSTERONA EN EL CONTROL A LARGO PLAZO DE LA PRESIÓN ARTERIAL	49
2.2.15 TOMA DE PRESIÓN ARTERIAL	49
2.3 HIPERTENSIÓN ARTERIAL	53
2.3.1 ANTECEDENTES.....	53
2.3.2 CONCEPTO.....	53
2.3.3 EPIDEMIOLOGÍA	54
2.3.4 ETIOLOGÍA.....	54
2.3.5 CLASIFICACIÓN	57
2.3.6 FISIOPATOLOGÍA.....	58
2.3.7 MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS	58
2.3.8 SIGNOS Y SÍNTOMAS.....	59
2.4 DIAGNÓSTICO	60
2.4.1 FACTORES DE RIESGO	61
2.4.2 COMPLICACIONES	62
2.4.3 EXAMENES COMPLEMENTARIOS.....	63
2.4.4 TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	64
2.4.5 NUTRICION EQUILIBRADA.....	65
2.5 RECOMENDACIONES NUTRICIONALES	67
2.5.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	69
2.5.2 MEDICAMENTOS ANTIHIPERTENSIVOS.....	70
2.5.3 RECOMENDACIONES DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	73
CAPÍTULO III.....	76
3. MARCO REFENCIAL	76

3.1 DATOS GENERALES	76
3.2 HISTORIA	77
CAPÍTULO IV.....	79
4. OBJETIVOS	79
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	79
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	79
CAPÍTULO V.....	80
5. DISEÑO METODOLÓGICO	80
5.1 TIPO DE ESTUDIO	80
5.2 UNIVERSO.....	80
5.3 LEVANTAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	80
5.4 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	81
5.5 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES.....	82
5.6 TÉCNICAS	83
5.7 INSTRUMENTOS.....	83
5.8 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	84
5.9 IMPLICACIONES ÉTICAS	85
CAPÍTULO VI.....	86
6. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	86
CAPÍTULO VII.....	108
7. CONCLUSIONES.....	108
CAPÍTULO VIII.....	110
8.1 RECOMENDACIONES	110
8.2 GLOSARIO DE ABREVIATURAS	111
8.3 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	112
8.4 ANEXOS	116
8.4.1 Anexo 1. OPERALIZACIÓN DE VARIABLES.....	116
8.4.2 Anexo 2.....	118
8.4.3 Anexo 3.....	120
8.4.4 Anexo 4.....	121
8.4.5 Anexo 5.....	122



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Dora Silvia Pañi Parapi, autora de la tesis "PROYECTO DE INVESTIGACIÓN. ESTILOS DE VIDA QUE INCIDEN EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HOGAR CRISTO REY, CUENCA, 2013". Reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Enero del 2014



Dora Silvia Pañi Parapi

CI. 010347375-7

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Mónica Patricia Paguay Tacuri, autora de la tesis "PROYECTO DE INVESTIGACIÓN. ESTILOS DE VIDA QUE INCIDEN EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HOGAR CRISTO REY, CUENCA, 2013" Reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Enero del 2014



Mónica Patricia Paguay Tacuri

CI. 030267754-7

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, María Nélda Quito Tenecota, autora de la tesis "PROYECTO DE INVESTIGACIÓN. ESTILOS DE VIDA QUE INCIDEN EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HOGAR CRISTO REY, CUENCA, 2013". Reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Enero del 2014



María Nélda Quito Tenecota

C.I. 010226667-3

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Dora Silvia Pañi Parapi, autora de la tesis "PROYECTO DE INVESTIGACIÓN. ESTILOS DE VIDA QUE INCIDEN EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HOGAR CRISTO REY, CUENCA, 2013" certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Enero del 2014



Dora Silvia Pañi Parapi

CI. 010347375-7

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Mónica Patricia Paguay Tacuri, autora de la tesis "PROYECTO DE INVESTIGACIÓN. ESTILOS DE VIDA QUE INCIDEN EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HOGAR CRISTO REY, CUENCA, 2013" certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Enero del 2014



Mónica Patricia Paguay Tacuri

CI. 030267754-7

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, María Nélide Quito Tenecota, autora de la tesis "PROYECTO DE INVESTIGACIÓN. ESTILOS DE VIDA QUE INCIDEN EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HOGAR CRISTO REY, CUENCA, 2013" certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Enero del 2014



María Nélide Quito Tenecota

CI. 010226667-3

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación realizado con dedicación, esfuerzo y perseverancia, dedico primeramente a dios y la virgencita del cisne por estar siempre dirigiéndome en todo momento

A mis queridos padres: Rosario Parapi Federico Pañi que desde cielo me guían y nos cuida para no dejarnos vencer, mi querido esposo Aníbal y mis queridos 4 hijos, mis hermanos/as, por su comprensión, paciencia, apoyo moral y económico brindado en todos los momentos de estudio. A mis compañeros, amigos, amigas de estudio y trabajo fuentes de inspiración en todo momento de mis estudios.

Dora Pañi

DEDICATORIA

A Dios y a la Virgen de la Nube que pusieron en mi camino, en el momento justo y oportuno a sus ángeles terrenales que con su apoyo afectivo y espiritual, me enseñaron a ser perseverante y luchadora; ello me impulsó a hacer efectivo mi propósito, que hoy lo he conseguido con esfuerzo y esmero y del cual me siento dichosamente honrada de ser una enfermera. Mi sentimiento de gratitud infinita a mi familia especialmente a mi madre Sonia, mis dos hermanos Leonardo y Mariela por haberme brindado su apoyo quienes fueron el pilar fundamental para conseguir la meta propuesta.

Mónica Paguay

DEDICATORIA

Este proyecto de tesis dedico en primer lugar a Dios por ser quien ha estado a mi lado dándome sabiduría y las fuerzas necesarias para continuar luchando día tras día y seguir adelante.

A mis padres, mis hermanas quienes me apoyaron para salir adelante, a mi esposo gracias por el apoyo incondicional que he recibido de ti, para que mis sueños se hayan plasmado en una realidad, a mis cuatro hijas queridas, que son el pilar de mi vida, gracias por su comprensión, sobre todo ese gran amor, que me transmiten cada día cuando yo más lo he necesitado.

María Quito

AGRADECIMIENTO

Primeramente, gracias a Dios por poner en nuestro camino a las personas e instituciones que han participado en este trabajo y a quienes queremos expresar nuestro reconocimiento y gratitud:

De manera muy especial queremos agradecer a nuestra Directora: LCDA. AYDEÉ ANGULO ROSERO por sus aportes invaluable, su oportuna orientación, disponibilidad y respaldo la más sincera gratitud hacia ella.

A nuestra Asesora: MGT.LCDA. ADRIANA VERDUGO SÁNCHEZ, para ella nuestra gratitud por ser una gran maestra ejemplar, persona y amiga quien gracias a su confianza y conocimientos en todo momento nos brindó su valiosa colaboración y apoyo e hizo permisible nuestra intervención en el proyecto de investigación “ESTILOS DE VIDA QUE INCIDEN EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HOGAR CRISTO REY, CUENCA, 2013”; lo cual permitió a los adultos mayores, beneficiarse de las actividades realizadas en la institución, los programas de alimentación saludable elaborados.

A la Hermana ROSA RUÍZ, directora de la comunidad Hogar Cristo Rey de las hermanas de los Ancianos Desamparados de la ciudad de Cuenca. Al personal de enfermería.

A la Licenciada KATY DELGADO: Trabajadora Social del Hogar Cristo Rey, un cordial agradecimiento por haber sido la principal portadora en promover nuestra planificación, y la colaboración con todas las actividades que realizamos en esta institución social.

Al personal que labora en la institución; por haber colaborado y facilitado el espacio físico para el desarrollo de las actividades.

A cada uno de los adultos mayores, por abrimos las puertas de sus corazones y por su entusiasmo, cordialidad y confianza depositada en nosotras.

LAS AUTORAS

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

“La Hipertensión Arterial constituye el principal obstáculo en la prolongación de la vida. Está considerada la más frecuente en la comunidad, por lo que se le concibe como un padecimiento casi generalizado”.¹

La Hipertensión Arterial es una enfermedad que ha alcanzado notable importancia en los últimos años, con una tasa de prevalencia del 15-25% en la mayoría de los países occidentales, es un factor de riesgo mayor, y por lo tanto la observación epidemiológica, estudios experimentales han permitido determinar una serie de factores que se encuentran estrechamente relacionados con: edad, sexo, herencia, raza, consumo de sal, obesidad, exceso de alcohol, tabaquismo.²

Existen determinantes sociales, económicos, culturales como: la globalización, urbanización, pobreza, envejecimiento de población, hábitos de consumo inapropiados de carbohidratos, exceso de sodio, posiblemente estrés y antecedentes de padres o familiares cercanos que tuvieron Hipertensión Arterial.

Los cambios en los estilos de vida, como la reducción del peso, aumento de la actividad física, modificaciones de la dieta, pueden ser de valor, sin necesidad de recurrir al tratamiento farmacológico. La obesidad no solo es la causa ambiental más común de hipertensión, sino que favorece la aparición de la dislipidemia y diabetes.³ La enfermedad hipertensiva al no tratarse, origina muchas enfermedades degenerativas. A menudo se denomina “asesina silenciosa” reconociendo esta enfermedad por las lesiones de los órganos

¹ V Esquivel Solís. Disponible. www.scielo.sa.cr/scielo.php?Pid=S1409-14292010000100008...sci...de- 2010.

² Smiba - Prevalencia de Hipertensión Arterial y Factores de disponible:
www.smiba.org.ar/revista/vol_04/04_06.htm 20/11/2013

³ scielo. Disponible:
www.scielo.org.pe/scielo.php?Pid=s1728-59172006000200004. Vidalon Fernandez, A. (agosto de 2006). 20/11/2013

diana. Pocas personas presentan síntomas, siendo el síntoma primario la cefalea, entre otros. Se considera la enfermedad, de mayor prevalencia e incidencia, ya que alrededor del 15% de la población mundial está diagnosticada como hipertensa y el 30% de la misma padece esta entidad, en virtud que las personas hipertensas pueden no presentar síntomas durante años; aunque no se dispone de curación, la prevención y el tratamiento reducen tanto la frecuencia como las complicaciones de esta enfermedad y sus secuelas.⁴

En las últimas décadas, ha sido evidente el proceso de transición que se ha dado en los patrones alimentarios, que junto a la disminución progresiva de la actividad física, contribuyen a la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, como es la hipertensión arterial.⁵

El proceso investigativo, se divide en objetivos generales y específicos, que sirvieron de base para la ejecución del estudio, de igual forma se describen los beneficios, las limitaciones, las barreras y obstáculos que surgieron en el desarrollo del estudio. El marco teórico conceptual describe el desarrollo de la base teórica que sustenta la investigación.

En cuanto al tratamiento debe individualizarse en relación a la edad del paciente, causa y severidad del padecimiento. No está indicado el inicio del tratamiento farmacológico si la hipertensión arterial no está establecida. No se ha demostrado que hipertensos leves tratados farmacológicamente tengan mejor pronóstico debiendo tener en cuenta los efectos secundarios del tratamiento antihipertensivo.

⁴-Análisis - Instituto Nacional de Estadística y Censos ,Disponible:
[Www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis8.pdf](http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis8.pdf) 19/11/2013

⁵**crónicas. Disponible.**
whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_916_spa.pdf 12/11/2013

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertensión arterial no es solo una enfermedad, sino que constituye un factor de riesgo establecido para muchas enfermedades de mayor letalidad que afectan al individuo y a grandes poblaciones, como tal es uno de los más importantes factores pronósticos de la esperanza de vida.

Su control es un punto de partida para la disminución de la morbilidad y mortalidad debido a diferentes afecciones tales como las enfermedades cerebrovasculares, cardiopatías isquémicas, insuficiencia cardíaca entre otras. Actualmente la cifra de personas afectadas de hipertensión arterial en el mundo es de 691 millones; su prevalencia en la mayoría de los países se encuentra entre el 15 y 30%⁶

En el Ecuador, según el Estudio de Prevalencia de Hipertensión Arterial, tres de cada 10 personas son hipertensas. No obstante, un estudio sobre los casos de esta enfermedad registrados entre los años 1998 y 2007, elaborado por el Ministerio de Salud Pública, refleja el nocivo avance de la enfermedad en un 40%. Según el estudio epidemiológico, en el año 2007, la cifra se triplicó con respecto al año 1998, y 67.570 personas padecieron la afección, que en un 80% se asocia con el sobrepeso y la diabetes.⁷

Las estadísticas del MSP e INEC (2010), indican que en el Ecuador existen aproximadamente 14'483.499 de habitantes, de los cuales el 46% de la población sufre Hipertensión Arterial asociada con la diabetes, el 15% de esta población se sabe hipertensa, y solo el 25% de casos reciben tratamiento. Con relación a los datos estadísticos de la provincia del Azuay se considera que la Hipertensión Arterial se ubica en el tercer lugar dentro de las diez primeras causales de morbilidad en el 2010.⁸

⁶ Relación del *nivel* de conocimiento y actitud de prevención de la...
[uploadss.s3.amazonaws.com/trabajodemetodologiadelainvestigacioncore](https://s3.amazonaws.com/trabajodemetodologiadelainvestigacioncore)

⁷ **Hipertensión arterial avanza hasta un 40% en el...** - Metro Ecuador
www.metroecuador.com.ec/.../8209-hipertension-arterial-avanza-hasta-u.

⁸ INEC, M. (- de - de 2010). Disponible. www.inec.gov.ec.

En el Cantón Cuenca, según estadísticas de INEC 2009 las causas de mortalidad es la Diabetes e Hipertensión Arterial que ocupan el primer y cuarto lugar respectivamente, las personas que padecieron la afección fue en un 80% asociada con el sobrepeso y diabetes.⁹

El Dr. Santiago García, Presidente de la Sociedad Ecuatoriana de Cardiología, indica *“que la alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares está marcada por 6 factores de riesgo: tabaco, presión arterial alta, diabetes, colesterol alto, obesidad, niveles de estrés y la ausencia de factores protectores: ejercicio físico y hábitos en la ingesta de alimentos.”*¹⁰

Se conoce científicamente que la dieta guarda relación directa con la etiología de la Hipertensión como es el caso del sodio y potasio. El potasio participa en la secreción de insulina, en el metabolismo de los carbohidratos y en la síntesis de proteínas, además es el principal factor determinante en la excitabilidad muscular y neuronal. Por lo tanto el balance de sodio y potasio es alterado, por lo que pueden desarrollar diversas condiciones patológicas. Estudios clínicos, han determinado que una dieta baja en potasio (10 a 16 mEq por día) en personas con una dieta habitual de sodio de entre 120 y 200 mEq diarios, produce retención de sodio y elevación de la presión arterial.¹¹

La alimentación juega un papel fundamental en la prevención y control de la hipertensión. Una alimentación equilibrada, combinada con un programa de ejercicio habitual, de acuerdo a las características de cada persona y cambios de hábitos vitales que eliminen los tóxicos y reduzcan el estrés, pueden solucionar muchos problemas de hipertensión.

⁹ INEC. (- de - de 2009).Disponible. www.inec.gov.ec.

¹⁰ Dr. García Santiago (Cardiólogo).Disponible. Incidencia y medidas preventivas de hipertensión arterial en UPSE upse.edu.ec/.../84-incidencia-y-medidas-preventivas-de-hipertension-arte... año 2008.

¹¹ Equilibrio sodio potasio en la regulación de la presión arterial 01/02/2012 .Disponible. www.mednet.cl > de LH Zárate – 2012.

Motivados por investigar este tema, acudimos al Hogar Cristo Rey, de la ciudad de Cuenca, a fin de identificar los estilos de vida que inciden en la Hipertensión Arterial de los adultos mayores.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Los estudios Epidemiológicos han señalado como primera causa de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados a la enfermedad cardiovascular total que incluye Enfermedad Cerebro Vascular (ECV), Enfermedad Coronaria (EC), Enfermedad Arterioesclerótica (EA) y la enfermedad renal siendo la Hipertensión Arterial (HTA) el factor de riesgo más importante para el desarrollo de éstas. La HTA afecta alrededor del 20% de la población adulta en la mayoría de los países generando el mayor número de consultas y hospitalizaciones en la población adulta. La HTA afecta aproximadamente 1 billón de personas en el mundo. El estudio de Framingan sugirió que individuos normo tensos de 55 años tienen un riesgo del 90% de desarrollar hipertensión.

La HTA es el factor de riesgo más importante para la enfermedad cerebro vascular a menudo, se asocia con otros factores de riesgo bien conocidos como la dieta, elevación de lípidos sanguíneos, obesidad, tabaquismo, diabetes mellitus e inactividad física (sedentarismo).

Las personas con hipertensión tienen de dos a cuatro veces más riesgo de presentar enfermedad coronaria (EC) así mismo, la reducción de 5-6 mm Hg en la presión arterial disminuye de 20 -25% el riesgo de EC. Sin embargo cuando aumenta en 7.5 mm Hg la presión diastólica, se incrementa de 10 a 20 veces el riesgo de accidente cerebro vascular (ACV) y el control de la presión arterial disminuye en 30-50% la incidencia de ACV.¹²

En el Asilo Cristo Rey en el año 2012, 100 de los 120 adultos mayores padecen de Hipertensión Arterial ocupando el primer lugar con respecto a otras patologías.

¹² Guía de atención de la hipertensión arterial –Disponible.
www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias13.pdf

La atención primaria de Salud integra la participación de la familia y comunidad en el tratamiento del paciente hipertenso, promocionando la Salud mediante la modificación de los estilos de vida, para de esta manera mejorar su calidad de vida y evitar complicaciones futuras.

Mientras que la Prevención secundaria se basa en el diagnóstico y detección precoz de la patología antes mencionada con el objetivo de disminuir la tasa de morbilidad y mortalidad que puede estar asociada a un tratamiento eficaz o curativo.

Por las razones mencionadas anteriormente realizamos la investigación en el hogar Cristo Rey de Cuenca.

Según la OMS (2009), refiere que a nivel mundial se estima que hay un aproximado de 651 millones de hipertensos, siendo esta enfermedad una de las primeras causas de morbimortalidad; es por ello que constituye un problema de Salud Pública, la cual se convierte en un mal peligroso que afecta significativamente la salud y la longevidad de la población sino recibe tratamiento.¹³

El panorama estadístico de la provincia del Azuay, considera que la Hipertensión Arterial se ubica en el tercer lugar dentro de las diez primeras causales de morbilidad en el 2010, según estadísticas del Ministerio de Salud Pública e Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2010), en el Ecuador existen aproximadamente 14'483.499 de habitantes, de los cuales en un 46% de la población sufre Hipertensión Arterial asociada con la diabetes, el 15% de esta población se sabe hipertensa. El 25% de casos, reciben tratamiento. En nuestro país, 3 de cada 10 ecuatorianos son hipertensos.¹⁴

¹³ Trabajo de metodología de la investigación corecto - SlideShare. Disponible. www.slideshare.net/.../trabajo-de-metodologia-de-la-investigacion-corect.

¹⁴ INEC, M. (- de - de 2010). Disponible. www.inec.gov.ec.

En la población mayor de 60 años la prevalencia de hipertensión arterial es mayor al 30%, incluso 50% en mayores de 70 años. Teniendo en cuenta que la vida se alarga cada vez más, podremos ver la importancia de que uno de cada cuatro mayores de 70 años sea hipertenso.¹⁵

La población geriátrica está en continuo crecimiento en países desarrollados, este problema cobra una magnitud ascendente tal, que mundialmente el porcentaje de ancianos fluctúa entre el 13 y el 20 %, por lo que no es Cuba excepción a este comportamiento demográfico, y exhibe cifras de alrededor del 15 % de personas que alcanzan y sobrepasan la llamada tercera edad.¹⁶

Los resultados emitidos, servirán para demostrar la influencia que tiene la dieta sobre los factores de riesgo en la Hipertensión. Consideramos que la presente investigación tiene relevancia, porque permitirá conocer la incidencia de los estilos de vida de los adultos mayores por que desarrollaron la Hipertensión Arterial, y conseguir mantener su independencia y bienestar individual para un envejecimiento con dignidad.

La Hipertensión Arterial es una enfermedad que está ocupando el quinto lugar de morbilidad en los adultos mayores del Asilo Cristo Rey de la ciudad de Cuenca; según datos recolectados en la presente investigación hemos determinado que hay el 40,54% de personas con hipertensión, nuestro tema de investigación se realiza con el objetivo de identificar, incentivar y modificar los Estilos de Vida que llevan los adultos mayores hipertenso brindando información y ayudando a que tomen conciencia acerca de la misma para proteger promover y fomentar su salud mejorando e incrementando los conocimientos y prácticas de sus vidas cotidianas y así puedan convivir con su enfermedad.

¹⁵ [bitstream,h.\(2006\).repo.uta.edu.ec/bitstream/handle/..../7073Castillo%20Marcela.pdf](http://bitstream.h.(2006).repo.uta.edu.ec/bitstream/handle/..../7073Castillo%20Marcela.pdf). Disponible en www.inec.gov.ec

¹⁶ La hipertensión *geriátrica*, una prioridad en la atención ... - SciELO. Disponible en scielo.sld.cu/pdf/mgi/v26n3/mgi04310.pdf

La presente investigación pretende educar a las personas encargadas en el cuidado de los adultos mayores del hogar Cristo Rey y conocer aquellos estilos de vida vividos, para así identificar los estilos de vida que produjeron la enfermedad para buscar nuevas formas de vida saludable y prevenir complicaciones relacionadas con la patología y ayudar a combatir esta enfermedad.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 EL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un fenómeno fisiológico; la comprensión de sus mecanismos se ha convertido en un tema de actualidad con el aumento de la duración de la vida de la población.

El concepto de envejecimiento llamado «normal» ha sido reemplazado por envejecimiento sin enfermedad o envejecimiento óptimo; la investigación médica actual se basa en la comprensión de los elementos que permiten envejecer con un mínimo de discapacidades.

La vejez no es una enfermedad por sí misma, sin embargo la probabilidad de enfermar durante esta etapa de la vida y, que esta origine consecuencias negativas en el organismo, es mayor que en otras etapas. La valoración sobre su propia salud lo hace muy positiva.¹⁷

En el Ecuador hay 1'229.089 adultos mayores (personas de más de 60 años), la mayoría reside en la sierra del país (596.429) seguido de la costa (589.431). En su mayoría son mujeres (53,4%) y la mayor cantidad está en el rango entre 60 y 65 años de edad.

El 11% de los adultos mayores vive solo, esta proporción aumenta en la costa ecuatoriana (12,4%); mientras que los adultos mayores que viven acompañados en su mayoría viven su hijo (49%), nieto (16%) y esposo o compañero (15%).

¹⁷ Fisiología del envejecimiento - Sciences Indexed Since 1998.Disponible.
scienceindex.com/stories/2701048/Fisiologa_del_envejecimien

A pesar de que un 81% de los adultos mayores dicen estar satisfechos con su vida el 28% menciona sentirse desamparado, 38% siente a veces que su vida está vacía y el 46% piensa que algo malo le puede suceder. La satisfacción en la vida en el adulto mayor ecuatoriano aumenta considerablemente cuando vive acompañado de alguien.

El 69% de los adultos mayores han requerido atención médica los últimos 4 meses, mayoritariamente utilizan hospitales, subcentros de salud y consultorios particulares. El 28% de los casos son ellos mismos los que se pagan los gastos de la consulta médica, mientras que en un 21% los paga el hijo o hija.

El 42% de los adultos mayores no trabaja y mayoritariamente su nivel de educación es el nivel primario. A pesar de que desean trabajar los hombres mencionan que dejaron de trabajar por: problemas de salud (50%), jubilación por edad (23%), y su familia no quiere que trabaje (8%). En el caso de las mujeres dejan de trabajar debido a: problemas de salud (50%), su familia no quiere que trabaje (20%) y jubilación por edad (8%).¹⁸

El envejecimiento es un proceso universal, progresivo, asincrónico e individual. Universal porque afecta a todos los seres vivos. Progresivo porque se produce a lo largo de todo el ciclo vital en forma inevitable. Asincrónico porque los diferentes órganos envejecen a diferente velocidad. Individual porque depende de condiciones genéticas, ambientales, sociales educativas y de estilo de vida de cada individuo. En este contexto la funcionalidad es el principal indicador del estado de salud de las personas adultas mayores, que llegan a un envejecimiento activo.¹⁹

Frente a los mecanismos intrínsecos del envejecimiento (genética, telomerasas, estrés oxidativo, etc.), el papel de los factores extrínsecos, principalmente la

¹⁸ INEC. En el Ecuador hay adultos mayores, 28% se siente. Disponible. www.inec.gob.ec/.../index.php?...ecuador...adultos-mayores.

¹⁹ Normas y Protocolos de Atención de Salud Integral del Adulto Mayor. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Pág. 25. 2011. Autores: Ecuador, Sociedad Ecuatoriana de Geriatria y Gerontología. (CP).

higiene de vida y los factores ambientales, es cada día más importante. Todos los sistemas fisiológicos envejecen a un ritmo y con unas consecuencias variables en función del órgano en cuestión. Este envejecimiento fisiológico puede retrasarse tomando el tratamiento de las enfermedades agudas o crónicas, más frecuentes en el anciano, permite igualmente aumentar la duración de la vida sin deficiencias y así prolongar la vida con buena salud.²⁰

Los adultos presentan menos temor, ira y vergüenza por sus enfermedades que los más jóvenes. Manejan mejor las enfermedades crónicas ya que han desarrollado habilidades de afrontamiento más eficientes y además de que estas se han convertido en situaciones estresantes habituales, por lo que son más predecibles; aunque esto dependa de la fase y tipo de enfermedad. Las enfermedades se manifiestan comúnmente en la vejez tales como: diabetes, párkinson, Alzheimer, neoplasia, enfisema, e hipertensión.

La evidencia disponible muestra importantes cambios morfológicos y funcionales asociados a la edad. El conocimiento de la población en edad media de la vida no debiera generalizarse a los adultos mayores. El reconocimiento de cambios debidos al envejecimiento normal es difícil por la gran variabilidad entre sujetos y la alta prevalencia de morbilidad.²¹

2.1.1 FISIOLÓGÍA DEL ENVEJECIMIENTO

La evidencia de estudios clínicos y experimentales muestra que el envejecimiento de los vasos sanguíneos y el corazón se asocia a la pérdida de células musculares y menor distensibilidad. La fracción de eyección se mantiene constante. El riñón muestra disminución moderada de la velocidad de filtración glomerular, esclerosis vascular y glomerular, menor capacidad de concentración/dilución y de hidroxilación de la vitamina D. El cerebro disminuye su volumen, pero no por una pérdida generalizada de neuronas ni de arborización dendrítica. Hay menor

²⁰ Fisiología-del-envejecimiento. Disponible: www.em-consulte.com/es/article/300444/

²¹ Cambios-fisiologicos-5.pdf. Disponible.
www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/1%20enero/
Dora Silvia Pañi Parapi
Mónica Patricia Paguay Tacuri
María Nélida Quito Tenecota

capacidad de atención, memoria de trabajo y trastornos motores. La masa muscular disminuye y aumenta su infiltración grasa, asociado a disminución progresiva de la fuerza. El aumento de grasa corporal, especialmente visceral, participaría en una mayor resistencia insulínica que asociada a la disminución de la masa de células beta facilitaría el desarrollo de diabetes.

A continuación contiene el cuadro n°1 en donde generalizan los cambios morfológicos que y función realiza por sistemas.

CUADRO N°1

CAMBIOS MORFOLÓGICOS Y FUNCIONAL EN EL ENVEJECIMIENTO		
Sistemas	CAMBIOS MORFOLOGICOS	CAMBIOS FUNCIONALES
CARDIOVASCULAR	✓ Aumento de matriz colágeno en túnica media ✓ Pérdida de fibras elastina ✓ Hipertrofia cardíaca: Engrosamiento ✓ Disminución cardiomiocitos y aumento matriz extracelular.	✓ Rigidez vascular y cardíaca ✓ Mayor disfunción endotelial ✓ Volumen expulsivo conservado ✓ Mayor riesgo de arritmias
RENAL	✓ Adelgazamiento corteza renal ✓ Esclerosis arterias glomerulares ✓ Engrosamiento membrana basal glomerular.	✓ Menor capacidad para concentrar orina ✓ Menores niveles renina y aldosterona ✓ Menor hidroxilación vitamina D
NERVIOSO CENTRAL	✓ Menor masa cerebral ✓ Aumento líquido cefalorraquídeo ✓ Mínima pérdida neuronal, focalizada ✓ Cambios no generalizados de arborización neuronal	✓ Menor focalización actividad neuronal ✓ Menor velocidad procesamiento ✓ Disminución memoria de trabajo ✓ Menor destreza motora
MUSCULAR	✓ Pérdida de masa muscular ✓ Infiltración grasa.	✓ Disminución fuerza ✓ Caídas. ✓ Fragilidad.
METABOLISMO GLUCOSA	✓ Aumento de grasa visceral. ✓ Infiltración grasa de tejidos. ✓ Menor masa de células beta.	✓ Mayor Producción adipokinas y factores inflamatorios. ✓ Mayor resistencia insulínica y diabetes.

²² **Fuente.** Cambios Fisiológicos Asociados al Envejecimiento - Dr. Felipe Salech m. y cols

²² Cambios Fisiológicos Asociados al Envejecimiento - Dr. Felipe Salech m. y cols. Disponible. www.clc.cl/dev_clc/media/imagenes/pdf%20revista%20m%c3%a9dica/2012/1%20enero/cambios-fisiologicos-5.pdf.

2.1.2 CARACTERISTICAS DEL ENVEJECIMIENTO

- ✓ **Universal.** Propio de todos los seres vivos, el envejecimiento es un proceso universal, no ocurre en forma uniforme en los diferentes individuos de una misma especie, ni tampoco en los distintos órganos de una misma persona. Es característicamente heterogéneo.
- ✓ **Progresivo.** Porque es un proceso acumulativo, modificable, lo cual va a alterar a su vez el funcionamiento de los diferentes órganos.
- ✓ **Dinámico.** Porque está en constante cambio, evolución. Cuando se da la ruptura del equilibrio dinámico, intervienen factores muy variados: influencias genéticas, comporta mentales y ambientales que pueden afectar de manera positiva o negativa
- ✓ **Irreversible.** No se puede detener, ni revertirse; es definitivo como: la edad y el deterioro de los órganos.
- ✓ **Declinante.** Las funciones del organismo se deterioran en forma gradual hasta conducir a la muerte.
- ✓ **Intrínseco.** Porque ocurre en el individuo a pesar de que está influido por factores ambientales.
- ✓ **Heterogéneo e individual.** Porque el proceso de envejecimiento no sigue un patrón establecido. Cada especie tiene su propia característica de envejecimiento y varía enormemente de sujeto en sujeto, y de órgano en órgano dentro de la misma persona.²³

²³Envejecimiento - Escuela de Medicina.Disponible.

Escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatría/PDF/EnvejeBiologico.pdf

2.1.3 FACTORES DEL ENVEJECIMIENTO

Se habla de los siguientes:

1. Genéticos el momento no existe evidencia en el hombre de la existencia de un gen único que determine el envejecimiento. Cómo son desequilibrio metabólico y dinámico esta pueden ser como: diabetes, e hipertensión arterial entre otros
2. Salud mental debido a consecuencias psicológicas
3. Antecedentes laborales por el exceso laboral.
4. Condiciones ambientales se deben en un buen porcentaje a factores ambientales y accidentes, como una mala iluminación, falta de pasamanos, escaleras en mal estado, pisos irregulares, alfombras sueltas, zapatos mal ajustados y las mascotas, juguetes de los nietos y además enseres dejados en el piso, entre otros.
5. Estilo de vida Son aquellas acciones y decisiones que toma la persona para prevenir y tratar su situación personal de enfermedad, para mantener y mejorar su salud y bienestar, involucra a la familia del adulto mayor, vecinos o amigos que hacen que la persona prevenga riesgos en su salud.

2.1.4 TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

Se han propuesto muchas teorías para explicar el proceso de envejecimiento, Goldstein y colaboradores las han revisado extensamente y finalmente las han dividido en dos grandes categorías:

2.1.5 TEORIAS ESTOCASTICAS

Envejecimiento como consecuencia de alteraciones que ocurren en forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo.

- A. Teoría del error catastrófico
- B. Teoría del entrecruzamiento
- C. Teoría del desgaste
- D. Teoría de los radicales libres (envejecimiento como producto del metabolismo oxidativo).

2.1.6 TEORIAS NO ESTOCASTICAS.

El envejecimiento estaría predeterminado

- A. Teorías del marcapaso
- B. Teoría genética

2.1.7 TEORIAS ESTOCASTICAS

Teoría del error catastrófico

Esta teoría propone que con el paso del tiempo se produciría una acumulación en la síntesis proteica, que determinaría daño en la función celular.

Teoría del entrecruzamiento

Ocurriría entre las proteínas y otras macromoléculas celulares, lo que determinaría envejecimiento y el desarrollo de enfermedades dependientes de la edad. Se sabe que el desarrollo de "cataratas" es secundario a que las proteínas del cristalino sufren glicosilación y comienzan a entrecruzarse entre ellas, lo que lleva a opacificación progresiva de éste.

Teoría del desgaste

Esta teoría propone que cada organismo estaría compuesto de partes irremplazables, y que la acumulación de daño en sus partes vitales llevaría a la

muerte de las células, tejidos, órganos y finalmente del organismo. La capacidad de reparación del ADN se correlaciona positivamente con la longevidad de las diferentes especies. Faltan aún más estudios para saber si realmente se acumula daño en el ADN con el envejecimiento.

Teoría de los radicales libres

Propone que el envejecimiento sería el resultado de una inadecuada protección contra el daño producido en los tejidos por los radicales libres. El oxígeno ambiental promueve el metabolismo celular, produciendo energía a través de la cadena respiratoria (enzimas mitocondriales). Los radicales libres son moléculas inestables y altamente reactivas con uno o más electrones no apareados, que producen daño a su alrededor a través de reacciones oxidativas.

2.1.8 TEORÍAS NO ESTOCÁSTICAS (Genéticas y del desarrollo)

Estas teorías proponen que el envejecimiento sería la continuación del proceso de desarrollo y diferenciación, y correspondería a la última etapa dentro de una secuencia de eventos codificados en el genoma. Hasta el momento no existe evidencia en el hombre de la existencia de un gen único que determine el envejecimiento.

Teoría del marcapasos

Su involución está genéticamente determinada para ocurrir en momentos específicos de la vida. El timo jugaría un rol fundamental en el envejecimiento, ya que al alterarse la función de los linfocitos T, disminuye la inmunidad y aumenta, entre otros, la frecuencia de cánceres.

"Reloj del envejecimiento", según Burnet, 1970.

Teoría genética

Evidencias del control genético de la longevidad:

- Existen patrones de longevidad específicos para cada especie animal.
- Existe correlación en la sobrevivencia entre gemelos monocigotos, que entre hermanos.
- La sobrevivencia de los padres se correlaciona con la de sus hijos.²⁴

2.1.9 ESTILOS DE VIDA

El estilo de vida es el conjunto de actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas de forma individual o colectiva para satisfacer sus necesidades como seres humanos y alcanzar su desarrollo personal.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 1986 el estilo de vida como “una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales”.²⁵

Es la manera en que vive una persona (o un grupo de personas). Esto incluye la forma de las relaciones personales, del consumo, de la hospitalidad y la forma de vestir. Una forma de vida típicamente también refleja las actitudes, los valores o la visión del mundo de un individuo.

Los estilos de vida saludable son una estrategia global, que hace parte de una tendencia moderna de salud, básicamente está enmarcada dentro de la prevención de enfermedades y promoción de la salud. Tal vez el momento clave de esta tendencia o el inicio de esta tendencia fue en el año 2004 y se generó por

²⁴ Escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatría/PDF/Disponible:EnvejeBiologico.pdf

²⁵ Wikipedia. Estilos de Vida. Disponible:
www.consumoteca.com/bienestar-y-salud/vida-sana/estilo-de-vida/
Dora Silvia Pañi Parapi
Mónica Patricia Paguay Tacuri
María Nélida Quito Tenecota

una declaración de la organización mundial de la salud, para mejorar los factores de riesgo como la alimentación poco saludable y el sedentarismo, los estilos de vida saludable tienen que ver con actividad física y alimentación para prevenir enfermedades sobre todo de tipo metabólico y cardiovascular.

Un estilo de vida saludable repercute de forma positiva en la salud, y comprende hábitos como la práctica habitual de ejercicio, una alimentación adecuada y saludable, el disfrute del tiempo libre, actividades de socialización, mantener la autoestima alta, conlleva a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar bienestar y vida.

Un estilo de vida poco saludable es causa de numerosas enfermedades como la obesidad o el estrés. Comprende hábitos como el consumo de sustancias tóxicas (alcohol, drogas), el tabaquismo, el sedentarismo, la exposición a contaminantes, etc.²⁶

Las Relaciones Familiares

El principal factor de los seres humanos, la familia donde se da y recibe afecto; en ella expresan sus emociones y sentimientos positivos o negativos, comparten el tiempo libre, dialogan, piensan en el bien común y tratan de tener satisfechas sus necesidades materiales y afectivas.²⁷

Alimentación saludable

Los adultos mayores hipertensos deben cuidar el contenido de sal y minerales en su alimentación. Por esto, se deben evitar todos aquellos alimentos con alto contenido de sal en su composición, como son:

²⁶Wikipedia. Estilos de Vida y de consumo. Disponible:

Elenaudelonevyc.blogspot.com/2012/01/i-estilos-de-vida.html

²⁷ Wikipedia. Relaciones familiares. Disponible:

www.saludaldia.info/nutricion-deportiva/estilos-de-vida-saludables-y-relaciones-interpersonales-del-adulto-mayor.html.

- Las conservas enlatadas.
- Los fiambres (jamones, quesos duros y semiduros).
- Las salmueras.
- Carnes congeladas.
- Sopas industriales.
- Condimentos industriales (mayonesa, ketchup, mostazas, etc)

2.1.10 DIETA SALUDABLE

- Leche descremada, no ingerir más de una (1) taza por día
- Quesos sin sal, de untar, blandos, semi duros y de poca maduración.
- Huevos, dos veces por semana
- Todo tipo de carnes, hortalizas y frutas
- Pan y galletas sin sal
- Cereales preferentemente integrales, harinas no leudantes.
- Dulces jaleas.
- Azúcar en poca cantidad,
- Aceites: siempre crudos
- Bebidas: Agua mineral de bajo contenido de Na., jugos de frutas, caldos caseros,
- Infusiones café descafeinado, te, mate, etc.
- Condimentos suaves y aromáticos²⁸

²⁸ Wikipedia. Alimentación saludable. Disponible:
www.zonadiet.com/comida/hipertension.htm#ixzz2gO24KoQG.
Dora Silvia Pañi Parapi
Mónica Patricia Paguay Tacuri
María Néida Quito Tenecota

Aprovechamiento del tiempo libre

Si el adulto mayor está ocupado ejerce sus facultades mentales, desarrolla su pensamiento y ayuda a conservar su memoria. La falta de ocupación lleva al aislamiento, la depresión y el ocio.²⁹

Incrementar la actividad física con ejercicios pasivos para mantener dentro de los estándares correspondientes a la edad, según el sexo; reducir al mínimo el consumo de alcohol; reducir el consumo de sodio, hacer la suplementarían de potasio; consumir una dieta rica en frutas y vegetales; privarse de tabaco (cigarro, pipa, habano, etc.), y controlar la glicemia (sobre todo si la persona padece diabetes).

Actividad Física

El término “actividad física” se refiere a una gama amplia de actividades y movimientos que incluyen actividades cotidianas, tales como caminar en forma regular y rítmica, jardinería, tareas domésticas pesadas y baile.

El ejercicio también es un tipo de actividad física, y se refiere a movimientos corporales planificados, estructurados y repetitivos, con el propósito de mejorar o mantener uno o más aspectos de la salud física.

Es clave para un envejecimiento saludable. Las personas mayores activas físicamente tienen una menor probabilidad de desarrollar problemas como obesidad, presión arterial elevada, osteoporosis, diabetes, depresión, cáncer de colon. Además mejora el estado de ánimo, reduce el estrés, retrasa las consecuencias del envejecimiento aumenta el grado de energía y mejora la productividad de la persona, mantienen un peso adecuado, reduce la probabilidad de tener una enfermedad cardíaca.

²⁹Wikipedia. Aprovechamiento del tiempo libre. Disponible: www.saludaldia.info/nutricion-deportiva/estilos-de-vida-saludables-y-relaciones-interpersonales-del-adulto-mayor.html.

La gimnasia es un excelente ejercicio a cualquier edad, pero especialmente en la tercera edad, aporta beneficios muy necesarios tales como:

Prevención, tratamiento y rehabilitación de diversas enfermedades.

Favorece nuestras relaciones sociales, manteniendo sanos tanto el cuerpo como la mente.³⁰

2.1.11 BENEFICIOS DE REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA EN LA TERCERA EDAD

- Disminuye el riesgo de enfermedades cardiovasculares; porque mejora el gasto cardiaco ya que mejora la circulación al realizar ejercicios
- Disminuye la depresión, el stress y la ansiedad; porque mantiene ocupado su mente en sus manualidades.
- Mejora los reflejos y el equilibrio ayudando a evitar caídas y golpes; Porque permite fortalecer su tonicidad muscular evitando accidentes.
- Incrementa la flexibilidad y la movilidad articular ayudando a prevenir enfermedades como la artrosis, artritis y fracturas.
- Mantiene el peso corporal; disminuyendo el tejido adiposo y aumentando la masa muscular
- Disminuye la hipertensión arterial; mejora la función endotelial, haciendo que paredes de los vasos sanguíneos mantengan el tono vasomotor normal, favorece el fluido sanguíneo y regula el crecimiento vascular.
- Fortalece los músculos; elimina el exceso de peso, fortalece el corazón, dilata arterias y reduce la hipertensión.
- Mejora la interacción social; Fomento de la implicación familiar, y terapia de entretenimiento.

³⁰www.monografias.com/trabajos88/actividades-fisicas-recreativas-negra-matea/actividades-fisicas-recreativas-negra-matea.shtml

- Mejora la calidad de vida de la persona; que le permite llevar una vida relajada y saludable.
- Aumenta la capacidad de captar oxígeno³¹

En esta etapa de la vida el organismo presenta una serie de modificaciones como la pérdida de masa muscular, la disminución de la densidad ósea, y la reducción de la movilidad de las articulaciones, que originan movimientos más lentos y torpes. El proceso de envejecimiento también tiene consecuencias sobre la capacidad para alimentarse y obtener los nutrientes necesarios porque afecta al aparato digestivo, la dentadura, la producción de saliva. Así las secreciones del estómago disminuyen, lo que retrasa la digestión y reduce la absorción de vitaminas.

En la tercera edad es recomendable llevar una dieta moderada en calorías puesto que ya no se está tan activo como para gastar toda la energía que éstas proveen, corriendo el riesgo de subir excesivamente de peso. Se sugiere 100 g de grasa al día, siendo entre un 10-15% grasa mono insaturada. A menos que el organismo no tolere o por indicaciones del médico, consumir alimentos de origen animal como lácteos, quesos, yogurt, huevo. Sobre todo carne blanca como el pavo y pollo de preferencia sin piel, así como pescado, muy benéfico para el buen funcionamiento del cerebro, asegurar las cantidades adecuadas de minerales en especial de hierro (10 mg/día), zinc (12-15 mg/día), fósforo (800mg/día), sodio (2g/día) y calcio (800 mg por día), son indispensables el consumo de frutas, verduras y hortalizas. En cuanto a carbohidratos 200 g diarios, incluir distintos tipos de cereales ya que su aporte de fibra ayudará al buen funcionamiento intestinal, con lo que se reduce el riesgo de enfermedades crónicas como las del corazón y diabetes tipo 2.

³¹Gimnasia para adultos mayores y la tercera edad. Los diez beneficios de realizar actividad física en la tercera edad. 2011. Investigado el 23 de octubre del 2103. Disponible: gimnasiaparamayores.blogspot.com/2011/10/los-10-beneficios-de-realizar-actividad.html

La tercera edad no significa limitarse, sólo es necesario la cantidad correcta y espaciar los días de consumo de algunos alimentos como por ejemplo los embutidos y harinas no excederse al consumo de sal podemos utilizar especias como el tomillo, el romero o laurel. Beber suficiente agua es imprescindible para protegerse de una posible deshidratación.

La combinación de una dieta equilibrada o ajustada a las necesidades individuales más la práctica de ejercicio, van a contribuir a llevar una vida tranquila, productiva y sana.

En la tercera edad se presentan una serie de padecimientos como: anemia, hipertensión, diabetes, etc. éstos pueden llegar a ser controlados mediante una óptima alimentación, por ello es muy importante informarse sobre qué tipo de alimentos deben consumirse y la cantidad correcta.

Es un buen momento para incluir el aceite de oliva en los alimentos, ya sea para freír o aderezar.

En el adulto mayor no significa limitarse, sólo es necesario calcular la cantidad correcta y espaciar los días de consumo de algunos alimentos como por ejemplo los embutidos y harinas.

Cuidar la sazón de la comida y no excederse con el consumo de sal. Podemos darle sabor a los alimentos utilizando especias como el tomillo, el romero o laurel. Los zumos e infusiones aportarán una ración extra de nutrientes, proteínas, calcio. Moderar el consumo de café. No abusar de licores y refrescos.³²

³² *Nutrición en la tercera edad* - Dieta y Nutrición - Disponible:
www.webconsultas.com/.../nutricion/.../nutricion-en-la-tercera-edad-803
Dora Silvia Pañi Parapi
Mónica Patricia Paguay Tacuri
María Nélida Quito Tenecota

2.2 PRESIÓN ARTERIAL

La presión arterial está causada por las contracciones periódicas del ventrículo izquierdo en su función de bombear la sangre hacia todo el organismo a través de las arterias. Se denomina tensión arterial a la resistencia que ofrecen las paredes de las arterias al paso de la sangre impulsada por el corazón.

En cada latido del corazón se produce una onda de presión máxima llamada presión sistólica, cuando la sangre es impulsada por la arteria pulmonar y la aorta, mientras que la presión mínima llamada diastólica es la que se detecta cuando el corazón está totalmente distendido y lleno de sangre.

Con cada latido cardiaco una nueva oleada de sangre llena las arterias. Si no fuera por la distensibilidad del sistema arterial, la sangre fluiría por los tejidos solo durante la sístole cardiaca y no durante la diástole. La combinación de distensibilidad de las arterias y su resistencia al flujo sanguíneo reduce las pulsaciones de presión hasta casi desaparecer en el momento en que la sangre alcanza los capilares; por tanto, el flujo sanguíneo tisular suele ser continuo en vez de pulsátil.³³

2.2.1 CONCEPTO

La presión arterial es la fuerza ejercida por la sangre contra cualquier área de la pared arterial y se expresa a través de las diferentes técnicas de medición como Presión Arterial sistólica, Presión Arterial diastólica, Presión Arterial media y Presión Diferencial. Es la relación entre gasto cardiaco o volumen circulante, viscosidad sanguínea y resistencia periférica.

2.2.2 TIPOS

❖ **Presión arterial sistólica.**- Es la fuerza ejercida por la sangre sobre la pared arterial cuando el corazón se encuentra contraído. Se considera normal entre 120-90.

³³ Godoy León, Diana Carolina. Diseño y construcción de una plataforma de telemedicina. Disponible: www.dalcame.com/wdescarga/pani.pdf

- ❖ **Presión arterial diastólica.-** Es la fuerza ejercida por la sangre sobre la pared arterial cuando el corazón se encuentra relajado. Corresponde a la presión mínima. Se considera normal entre 80-60.

Con frecuencia se señala que la misma es controlada por el gasto cardíaco y la resistencia periférica total ya que como se sabe ésta es igual al producto de ambas.

2.2.3 GASTO CARDIACO (GC)

Está determinado por la frecuencia cardíaca y la fuerza de contracción, estos a su vez están en función del retorno venoso que depende de otros factores como son: actividad constrictora o dilatadora de las venas, actividad del sistema renal, etc.

2.2.4 RESISTENCIA PERIFERICA TOTAL (RPT)

Es la tensión que ejerce la sangre sobre las paredes de las arterias que son los vasos que llevan la sangre desde el corazón a las demás partes del cuerpo. Es la consecuencia de dos fuerzas, una la que produce el corazón para impulsar la sangre y otra, la resistencia que ofrecen las arterias al paso de la sangre, sobre todo las más pequeñas que se llaman capilares.

En consecuencia el gasto cardíaco y la resistencia periférica total son operadores para el control de la Presión Arterial; que se deben a sistemas de mecanismos de regulación más complejos relacionados entre sí y tienen a su cargo funciones específicas.³⁴

³⁴ Wikipedia. Fisiología de la Hipertensión Arterial.
Dra. Mirtha Delgado Vega. Especialista de 2do. grado en Fisiología Normal y Patológica. Folleto complementario. Fisiopatología de la Hipertensión Arterial. Disponible:
www.sld.cu/libros/hiperten/desarrollo.html#Fisiopatología.

2.2.5 SISTEMAS DE CONTROL

Son múltiples los mecanismos fisiológicos conocidos que intervienen en el control de la PA y que al mantener una estrecha interrelación garantizan la homeostasis del organismo. Estos sistemas de control son:

Los nerviosos actúan rápidamente (segundos)

- Barorreceptores.
- Quimiorreceptores.
- Respuesta isquémica del sistema nervioso central.
- Receptores de baja presión.

Otros mecanismos de respuesta rápida

- Participación de los nervios y músculos esqueléticos.
- Ondas respiratorias.

Sistema de regulación de acción intermedia (minutos)

- Vasoconstricción por el sistema renina angiotensina.
- Relajación de los vasos inducido por estrés.
- Movimiento de los líquidos a través de las paredes capilares.
- Vasoconstrictor noradrenalina-adrenalina
- Vasoconstrictor vasopresina.

Mecanismos a largo plazo (horas y días)

- Control Renal
- Sistema renal-líquidos corporales
- Sistema renina angiotensina aldosterona

2.2.6 PAPEL DEL SISTEMA NERVIOSO EN EL CONTROL RÁPIDO DE LA PRESIÓN ARTERIAL

Una de las funciones más importantes del sistema nervioso es la de producir aumentos rápidos de la PA. Con este fin, las funciones vasoconstrictoras y cardio aceleradoras del SN simpático son estimuladas y se produce inhibición recíproca de las señales inhibitorias vagales parasimpáticas, los dos efectos se unen y producen aumento de la PA.

Ocurren los siguientes cambios:

1- Contracción de casi todas las arteriolas

- Aumenta la Resistencia Periférica Total --> Aumenta la Presión Arterial

2- Contracción de otros grandes vasos en particular las venas

- Desplazamiento de la sangre hacia el corazón --> Aumento del volumen de llenado --> Aumento de la fuerza de contracción del miocardio --> Aumento de la PA.

3-El corazón es estimulado por el SNA (autónomo) directamente

- Aumento de la fuerza de bombeo --> Aumento de la frecuencia cardíaca -> Aumento de la fuerza de contracción -> Aumento de la PA

Un ejemplo importante de la capacidad del SN para aumentar la PA es el aumento que tiene lugar durante el ejercicio físico y en situaciones de terror.

EJERCICIO. Hay vasodilatación local de los vasos musculares por aumento del metabolismo celular con aumento del flujo sanguíneo y de la PA por activación también de las áreas motoras del SN, sustancia reticular activador del tronco encefálico y áreas vasoconstrictoras y cardioaceleradoras del centro vasomotor.

REACCION DE ALARMA. En situaciones de alarma (terror) -> aumenta la PA. La reacción de alarma tiene como finalidad proporcionar una cantidad suficiente de sangre a cualquier músculo del organismo por si fuera necesario responder a un peligro. A parte de estas funciones del SNC en situaciones de ejercicio o de alarma existen los mecanismos reflejos de retroalimentación negativa.

2.2.7 REFLEJO BARORRECEPTOR O PRESORRECEPTOR

Se estimula con Presión Arterial de 60 a 180 mmHg y se encuentran localizados en las paredes de las grandes arterias: aórticas y carotideas y son sensibles a cambios de presión, responden con mayor eficacia a los aumentos bruscos de PA sin que se excluya su funcionamiento en caídas de la misma. El aumento de la PA inhibe el centro vasomotor bulbar y excita el vago, todo esto conlleva a la vasodilatación periférica, la disminución de la frecuencia cardíaca y la fuerza de contracción con la consiguiente disminución de la PA.

Función de los barorreceptores durante los cambios de postura. Ponerse de pie hace que la PA en la cabeza y parte alta del cuerpo disminuya y esto puede causar pérdida del conocimiento, se estimulan los barorreceptores que desencadenan un reflejo inmediato que produce una fuerte descarga simpática a todo el organismo, reduciendo al mínimo la presión en la cabeza y parte superior del cuerpo.

Función amortiguadora. Como el sistema barorreceptores se opone a la disminución o aumento de la PA, muchas veces recibe el nombre de sistema amortiguador de la presión.

2.2.8 MECANISMO DE LOS QUIMIORRECEPTORES

Son células quimio sensibles localizadas en cuerpos aórticos y carotideos que tienen una adecuada irrigación sanguínea y le permite detectar modificaciones en

la concentración de oxígeno, dióxido de carbono e hidrógeno. Las señales transmitidas desde los quimiorreceptores al centro vasomotor lo estimulan y aumenta la actividad simpática conjuntamente con el aumento del GC, la RPT y la PA.

2.2.9 RESPUESTA ISQUEMICA DEL SNC

Se lleva a cabo por reflejos que se originan en los barorreceptores, quimiorreceptores y receptores de baja presión. Sin embargo, cuando el flujo sanguíneo en el centro vasomotor disminuye lo bastante para causar carencia nutricional, es decir, para producir isquemia cerebral estas neuronas se estimulan provocando vasoconstricción intensa y la PA sistémica aumenta rápidamente.

2.2.10 VASOCONTRACTOR RENINA – ANGIOTENSINA

Existe 2 tipos de angiotensina I y II. Angiotensina I formada por la acción de la enzima convertidora y Angiotensina II formada a partir de angiotensina I.

El sistema renina-angiotensina (SRA) es un elemento importante de los mecanismos interrelacionados que regulan la hemodinámica y el equilibrio de agua y electrolitos. Los factores que activan el sistema son: la disminución del volumen sanguíneo, la presión de perfusión renal o de concentración de sodio en plasma.

Los que inhiben el sistema son los factores que aumentan estos parámetros. El factor limitante en la formación de angiotensina II es la producción de renina y la fuente principal es el riñón. Es sintetizado, almacenado y secretado en la circulación arterial renal por las células yuxta glomerulares que se encuentran en las paredes de la arteriola aferente a su entrada en el glomérulo.

2.2.11 FUNCIONES DEL SISTEMA RENINA ANGIOTENSINA

- Efecto sobre el SNC: aumento del consumo de agua y mayor secreción de vasopresina.
- Contracción de arteriolas y capilares (aumento de la RPT) y aumento de la PA.
- Ligera venoconstricción (aumento del GC)
- Estimula el corazón.
- Facilitación de transmisión simpática periférica: aumento de liberación de noradrenalina.
- Aumento de la retención de agua y electrolitos.
- Estimula síntesis y secreción de aldosterona.

2.2.12 MECANISMO VASOCONTRACTOR NORADRENALINA-ADRENALINA

Al disminuir la PA se estimula el sistema nervioso simpático, este estimula la secreción de noradrenalina y adrenalina de la médula suprarrenal, las cuales pasan al torrente circulatorio y provocan en él los mismos efectos de la estimulación simpática directa. Este mecanismo tiene la importancia de que ambas hormonas pueden llegar por la circulación a diferentes vasos muy pequeños que carecen de inervación simpática, como las metarteriolas y provocan su efecto vasoconstrictor con aumento de la RPT que produce aumento de la PA.

2.2.13 MECANISMO VASOCONTRACTOR DE LA VASOPRESINA

En la actualidad se piensa que este mecanismo puede compensar el breve período de latencia del mecanismo barorreceptor ya que en ausencia de éste, el efecto vasoconstrictor de esta hormona es tan potente que puede incrementar

las cifras de la presión media entre 35-30 mmHg por lo que su efecto aumenta la RPT. La vasopresina no solo tiene este efecto sino que además tiene una acción directa sobre los riñones para disminuir la excreción de agua por lo que recibe el nombre de hormona antidiurética (ADH) y participa en la regulación a largo plazo de la PA.

2.2.14 SISTEMA RENINA ANGIOTENSINA ALDOSTERONA EN EL CONTROL A LARGO PLAZO DE LA PRESIÓN ARTERIAL

Este mecanismo está conformado por tres funciones, dos le corresponden a la angiotensina II y la tercera a la aldosterona. El primer control que ejerce la angiotensina II, fue el ya explicado anteriormente, el efecto vasoconstrictor generalizado que conlleva a un aumento de la RPT. El segundo efecto, es una acción directa sobre el riñón que es mucho más potente que el de la aldosterona y que provoca una retención de sodio y agua, lo cual hace que aumente el VS, RV, y por tanto el GC.³⁵

2.2.15 TOMA DE PRESIÓN ARTERIAL

2.2.15.1 Principios

- Aplicar las medidas de asepsia antes de realizar el procedimiento para evitar la proliferación de microorganismos.
- La Presión Arterial es la relación entre la presión que ejerce la sangre contra las paredes arteriales y la resistencia que éstas oponen al paso de la sangre.
- La Presión sistólica o presión máxima es la fuerza con la cual es expulsada la sangre a las arterias, esta fuerza es producida por la

³⁵ Wikipedia. Fisiopatología de la Hipertensión Arterial - Infomed. Disponible:

<http://www.sld.cu/libros/hiperten/desarrollo.html>

Dora Silvia Pañi Parapi

Mónica Patricia Paguay Tacuri

María Nélica Quito Tenecota

contracción ventricular y la mínima o diastólica corresponde a la fase de reposo del corazón.

- En un adulto las cifras normales de tensión arterial están por debajo de 140 mmHg de sistólica y 90 mmHg de diastólica (mmHg = milímetros de mercurio).
- La tensión arterial no es constante y varía con frecuencia a lo largo del año, del día, e incluso de unos minutos a otros.
- Valorar al paciente y comunicar el procedimiento.
- Valorar el estado físico del paciente para elegir la zona de toma de la presión arterial (fístulas arteriovenosas, mastectomías)
- Asegurarse antes de realizar la medición de que el paciente no ha realizado ejercicio físico previo, ni ha sufrido ninguna alteración emocional.
- Adecuar el tamaño del manguito a la estructura anatómica del paciente.

2.2.15.2 Objetivo

- Proporcionar los conocimientos necesarios para medir y valorar la presión arterial del paciente y detectar posibles alteraciones en la función hemodinámica del paciente.³⁶

2.2.15.3 Condición del paciente

- La toma de la TA debe ser luego de 5 a 15 minutos de reposo, para obtener cifras reales.
- No realizar ejercicio físico previo, para evitar cifras alteradas.

³⁶ Wikipedia. Disponible:
Definición toma de presión arterial.

- No haber fumado o ingerido cafeína en la última media hora, porque científicamente se conoce estos productos alteran la presión arterial.
- Evitar actividad muscular isométrica (antebrazos apoyados), para que exista adecuada circulación sanguínea.
- El paciente debe estar tranquilo y tener la vejiga vacía, para evitar ansiedad.
- Evitar hablar durante la toma, para obtener valores reales.

2.2.15.4 Condiciones del equipo

- Dispositivo de medida
- Perfecto funcionamiento del equipo utilizado
- Preferiblemente esfigmomanómetro de mercurio
- Manómetro electrónico para el brazo validado y calibrado preferiblemente en los últimos 6 meses o al menos 1 vez al año.

Manguito

- El largo de la cámara neumática del tensiómetro debe rodear al menos el 80% del brazo.
- Tener brazaletes más grandes o más pequeños para sujetos con brazos gruesos o delgados.
- El ancho de la cámara neumática del tensiómetro debe rodear al menos el 40% del brazo.

2.2.15.5 Preparación del paciente

Informar al paciente de la técnica que se le va a realizar.

La postura adecuada del paciente para la medición es en decúbito supino o en sedestación.

El brazo debe descansar sobre una superficie firme, encontrarse al mismo nivel que el corazón y sin ropa que lo comprima.

2.2.15.6 Procedimiento

- Lavado de manos del personal, para evitar proliferación de microorganismos.
- Colocar el manguito alrededor del brazo del paciente de forma que la bolsa hinchable esté directamente encima de la arteria braquial y que el borde inferior del manguito quede por encima de la fosa antecubital (2,5-3 cm), para obtener una correcta medición de la presión arterial.
- Fijar el manguito sin ejercer una presión excesiva, para evitar la vasoconstricción.
- Comprobar que el manómetro de presión funcione correctamente, para evitar contratiempos.
- Colocarse el fonendoscopio, para auscultar la presión arterial.
- Palpar la arteria con la punta de los dedos y colocar la membrana del fonendoscopio sobre la misma sin aplicar presión, para obtener valores reales.
- Inflar el manguito rápidamente hasta que su presión sobrepase en 20 o 30 mm Hg. la presión arterial sistólica estimada, lo que se puede comprobar por la desaparición del pulso radial, para valorar las cifras de presión del usuario.
- Desinflar el manguito lentamente, para leer de manera segura la presión sistólica y diastólica.
- Observar atentamente el manómetro; el primer sonido que se escuche marcará la presión sistólica, seguir desinflando lentamente hasta que se dejen de escuchar latidos; la cifra que marque en ese momento el manómetro será la presión diastólica.

- Retirar el manguito y desinflar completamente, para que el tensiómetro se encuentre listo para una nueva medición.

2.2.15.7 Clasificación y criterios diagnósticos

- Presión arterial óptima: <120/80 mmHg
- Presión arterial normal: 120/90 mm Hg
- Presión arterial alta: 140/90 mmHg

2.3 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

2.3.1 ANTECEDENTES

*El corazón actúa como una bomba diseñada para impulsar sangre a través de las arterias y hacerla llegar a todos los músculos y órganos del cuerpo. Para cumplir con esto el corazón necesita generar presión, esta presión es la fuerza que ejerce la sangre sobre la pared de un vaso en forma perpendicular y determina una distensión de la pared del vaso o tensión.*³⁷

2.3.2 CONCEPTO

Es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de la presión sanguínea en las arterias con los valores por encima de los parámetros establecidos por el Ministerio de Salud Pública.

Las principales complicaciones cardiovasculares de la enfermedad hipertensiva en el adulto mayor afectan a las patologías cardíacas, aumenta el trabajo cardíaco y puede conducir a una insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica e hipertrofia ventricular izquierda; así como a las patologías cerebro vascular como puede ser los accidentes hemorrágicos o isquémicos.

³⁷ Wikipedia. Hipertensión Arterial. Disponible:

www.slideshare.net/loiss77/hipertension-arterial-3047198.

En modo alguno se deben olvidar los factores de riesgo favorecedores de la hipertensión arterial: edad, procesos patológicos, presencia de obesidad, consumo de tóxicos, diabetes, sedentarismo, y otros.³⁸

2.3.3 EPIDEMIOLOGÍA

En el Ecuador las 3 primeras causas de muerte son las cardiovasculares, Cerebro vasculares y diabetes. La hipertensión constituye la 5ta causa de mortalidad en nuestro País. Las enfermedades cardiovasculares, entre estas la hipertensión, son las principales causas de muerte en el mundo. En América Latina representa el 30% de fallecimientos. En el Ecuador, según el Estudio de Prevalencia de Hipertensión Arterial, tres de cada 10 personas son hipertensas.

2.3.4 ETIOLOGÍA

Las causas son desconocidas en el 90% de los pacientes y conocidas solo en el 10% debido a la obesidad, y hábitos inapropiados como:³⁹

Tabaquismo.- El tabaco es responsable de la muerte anual de más o menos 3.000.000 de personas en el mundo y ocasiona el 25% de las enfermedades crónicas. Los fumadores presentan el doble de probabilidades de padecer HTA. El consumo de cigarrillos aumenta el riesgo de cardiopatía isquémica (CI) y de accidente cerebrovascular (ACV) a todas las edades, pero tiene especial importancia en las personas más jóvenes. En los varones de menos de 65 años, se ha observado que el tabaquismo aumenta el riesgo de muerte cardiovascular al doble, mientras que en los hombres de edad igual o superior a 85 años, se observó que el riesgo aumentaba tan solo en un 20 por ciento.

³⁸ María Victoria Lopez, C. R. (2012). *Enfermería del Anciano*. Barcelona- España: Masson.

³⁹ INEC. (- de - de 2007). Disponible: www.inec.gov.ec.

Alcohol.- El consumo de una copa de alcohol aumenta la PAS en 1 mmHg y la PAD (Presión Arterial Sistólica) en 0.5 mmHg. Se ha demostrado que individuos que consumen alcohol diariamente presentan valores de PAS de 6.6 mmHg y PAD de 4.7 mmHg, más elevados que los consumen una vez por semana

Se ha encontrado una asociación positiva entre la ingesta de alcohol y la presión sanguínea tanto sistólica como diastólica. Individuos que consumen 3 o más bebidas alcohólicas por día (una bebida estándar contiene aproximadamente 14 g de etanol y está definida como un vaso de cerveza de 12 onzas, un vaso de vino de mesa de 6 onzas o 1.5 onzas de licores destilados), presentan una elevación pequeña pero significativa de la presión sanguínea comparados con no bebedores.

Sedentarismo.- La vida sedentaria predispone al sobrepeso y al aumento del colesterol total. Una persona sedentaria tiene un riesgo mayor (20 a 50%) de contraer hipertensión.

Alimentarios y Nutricionales.- Elevado consumo de sodio presente en la sal y el bajo consumo de potasio se han asociado a HTA. El riesgo de HTA. El consumo de grasas, especialmente de origen animal, es un factor de riesgo en hipercolesterolemia debido al poder iatrogénico que incrementa los niveles de colesterol. Se ha encontrado asociación con consumo alto de ácidos grasos, colesterol y sodio y baja ingesta de potasio, magnesio, calcio y fibra.

Psicológicos y Sociales.- El estrés es un factor de riesgo mayor para la hipertensión. Asociado al estrés se encuentra el patrón de comportamiento tipo A (competitividad, hostilidad, impaciencia y movimientos

Sobrepeso y Obesidad.- Varios factores han asociado obesidad e HTA, entre los cuales se puede mencionar el incremento en el gasto cardiaco en individuos obesos. De otra parte, al parecer los obesos son más susceptibles

a la aparición de HTA por presentar una disminución en la superficie de filtración renal y un incremento en la renina plasmática.

Dislipidemias.- El estudio de Framingham demostró que el aumento del colesterol LDL conduce a enfermedad coronaria e HTA. Diabetes Mellitus.

La diabetes aumenta de dos a tres veces el riesgo de HTA, además conlleva a dislipidemia y daño vascular.

Síndrome Metabólico.- Es así como los pacientes hipertensos, suelen tener alteración de la distribución la grasa corporal (obesidad abdominal o central), del metabolismo lipídico y de los hidratos de carbono criterios que constituyen la presencia de síndrome metabólico; su identificación es útil puesto que está relacionada con la presencia de complicaciones cardiovasculares.

Antecedentes familiares de hipertensión.- Cuando se transmite de padres a hijos se hereda una tendencia a desarrollar cifras elevadas de tensión arterial. Se desconoce su mecanismo exacto, pero la experiencia acumulada demuestra que cuando una persona tiene un progenitor (o ambos) hipertensos, las posibilidades de desarrollar hipertensión son el doble que las de otras personas con ambos padres sin problemas de hipertensión.

Sexo.- Los hombres tienen más predisposición a desarrollar hipertensión arterial que las mujeres hasta que éstas llegan a la edad de la menopausia. A partir de esta etapa la frecuencia en ambos sexos se iguala. Esto es así porque la naturaleza ha dotado a la mujer con unas hormonas protectoras mientras se encuentra en edad fértil, los estrógenos, y por ello tienen menos riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. La HTA (hipertensión Arterial) y el ECV (Accidente Cerebro Vascular) hemorrágica son más frecuentes en mujeres menopáusicas. Sin embargo, en las mujeres más jóvenes existen un riesgo especial cuando toman píldoras anticonceptivas. En las mujeres el riesgo es mayor después de los 55 años.

Edad y Raza.- Los vasos sanguíneos se debilitan con los años y pierden su elasticidad. La edad es otro factor, por desgracia no modificable, que va a influir sobre las cifras de presión arterial, de manera que tanto la presión arterial sistólica o máxima como la diastólica o mínima aumentan con los años y lógicamente se encuentra un mayor número de hipertensos a medida que aumenta la edad. En cuanto a la raza, los individuos de raza negra tienen el doble de posibilidades de desarrollar hipertensión que los de raza blanca.

2.3.5 CLASIFICACIÓN

La presión arterial se clasifica en base a dos tipos de medidas, la presión arterial sistólica y diastólica.

Puede clasificarse atendiendo los siguientes criterios:

- ✓ Etiología
- ✓ Cifras de Presión Sistólica y Diastólica.

Hipertensión primaria o esencial.- Según lo comunicado tradicionalmente entre el 90 a 95% de las personas hipertensas no es posible determinar la causa de la elevación, denominando a este tipo hipertensión esencial o primaria. Se plantea que corresponde a una alteración poli génica multifactorial, siendo importante la interacción entre sí de diversos genes y de estos con el medio ambiente. Estudios recientes sugieren que estos genes incluyen aquellos que afectan distintos componentes del sistema renina-angiotensina, sistema calicreina-cinninas y el sistema nervioso simpático.

Hipertensión secundaria.- tiene causa conocida, signo de otro trastorno o un defecto aórtico congénito. Cuando la causa de la hipertensión secundaria se trata antes que se presenta cambios estructurales permanentes, la presión arterial suele regresar a lo normal.

Cuadro N° 2

Clasificación	Presión sistólica		Presión diastólica	
Normal	90–119	12–15.9	60–79	8.0–10.5
Pre hipertensión	120–139	16.0–18.5	80–89	10.7–11.9
Fase 1	140–159	18.7–21.2	90–99	12.0–13.2
Fase 2	≥160	≥21.3	≥100	≥13.3
Hipertensión sistólica aislada	≥140	≥18.7	<90	<12.0

Fuente: *Hipertension arterial sistémica en el adulto mayor* - SlideShare
www.slideshare.net/.../hipertension-arterial-sistemica-en-el-adulto-mayor

2.3.6 FISIOPATOLOGÍA

La presión arterial alta es ocasionada por un estrechamiento de unas arterias muy pequeñas denominadas «arteriolas» que regulan el flujo sanguíneo en el organismo. A medida que estas arteriolas se estrechan (o contraen), el corazón tiene que esforzarse más por bombear la sangre a través de un espacio más reducido, y la presión dentro de los vasos sanguíneos aumenta. Por la disminución de la capacidad de los vasos sanguíneos para distenderse, el incremento de la viscosidad de la sangre o el aumento de volumen de líquido, o todos ellos, podrían incrementar la presión arterial.⁴⁰

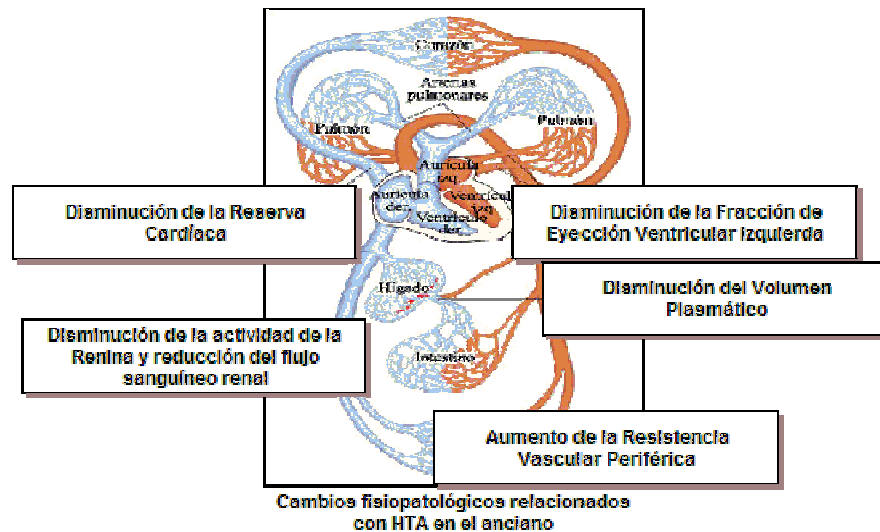
2.3.7 MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS

Entre los cambios fisiopatológicos característicos de la hipertensión arterial en los pacientes ancianos se cuentan el incremento de la resistencia

⁴⁰ Linda S. Williams, P. D. (2007-2009). *Enfermería Médico Quirúrgica*.
México.: Disponible: www.mcgrawhilleducacion.com

vascular periférica, la disminución de la fracción ventricular izquierda, la reducción subsecuente de la reserva cardíaca, el decremento en la actividad de la renina plasmática, la disminución del volumen plasmático total y la reducción parcial o total del flujo sanguíneo renal.⁴¹

CUADRO N°3
Fisiopatología HTA ⁴²



2.3.8 SIGNOS Y SÍNTOMAS

La mayor parte del tiempo, no hay síntomas. Los que pueden ocurrir abarcan:

- Dolor torácico, adormecimiento de mitad del cuerpo
- Confusión, vértigos, mareos al levantarse o al cambiar de posición.
- Fatiga, zumbido o ruido en el oído (Tinnitus)
- Cefalea, ansiedad, cansancio.
- Taquicardias o aceleración de la frecuencia cardíaca

⁴¹ *Hipertensión Arterial en el Anciano*. Disponible:
www.udca.edu.co/component/k2/.../75-hipertension-arterial-anciano.htm

⁴² wikipedia. cambios morfológicos. com. Disponible::cambios fisiológicos asociados al envejecimiento

- Hemorragia nasal, náuseas, vómitos.
- Respiración entrecortada, sudor excesivo.⁴³

2.4 DIAGNÓSTICO

- **Clínico:** a través del examen físico y medición de la presión arterial, para realizar un diagnóstico certero será necesario realizar un monitoreo continuo de la presión arterial
- **Laboratorio:** examen de sangre: hemoglobina, hematocrito, perfil lipídico, electrolitos y análisis de orina.
- **Radiológico:** eco cardiografía, angiografía, ecografía de los riñones.

La presión arterial se determina después de que la persona haya estado sentada o acostada durante 5 minutos, el diagnóstico no se puede basar en una sola medición. A veces, incluso varias determinaciones elevadas no son suficientes para efectuar el diagnóstico.

Cuando se registra una medición inicial elevada, debe determinarse de nuevo y luego dos veces más en días diferentes para asegurarse de que la hipertensión persiste. Habitualmente se valoran sus efectos sobre los órganos principales, sobre todo los vasos sanguíneos, el corazón, el cerebro y los riñones. La retina (la membrana sensible a la luz que recubre la superficie interna de la parte posterior del ojo) es el único lugar donde se pueden observar directamente los efectos de la hipertensión arterial sobre las arteriolas.

Los cambios en el corazón (particularmente una dilatación debido al incremento de trabajo requerido para bombear sangre a una presión elevada) se detectan con un electrocardiograma y una radiografía de tórax. En las fases iniciales, es más útil el ecocardiograma (una prueba que utiliza

⁴³ *Hipertensión*: MedlinePlus enciclopedia médica.
Disponible: www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000468.htm
Dora Silvia Pañi Parapi
Mónica Patricia Paguay Tacuri
María Nélide Quito Tenecota

ultrasonidos para obtener una imagen del corazón anómalo, denominado el cuarto ruido cardíaco, que se ausculta con un fonendoscopio, es una de las primeras alteraciones cardíacas causadas por la hipertensión.

Un examen de la orina. La presencia de células sanguíneas y albúmina (un tipo de proteína) en la orina, por ejemplo, puede indicar la presencia de tal afección.

La evaluación incluye radiografías y estudios de los riñones con isótopos radiactivos, una radiografía de tórax y determinaciones de ciertas hormonas en la sangre y en la orina.

También pueden detectarse con ciertas pruebas sistemáticas: medición de la concentración de potasio en la sangre facilita la detección de hiperaldosteronismo y la determinación de la presión arterial en ambos brazos y piernas ayuda a detectar una coartación de la aorta.⁴⁴

2.4.1 FACTORES DE RIESGO

Se piensa que el desarrollo de hipertensión se debe a una combinación de factores de riesgo genéticos y hábitos de consumo.

No modificables: no se pueden cambiar. Dentro de estos:

- **Antecedentes Familiares de hipertensión:** uno de los trastornos más complejos con un componente genético asociado a la aparición de la enfermedad.
- **Edad:** al transcurrir los años y según los aspectos de la enfermedad, el número de fibras de colágeno en las paredes arteriales aumenta, haciendo que los vasos sanguíneos se vuelvan más rígidas. Al reducirse así la elasticidad, el área seccional del vaso se reduce,

⁴⁴ Linda Swillian.S. Disponible: Paula.D, Hopper.pag 394
Dora Silvia Pañi Parapi
Mónica Patricia Paguay Tacuri
María Nélica Quito Tenecota

creando resistencia al flujo sanguíneo y como consecuencia compensadora, se aumenta la presión arterial.

- **Raza-Etnia:** un bajo nivel de renina es frecuente en personas con descendencia negra, lo cual explica la razón por la que los medicamentos que inhiben el sistema renina-angiotensina son menos eficaces en ese grupo de población.
- **Diabetes mellitus:** enfermedad metabólica caracterizada por hiperglicemia consecuencias de defectos en la secreción o en la acción de la insulina a largo plazo puede provocar disfunción e insuficiencia de diferentes órganos especialmente de ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos.

Modificables: son los que sí se pueden cambiar:

- Reducción de peso
- Planeación de las comidas
- Eliminar el consumo de cigarrillo y cafeína.
- Mejorar la ingesta de potasio, magnesio y calcio.⁴⁵

2.4.2 COMPLICACIONES

- Aterosclerosis, insuficiencia cardíaca
- Accidente Cerebro Vascular, enfermedad renal, daño ocular

Aterosclerosis.- Es una afección en la cual se deposita material graso a lo largo de las paredes de las arterias. Este material se vuelve más grueso, se

⁴⁵ *Hipertension arterial prevalencia y factores de riesgo. hospital. ...Disponible: ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/.../TESIS-Medicina-RR.pd... de R Rojas - 2007*
Dora Silvia Pañi Parapi
Mónica Patricia Paguay Tacuri
María Nélida Quito Tenecota

endurece (forma depósitos de calcio) y puede finalmente bloquear las arterias.

Insuficiencia Cardíaca.- Es una afección crónica y prolongada, aunque algunas veces se puede presentar repentinamente. La enfermedad puede afectar únicamente el lado derecho o el lado izquierdo del corazón y se denominan insuficiencia cardíaca derecha o izquierda respectivamente. Con mucha frecuencia, ambos lados del corazón resultan comprometidos. La insuficiencia cardíaca ocurre con los siguientes cambios: el miocardio no puede bombear o expulsar muy bien la sangre fuera del corazón y se denomina insuficiencia cardíaca sistólica. Los músculos del corazón están rígidos y no se llenan con sangre fácilmente. Se denomina insuficiencia cardíaca diastólica.

Accidente Cerebro Vascular.- Este puede presentarse en forma hemorrágica por rotura del vaso o isquémica por falta de irrigación sanguínea. Sea cual fuese, puede producir secuelas o la muerte.

Enfermedad renal.- Niveles altos de presión arterial pueden dañar los vasos del riñón y reducir o modificar su filtración. De esta forma los riñones dejan de eliminar toxinas y líquidos, produciéndose una descompensación.

Daño ocular.- En los diabéticos, la hipertensión puede generar rupturas en los pequeños capilares de la retina del ojo, ocasionando derrames. Este problema se denomina «retinopatía» y puede causar ceguera.

2.4.3 EXAMENES COMPLEMENTARIOS

2.4.3.1 Exámenes de sangre

El hematocrito es el porcentaje ocupado por glóbulos rojos del volumen total de la sangre. Los valores medios varían entre 42%-52% en los hombres, y 37%-47% en las mujeres. Estas cifras pueden cambiar a diversos factores fisiológicos, como edad y la condición física del sujeto.

2.4.3.2 Eco cardiografía

Es un examen que emplea ondas sonoras para crear una imagen en movimiento del corazón. Dicha imagen es mucho más detallada que una radiografía simple y no implica exposición a la radiación.

2.4.3.3 Electrocardiografía

Es un estudio de rutina que se realiza para observar la actividad eléctrica del corazón, puede suministrar mucha información sobre el corazón y su funcionamiento. Con este estudio es posible averiguar más sobre el ritmo cardíaco, tamaño y funcionamiento de las cavidades del corazón y el músculo cardíaco.

2.4.3.4 Análisis de orina

Es la evaluación física, química y microscópica de la orina.

2.4.3.5 Ecografía de los riñones

Permite diagnosticar cálculos renales o cualquier otro tipo de enfermedad dentro de los riñones. Con esta técnica de ecografías avanzadas, puede ver en tiempo real todas las deficiencias que pudiere tener sus riñones, para prevenir complicaciones futuras; que con otras técnicas no se detectan.

2.4.4 TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

En el tratamiento antihipertensivo se debe considerar dos componentes importantes:

- Modificaciones del estilo de vida
- Tratamiento farmacológico

Modificación del estilo de vida (Tratamiento no farmacológico)

La modificación de los estilos de vida, reduce la Presión Arterial, aumenta la eficiencia de los fármacos antihipertensivos y disminuye el riesgo cardiovascular. Por ejemplo una dieta rica en frutas, verduras, granos enteros 1600 mg de sodio diarios, tiene un efecto similar en el tratamiento farmacológico simple. Combinaciones de dos o más cambios en el estilo de vida pueden significar mejores resultados. Los estilos de vida saludable son las siguientes:

- Nutrición equilibrada
- Actividad Física
- Evitar el consumo de tóxicos ⁴⁶

2.4.5 NUTRICION EQUILIBRADA

Una nutrición adecuada y equilibrada es fundamental para mantener una buena salud. Conviene limitar el consumo de carne y grasas de origen animal, y sustituirlo por pescado, frutas, verduras y alimentos ricos en calcio (los lácteos deben ser desnatados, especialmente en los pacientes que padecen de obesidad o aumento del colesterol y especialmente en pacientes con insuficiencia renal).

Consejos para una buena alimentación

- Tome alimentos cocidos o a la plancha, no fritos
- Evite ensalada cremosa (mayonesas, etc.)

Controlar la grasa.- La reducción de la grasa de la dieta, sobre todo de las grasas saturadas, le ayuda de dos formas:

⁴⁶ Hipertensión arterial: Disponible: www.monografias.com > Salud

- Facilita la pérdida de peso
- Ayuda a reducir el colesterol

Aperitivos adecuados

- Frutas y hortalizas
- Pastas sin grasa y sin colesterol
- Galletas sin sal
- Jugos de frutas

Reducción de sodio en la dieta

Los alimentos tienen suficiente sal para las necesidades del organismo. El exceso favorece la Hipertensión Arterial porque retiene líquidos.

Se aconseja cocinar con poca sal. Con una ingesta total de sal menor a 6g diarios, de estos menos 2g deben corresponder a la sal utilizada durante el procesamiento de los alimentos o añadida en la mesa.

El sodio atrae el agua y como consecuencia, ocasiona una mayor retención de líquidos y por consiguiente aumenta el caudal sanguíneo y finalmente aumenta nuestra tensión arterial.

Los pacientes pre hipertensos o que no califiquen para recibir tratamiento específico deben ajustar sus hábitos modificables, entre ellos:

- Reducción de la ingesta diaria de cloruro de sodio
- Mantener una ingesta adecuada de potasio
- Mantener una ingesta adecuada de calcio y magnesio
- Cesar el consumo de cigarrillo

2.5 RECOMENDACIONES NUTRICIONALES

CUADRO N°4

NUTRIENTES	ALIMENTOS	RECOMENDACIONES
Hidratos de carbono	Pan, cereales, papas, leguminosas	4 ^a 7 porciones diarias: 1 ½ a 2 panes además 1 ½ tasas de arroz fideos y papas cocidas
Fibras, vitaminas y minerales	Vegetales y frutas	Mínimo 2 latos de verduras crudas o cocidas y 2 ^a 3 frutas o jugos de frutas naturales diariamente
Proteínas de buena calidad y calcio	Alimentos lácteos	Se recomienda ingerir 2 ^a 3 porciones diarias de leche, yogur queso o quesillo
Proteínas de buena calidad, hierro y zinc	Carnes legumbres y huevo	Consumir diario una presa de pescado fresco en conserva, pollo, pavo o una tasa de legumbres cocidas o un huevo. Las carnes rojas, los embutidos, las vísceras y la yema de huevo y contiene grasas saturadas colesterol: por lo que es conveniente comerlas en ocasiones especiales y en pequeña cantidad.
Aceites y grasas	Aceites, grasas y semillas	Seis cucharas de aceite vegetal al día
Hidratos de carbono	Azúcares y derivados	Se recomienda consumirla en cantidades moderadas, disminuyendo el consumo de productos de pastelería y otros alimentos con alto contenido de azúcar. Se recomienda consumir de 3 a 4 cucharadas diarias de azúcar.

Fuente: www.saluddealtura.com. 15/07/2013

REDUCCIÓN DE PESO

La pérdida de peso es la medida inicial más eficaz para bajar la tensión, sobre todo en los pacientes con sobrepeso. Reducir 4 ó 5 Kg. produce ya descensos de Presión Arterial. La obesidad se determina calculando el IMC (Índice de la Masa Corporal) y midiendo el perímetro de la cintura (obesidad abdominal). El IMC se calcula dividiendo el peso en kg por la talla (en metros) al cuadrado.

CUADRO N °5

CLASIFICACION DE SOBREPESO EN ADULTO DE ACUERDO AL IMC	
CATEGORIA	IMC(Kg/m²)
Bajo peso	IMC(Kg/m ²)
Normal	18,5 a 24,9
Sobrepeso	18,5 a 24,9
Obesidad	30 o mas
Obesidad Mórbida	40 a 49,9
Obesidad Extrema	>de 49.9

Una de las combinaciones de variables antropométricas más utilizadas es el índice de masa corporal (IMC), se usa con frecuencia en estudios nutricionales y epidemiológicos como indicador de composición corporal o para evaluar tendencias en estado nutricional.

El IMC = Peso (kg)/ talla m²

ACTIVIDAD FÍSICA

El Dr. K. H. Cooper define el ejercicio físico como "el método para poner más años en su vida y más vida en sus años". La mayoría de las personas pueden beneficiarse de realizar actividad física de forma regular. Es frecuente que la gente piense que hace suficiente ejercicio en el trabajo. Muchos piensan que son demasiado viejos para empezar, otros que su forma física ya es demasiado mala para intentar recuperarla. Llevar una vida físicamente activa produce numerosos beneficios, tanto físicos como

psicológicos, para la salud. Estos pueden ser: caminata, calistenia, aeróbicos.⁴⁷

INFLUENCIA DE LAS FORMAS, MODOS Y ESTILOS DE VIDA

Las condiciones de salud de una población se ven influenciadas por fenómenos socioculturales y económico, el influjo que tiene la publicidad con relación a la alimentación, al inducir al público a adoptar alimentos no saludables altos en grasas saturadas y azúcares simples; presentándose en mayor proporción enfermedades encadenadas al sobrepeso, la hipertensión. Indudablemente, muchos alimentos no son asequibles para ciertos sectores y por lo tanto, las familias con pocos ingresos se alimentan de manera inadecuada.⁴⁸

2.5.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

La principal medida para mejorar el control de la hipertensión arterial es la adherencia al tratamiento. Esta se consigue con un paciente motivado es decir cuando el médico o personal de salud, logra la confianza y credibilidad suficiente para que los pacientes tomen la medicación prescrita y mantengan los Estilos de Vida Saludables. El objetivo del tratamiento farmacológico no debe limitarse solo al control de las cifras de presión arterial, sino que debe enfocarse a lograr adecuada protección de órgano blanco y control de los factores de riesgo cardiovascular.

Pautas generales

El médico y demás personas del equipo de salud deben dar la mejor utilidad al tiempo de contacto con el paciente y su familia para brindar educación

⁴⁷ Hipertensión arterial sistémica en el adulto mayor - Instituto Nacional. Disponible: www.geriatria.salud.gob.mx/interior/hipertension.html.

⁴⁸ Módulo educativo para la promoción de salud... - cedia Disponible:

Repositorio.cedia.org.ec/bitstream/123456789/697/.../adulto%20mayor.p.

sobre el diagnóstico y régimen de tratamiento. A su vez dar educación al paciente para el auto monitoreo de las cifras de presión arterial. Es preferible usar fármacos de dosis única o máximo dos por día para facilitar la mayor adherencia al tratamiento y menor costo.

Se debe evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en cada visita. Se debe iniciar el medicamento con bajas dosis para luego ir graduándola según la respuesta. La dosis debe ser la menor efectiva, pero teniendo cuidado de no prescribir nunca una dosis subestima.

Con el fin de alcanzar la meta de presión arterial individualizada según las cifras de presión arterial y las patologías asociadas, se sugiere la asociación de dos o más fármacos. Vigilar la aparición de efectos adversos al ascender las dosis del primer fármaco, en tal caso es preferible la asociación con otro de diferente grupo. Que podría ser un diurético. La persona que ha iniciado farmacoterapia debe tener controles individualizados.

2.5.2 MEDICAMENTOS ANTIHIPERTENSIVOS

Actualmente el Ministerio de Salud Pública provee de Enalapril (IECA) por vía oral, para el tratamiento ambulatorio de Hipertensión Arterial y la Furosemida intravenosa para crisis hipertensivas.

CLASIFICACIÓN⁴⁹

CUADRO N° 6

Antihipertensivos de primera elección:	Mecanismo de acción
Diuréticos tiazídicos	Acción
Hidroclorotiazida	- Actúa disminuyendo el volumen plasmático y del líquido extracelular. - Se absorbe por vía oral la presencia de alimentos aumenta su absorción se elimina por vía renal. - Contraindicado en pacientes con problemas renales, pacientes anuricos e hipersensibilidad a las tiazidas.
Diuréticos de ASA	
Furosemida	Es un diurético muy efectivo, utilizado en tratamientos de: edemas como antihipertensor en crisis hipertensiva y su administración es por vía oral y parenteral.
Bloqueadores beta adrenérgicos:	
Atenolol Pindolol y Timolol.	Actúa bloqueando los efecto de la adrenalina, en hipertensión se usa combinado con otras medicamentos, angina de pecho prevención de infarto del miocardio.
Antagonistas de calcio	Los más utilizados en el tratamiento de la hipertensión son: Amlodipina y Nifedipina que ayudan a prevenir la contracción de los vasos sanguíneos bloqueando la entrada del calcio dentro de sus células. Se absorbe por vía oral se metabolizan en el hígado y se elimina por vía renal.

⁴⁹ [wikipedia.org/wiki/ Antihipertensivo](https://es.wikipedia.org/wiki/Antihipertensivo). Disponible: Clasificación de los medicamentos antihipertensivos más usados es. 15/07/2013.

Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina IECA:

Captopril

- Es un antihipertensivo (agente que reduce la presión arterial).
- Controla la Presión Arterial Alta mediante la relajación de los vasos sanguíneos, pero no la cura. Los niveles elevados de presión arterial pueden dañar sus riñones y causar derrames cerebrales o insuficiencia cardíaca.
- Sirve para el tratamiento de insuficiencias cardíacas (cuando el corazón no bombea con la suficiente fuerza) y de algunos trastornos renales. En pacientes Hipertensos se debe administrar sublingual.

Enalapril

- Actúa sobre el sistema renina-angiotensina aldosterona de forma competitiva específica y reversible.
- Se absorbe por vía oral su vida media es de 3-4 horas ejerce su acción a nivel gastrointestinal y hepática y se elimina por vía renal.
- Reacciones adversas: mareo, cefalea, astenia y fatiga.
- No se debe administrar en embarazadas, lactancia e hipersensibilidad a la Enalapril.

Lisinopril

Utilizado en el tratamiento de hipertensión, insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio y también para prevenir complicaciones renales y retinales de la diabetes. Tiene propiedades que distinguen a los otros IECA: es un hidrófilo, tiene una larga vida y no es metabolizado por el hígado.

Antihipertensivos de Bloqueadores alfa adrenérgicos segunda elección:

Prazocina	▪ Es utilizado en el tratamiento de la hipertensión como droga de segunda elección y es un vasodilatador periférico que actúa sobre los vasos arteriales y venosos reduciendo la presión arterial sin producir taquicardia.
------------------	---

Antagonistas alfa II adrenérgicos:

Metildopa	▪ Simpatolíticos: Reserpina Guanadrel ▪ Vasodilatadores: Hidralazina Nitro prusiato de sodio¹¹.
------------------	--

Fuente: Clasificación de los medicamentos antihipertensivos más usados [es.wikipedia.org/wiki/ Antihipertensivo](https://es.wikipedia.org/wiki/Antihipertensivo). 15/07/2013

2.5.3 RECOMENDACIONES DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Si en la valoración inicial de la presión arterial diastólica el promedio es de 100 mm Hg y la presión arterial sistólica 160 mm Hg los antihipertensivos tienen que ser prescritos a un sin lesión de órgano blanco u otro factor de riesgo cardiovascular. Si la presión arterial diastólica promedio es 90 mm Hg en presencia de lesión de órgano blanco u otros factores de riesgo cardiovascular la terapia antihipertensiva debe ser considerada. La terapia antihipertensiva debe ser fuertemente considerada si la presión arterial sistólica promedio es de 140 mm Hg o más en presencia de lesión de órgano blanco u otros factores de riesgo cardiovascular.

2.5.3.1 CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Conjunto de normas que regulan el comportamiento de los seres humanos en sociedad, que son aceptadas en forma libre y consciente por un individuo.

Debe tener:

VOCACIÓN: la enfermera (o) debe tener capacidad de servicio en la atención de los individuos que necesitan de sus cuidados.

DISCIPLINA: la enfermera (o) debe cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la profesión en el ejercicio profesional

El adulto mayor requiere de un cuidado transdisciplinario efectivo, que incluya no sólo la recuperación sino también y, muy destacadamente, la promoción de su salud, el crecimiento individual y familiar. Este contexto general donde la profesional de enfermería debe entregar su contribución específica complementando a la ciencia del curar

- Ejercicios para fortalecer los músculos y ayudar en la marcha
- Cambio de posición en forma lenta y con apoyo.
- Entrenar en movimientos lentos.
- Baño con seguridad y en posición sentado/a.
- Ayudas de apoyo (bastón - andador) Zapatos
- Valorar los factores que contribuyen a la elevación de la presión arterial.
- Valorar signos y síntomas de afectación de órganos comprometidos.
- Tomar la Presión Arterial y registrar.
- Informar inmediatamente al médico cuando exista alguna anormalidad
- Administrar antihipertensivos prescritos.
- Informar al paciente los niveles de presión arterial encontrados, señalando que esta puede ser controlada pero no curada.
- Educar a los pacientes sobre una dieta hiposódica e hipograsa.
- Desarrollar un plan educativo para eliminar o reducir los factores de riesgo.
- Orientar las prácticas de seguridad en la casa.

- Explicar cómo utilizar las medidas de seguridad para prevenir caídas.
- Tomar medidas correctivas en relación a: mobiliario en el dormitorio, baño, cocina, escaleras, entre otros.
- Considerar los aspectos anotados en la razón científica.
- Educar a los agentes de autocuidado sobre las medidas de sostén para los incontinentes tales como: toallas higiénicas pañales, entre otros dispositivos.
- Incentivar a los usuarios a realizar actividad física acorde a su edad y condición (por lo menos caminar 30 minutos diarios)
- Incentivar a los usuarios a realizar actividad física acorde a su edad y condición (por lo menos caminar 30 minutos diarios).⁵⁰

⁵⁰ *Cuidados de enfermería en el adulto mayor...* Disponible:
Escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/pdf/cuidadosenfermeria.pdf
Dora Silvia Pañi Parapi
Mónica Patricia Paguay Tacuri
María Nélica Quito Tenecota

CAPÍTULO III

3. MARCO REFENCIAL

3.1 DATOS GENERALES

Nombre de la Institución: "HOGAR CRISTO REY"

Tipo de Institución: Social y Privada

Ubicación Geográfica: Se encuentra ubicada en la provincia del Azuay, cantón Cuenca, direcciones: entre Sangurima, Juan Montalvo, Vega Muñoz y Estévez de Toral.

CROQUIS DE LA UBICACIÓN DEL "HOGAR CRISTO REY"

Cuadro N° 7



Fuente: croquis 07/03/13

Realizado por: las autoras

Fundador: fue fundada por el Siervo de Dios, Don Saturnino López Novoa en colaboración con Santa Teresa de Jesús Jornet e Ibars, nombrada Superiora General del Instituto desde sus comienzos en España. El Instituto religioso nace en Barbastro (Huesca) el 27 de Enero de 1873, el 11 de mayo del mismo año se abre la Casa Madre en Valencia. Actualmente el Hogar

Cristo Rey en Cuenca - Ecuador da albergue a muchos ancianos desde hace más de 75 años.

Según el último censo poblacional del año 2001, el 8 por ciento de la población total ecuatoriana está compuesto por personas mayores de 65 años, la proyección para el 2008, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos, INEC, bordea ya el millón de ciudadanos adultos mayores, datos que deben ser tomados en cuenta a fin de que se adopten las medidas correspondientes para la atención a este sector social.⁵¹

Directora. Hermana Rosa Ruíz, directora de la comunidad Hogar Cristo Rey de las hermanas de los Ancianos Desamparados.

Doctor. Departamento de consulta general.

Licenciada KATY DELGADO: Trabajadora social del hogar Cristo Rey

3.2 HISTORIA

En sus 133 años de existencia estuvo regida por 10 Madres Superiores Generales, siendo la actual la Madre M^a Purificación Castro Negro, elegida el 12 de Marzo de 2005.

Actividades El hogar está abierto a las personas mayores más pobres o con escasos recursos económicos, ofrece servicios para ayudar a las personas en dificultad; aquí trabajan hermanitas, voluntarios, profesionales y estudiantes.

El hogar Cristo Rey recibe aportes del proyecto municipal Vida, el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Inclusión Económica y Social.

Infraestructura. Consta de dos plantas, habitaciones, patios de recreación, jardines, una capilla, sala de espera, trabajo social, comedores, cocinas,

⁵¹ Los ancianos compartieron su día con una Casa Abierta- Noticias. ...
www.eltiempo.com.ec/...cuenca/3483-los-ancianos-compartieron-su-dia-...
Dora Silvia Pañi Parapi
Mónica Patricia Paguay Tacuri
María Nélide Quito Tenecota

baños, sala de atención médica y de enfermería, servicio odontológico, psicología, sala de terapia ocupacional.

SERVICIO

Servicios generales incluidos: baño geriátrico; enfermería; jardín; sala de televisión / estar; sala de visitas; sala polivalente; atención religiosa; diarios y revistas; excursiones; fiestas o baile; servicio de acompañamiento; servicio médico propio. Terapia Física Ocupacional y Recreativo, Trabajo Social: Alimentación, higiene y cuidados especiales en salud y enfermedad.⁵²

⁵² *Residencia de Ancianos Cristo Rey* de Coria del Río - Plusesmas.com
www.plusesmas.com/.../residencias_de_ancianos/residencia_de_ancianos.
Dora Silvia Pañi Parapi
Mónica Patricia Paguay Tacuri
María Nélida Quito Tenecota

CAPÍTULO IV

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

- ❖ Identificar los estilos de vida que inciden en la Hipertensión Arterial de los adultos mayores alojados en el Hogar Cristo Rey, Cuenca 2013.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar los factores socioculturales, socioeconómicos, y ambientales.
- Identificar los factores de riesgo como el sedentarismo, edad, sexo, herencia, raza, consumo de sal, obesidad, exceso de alcohol, tabaquismo, que incrementan la incidencia y prevalencia de hipertensión arterial en los adultos mayores alojados en el hogar Cristo Rey.
- Valorar la presión arterial a los adultos mayores alojados según el parámetro establecido del Ministerio de Salud Pública.

CAPÍTULO V

5. DISEÑO METODOLÓGICO

ES INVESTIGACIÓN DE CORTE TRANSVERSAL

Descriptiva, describimos cómo afecta a la sociedad. A su vez, es una investigación transversal, los datos son recolectados en cierto momento en el Hogar Cristo Rey. Con informaciones pasadas y presentes, para describir todas aquellas características que han afectado para que se produzca la enfermedad a lo largo del tiempo y educar para prevenir y mejorar la calidad de vida de generaciones futuras.

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio descriptivo cuantitativo, porque estamos haciendo una presentación de las características de las variables tal cual se presentan, en este caso en las actividades que se llevan a efecto en el Hogar Cristo Rey donde son cuidados los adultos mayores.

5.2 UNIVERSO

Están constituidas por 120 personas adultas mayores, alojados en el Hogar Cristo Rey de la ciudad de Cuenca durante el año 2013.

Trabajamos con 111 adultos mayores. Los mismos que fueron estudiados en el mes de agosto.

5.3 LEVANTAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

La información que se ha levantado para la realización del trabajo que presentamos se lo ha realizado de fuentes primarias y secundarias.

Primarias: Con la aplicación de encuestas a los adultos mayores del Hogar Cristo Rey de la Ciudad de Cuenca Provincia del Azuay.

Secundarias: De estas fuentes recabamos datos de la documentación existente, también recolectamos información bibliográfica la misma que hacemos constar en uno de las Citas Bibliográficas del presente trabajo.

Tabulación de la Información.- utilizamos los programas Microsoft office Excel 2003, además Microsoft office Word que es un procesador de texto. Todos estos programas nos permitieron el procesamiento y el análisis estadístico de manera ordenada los datos encontrados en el hogar Cristo Rey.

5.4 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Hipertensión arterial.- Llamamos hipertensión arterial cuando se toma la presión arterial en tres días consecutivos a la misma hora en la misma posición y reposo, cuando estas cifras muestran los valores de la presión arterial superiores a 140mmHg de máxima (sistólica) y a 90mmHg de mínima (diastólica).

Hipertensión sistólica.- cuando las cifras muestran valores de presión arterial sistólica de 140mmHg o más.

Hipertensión diastólica.- cuando las cifras muestran valores de presión arterial diastólica de 80mmHg o menos.

Normotensión.- se considera cuando sus cifras se encuentran en 120/80mmHg

Hipotensión.- se considera cuando sus cifras se encuentran con valores de 90/50mmHg.

Carbohidratos.- Llamados glúcidos, carbohidratos, hidratos de carbono o sacáridos que se encuentran en azúcares, almidones y fibra.

Encontramos en: panes, cereales, galletas, pastas, viandas, granos, frutas, leche y en menor cantidad en los vegetales.

Grasas Saturadas.- se denominan grasas ricas en ácidos grasos saturados, son un tipo de grasa sólida a temperatura ambiente. Pueden ser tanto de origen animal como vegetal. Grasas saturadas de origen animal como carnes y derivados (carnes grasas, tocino, patés, embutidos, etc.), huevos y derivados (mayonesas, pudding, mouse, etc.) y los lácteos y sus derivados (nata, mantequilla, crema de leche, queso, etc.). En cambio las grasas saturadas de origen vegetal son las grandes desconocidas y se encuentran en los aceites de coco y de palma.

Siempre.- Todo el tiempo.

A veces.- En alguna ocasión o tiempo, como excepción de lo que comúnmente sucede, o contraponiéndolo a otro tiempo u ocasión.

Nunca.- Indica de manera muy intensa en ningún tiempo o ninguna vez.

5.5 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

Variable Independiente

- o Valoración de estilos de vida que influyen en la hipertensión arterial

Variable Dependiente

- o Determinación de factores socioculturales, socioeconómicos, y ambientales.

Variable Interviniente

- o Identificar los factores de riesgo como el sedentarismo, edad, sexo, herencia, raza, consumo de sal, obesidad, exceso de alcohol, tabaquismo, que incrementan la incidencia y prevalencia de hipertensión arterial en los adultos mayores alojados en el hogar Cristo Rey

Variable de Control

- o Valoración de presión arterial a los adultos mayores alojados según el parámetro establecido del Ministerio de Salud Pública.

5.6 TÉCNICAS

- Encuestas acerca de la Hipertensión Arterial, recurso básico en nuestro estudio.
- Observación
- Toma de: presión arterial, en posición sentada, con previo reposo de 10 minutos.
- Valoración y registro de la presión arterial en el adulto mayor de Cristo Rey de Cuenca, 2013

5.7 INSTRUMENTOS

- Formularios: se aplicaron los formularios, previamente elaborado por las autoras, además se utilizó el equipo de signos vitales, reloj, registro, esferos, tensiómetros y estetoscopios.
- Para educar a los adultos mayores utilizamos: material didáctico, grabadora, CD, frutas y refrigerios en el espacio físico de la institución realizamos mímica sobre el buen vivir en el adulto mayor y sus beneficios.

- Para obtener la información sobre los estilos de vida que influyen en la hipertensión arterial en el adulto mayor del hogar Cristo Rey realizamos las siguientes actividades: con previa autorización de la directora del centro: Hermana Ruiz.
- El día jueves 4 de julio del 2013.
- Visitamos a los adultos mayores, conversamos y se valoró el estado de ánimo de conciencia.
- El día martes 9 de junio se inicia la entrevista a cada uno de los adultos mayores con formularios previamente elaborados el mismo que consta en los anexos.
- Este trabajo tuvo una duración de 2 semanas consecutivas hasta el 19 del mismo mes.
- Luego se procedió a la toma de presión arterial a cada adulto mayor, según los procedimientos establecidos.
- Para la presente investigación utilizamos los programas de Microsoft office Excel 2013.

5.8 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Inclusión: todos los adultos mayores alojados en el hogar Cristo Rey.

Exclusión: adultos mayores en estado de inconsciencia, discapacidad.

NOTA:

No se aplica el formulario de encuestas a 9 adultos mayores por presentar dificultad para hablar, discapacidad (sordos-mudos) y parálisis facial.

Por lo que trabajamos con 111 adultos mayores.

5.9 IMPLICACIONES ÉTICAS

La presente investigación no intenta perjudicar al adulto mayor y al personal que labora en la institución, tan solo nos permitió realizar una valoración de los factores que influyen en el desarrollo de la hipertensión arterial y el mal manejo de los estilos de vida.

CAPÍTULO VI

6. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Tabla N° 1. Sexo de 111 Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey. Cuenca, 2013.

SEXO	N°	%
Masculino	37	33,3
Femenino	74	66,7
TOTAL	111	100,0

Fuente. Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey de Cuenca

Elaborado por. Las autoras

ANÁLISIS

De 111 adultos mayores encuestados en el Hogar Cristo Rey, el 33,3% corresponde al sexo masculino, el 66,7% al sexo femenino, lo cual se establece que en este hogar hay más mujeres.

Tabla N° 2. Edad de 111 Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey. Cuenca, 2013

EDAD	N°	%
60 – 70	18	16.22
71 – 80	31	27.93
81 – 90	38	34.23
91 – 100	15	13.51
Desconoce	9	8.11
TOTAL	111	100,0

Fuente. Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey de Cuenca
Elaborado por. Las autoras

ANÁLISIS

De 111 adultos mayores, el 16,22% corresponde a las edades entre 60-70 años, el 27,93% a 71-80 años, el 34,23% a 81-90 años, el 13,51% a 91- 100 años, y el 8,11% desconocen su edad, porque estas personas fueron regaladas al centro de orfanato y otros desconocen su fecha de nacimiento.

Los datos de los adultos mayores muestran el mayor porcentaje se encuentran entre 81- 90 años entre ambos sexos, de manera que la presión arterial máxima (sistólica) como la mínima (diastólica) aumentan con la edad y lógicamente se encuentra un mayor número de hipertensos en los grupos de más edad, en mínimo porcentaje de encuestados desconoce su edad.

**Tabla N° 3. Estado civil de 111 Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey.
Cuenca, 2013.**

ESTADO CIVIL	N°	%
Casado	5	4.50
Viudo	21	18.92
Divorciado	1	0.90
Soltero	71	63.96
Unión Libre	1	0.90
Desconoce	12	10.81
Total	111	100.00

Fuente. Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey de Cuenca

Elaborado por. Las autoras

ANÁLISIS

De 111 adultos mayores el 4.50% son casadas/os, el 18.92% son viudas/os, el 0.90% son divorciadas/os, el 63.96% son solteras/os, el 0.90% son de unión libre, el 10.81% desconocen.

**Tabla N° 4. Instrucción de 111 Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey.
Cuenca, 2013.**

INSTRUCCIÓN	N°	%
Secundaria	1	0.90
Ninguna	35	31.53
Primaria completa	46	41.44
Primaria incompleta	27	24.32
Desconoce	2	1.80
Total	111	100.00

Fuente. Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey de Cuenca
Elaborado por. Las autoras

ANÁLISIS

De 111 adultos mayores el 0,90% secundaria, en ninguna el 31.53%, el 41.44% tiene instrucción primaria completa, primaria incompleta el 24.32% e instrucción desconoce 1.80%.

**Tabla N° 5. Procedencia de 111 Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey.
Cuenca, 2013.**

PROCEDENCIA	N°	%
Azuay	87	78.38%
Cañar	8	7.21%
Chimborazo	1	0.90%
Colombia	1	0.90%
Desconoce	7	6.31%
El Oro	4	3.60%
Loja	1	0.90%
Morona Santiago	1	0.90%
Pichincha	1	0.90%
Total	111	100.00%

Fuente. Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey de Cuenca
Elaborado por. Las autoras

ANÁLISIS

De 111 adultos mayores el 78,38% corresponde al Azuay, Cañar con el 7,21%, desconocen su procedencia el 6,31%, El Oro 3,60%, Chimborazo, Colombia, Loja, Morona Santiago y Pichincha el 0,90%.

Tabla N° 6. Raza de 111 Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey. Cuenca, 2013.

RAZA	N°	%
Blanca	5	4.50
Mestiza	103	92.79
Negra	3	2.70
Total	111	100.00

Fuente. Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey de Cuenca

Elaborado por. Las autoras

ANÁLISIS

De 111 encuestados el 4.50% son de raza blanca, el 92.79% son de raza mestiza y el 2.70% de raza negra. De las investigaciones realizadas la raza mestiza es la población menos propensa a desarrollar enfermedad hipertensiva por razones desconocidas; en tanto que la raza negra tiene el doble de posibilidades de desarrollar hipertensión.

**Tabla N° 7. Presión Arterial de 111 Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey.
Cuenca, 2013.**

PRESIÓN ARTERIAL	N°	%
Hipertensión sistólica	42	37,8
Hipertensión sistólica, diastólica	1	0,9
Normo tensión	55	49,5
Hipotensión	13	11,7
Total	111	100

Fuente. Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey de Cuenca
Elaborado por. Las autoras

ANÁLISIS

El 37.8% tienen hipertensión arterial sistólica aislada, el 0.90% tiene hipertensión sistólica y diastólica el 49.5% son normo tensos de acuerdo a la medición realizada, el 11.7% tienen hipotensión, es decir padecen actualmente de hipertensión arterial el 38.7%, por lo que se encuentran bajo tratamiento médico manteniéndose estables.

**Tabla N° 8. Antecedentes personales de 111 Adultos Mayores del Hogar
Cristo Rey. Cuenca, 2013.**

ANTECEDENTES PERSONALES	N°	%
Artritis	3	2.70
Discapacidad	2	1.80
Gastritis	3	2.70
HTA	32	28.83
HTA+DB	12	10.81
HTA+Discapacidad	1	0.90
Migraña	1	0.90
Ninguno	57	51.35
Total	111	100.00

Fuente. Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey de Cuenca
Elaborado por. Las autoras

ANÁLISIS

De 111 adultos mayores el 2,70% tiene Artritis, el 1,80% Discapacidad, el 2,70% Gastritis, el 28,83% tiene Hipertensión Arterial, el 10,81% presenta Hipertensión Arterial más Diabetes, el 0,90% Hipertensión Arterial más Discapacidad, el 0,90% tiene Migraña y el 51,35% no presenta patologías.

Tabla N° 9. Antecedentes familiares de 111 Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey de Cuenca, 2013.

ANTECEDENTES FAMILIARES	N°	%
Ninguno	1	0.90
Cáncer de estómago	2	1.80
Artritis	1	0.90
Diabetes	1	0.90
Hipertensión	10	9.01
Migraña	1	0.90
Neumonía	2	1.80
Obesidad	3	2.70
Parkinson	1	0.90
Úlcera gástrica	3	2.70
Epilepsia	1	0.90
Desconoce	85	76.58
Total	111	100.00

Fuente. Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey de Cuenca
Elaborado por. Las autoras

ANÁLISIS

De 111 adultos mayores, el 0.90% ninguno o no recuerdan, el 1,80% padecieron de cáncer de estómago, el 0,90% artritis, el 0,90% diabetes, el 9,01% hipertensión, el 0,90% migraña, el 1,80% neumonía, el 2,70% obesidad, el 0,90% parkinson, el 2,70% úlcera gástrica, epilepsia el 0,90% y desconoce el 76.58%.

**Tabla N° 10. Consumo excesivo de sal de 111 Adultos Mayores del Hogar
Cristo Rey. Cuenca, 2013.**

CONSUMO EXCESIVO DE SAL	N°	%
Si	26	23.42
No	85	76.58
Total	111	100.00

Fuente. Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey de Cuenca

Elaborado por. Las autoras

ANÁLISIS

De 111 adultos mayores el 23,42% consume exceso de sal, el 76,58% no consumen en exceso de sal, siendo esta la razón por lo que la población adulta mayor padeciera de hipertensión arterial.

**Tabla N° 11. Consumo de café de 111 Adultos Mayores del Hogar Cristo
Rey. Cuenca, 2013.**

CONSUMO DE CAFÉ	N°	%
A veces	76	68.47
Nunca	29	26.13
Siempre	6	5.40
Total	111	100.00

Fuente. Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey de Cuenca

Elaborado por. Las autoras

ANÁLISIS

De 111 adultos mayores el 68.47% corresponde a veces, el 26.13% nunca, y el 5.41% siempre.

Tabla N° 12. Consumo de carbohidratos y grasas saturadas de 111 Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey. Cuenca, 2013.

CONSUMO DE CARBOHIDRATOS Y GRASAS SATURADAS	N°	%
A veces	92	82.88
Siempre	19	17.12
Total	111	100.00

Fuente. Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey de Cuenca

Elaborado por. Las autoras

ANÁLISIS

De 111 adultos mayores encuestados el 82,88% a veces consumían carbohidratos y grasas saturadas, el 17.12 % siempre consumían carbohidratos y grasas saturadas.

**Tabla N° 13. Actividad física de 111 Adultos Mayores del Hogar Cristo
Rey. Cuenca, 2013.**

ACTIVIDAD FÍSICA	N°	%
A veces	61	54.95
Nunca	25	22.52
Siempre	25	22.52
Total	111	100.00

Fuente. Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey de Cuenca

Elaborado por. Las autoras

ANÁLISIS

De 111 adultos mayores encuestados, el 54.95% A veces realiza actividad física, el 22.52% nunca porque tiene discapacidad total (encamado, amputado), el 22.52% siempre realizar ejercicio.

**Tabla N° 14. Consumo de cigarrillo de 111 Adultos Mayores del Hogar
Cristo Rey. Cuenca, 2013.**

HABITOS. CIGARRILLO	N°	%
Si	14	12.61
No	97	87.39
Total	111	100.00

Fuente. Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey de Cuenca
Elaborado por. Las autoras

ANÁLISIS

De 111 adultos mayores el 12.61% manifiesta haber consumido cigarrillos con frecuencia, el 87.39% indica no haber sido fumador, por lo que los adultos mayores durante su vida mantuvieron un estilo de vida poco saludable respecto al consumo de cigarrillo, ya que su porcentaje es representativo. Según el Ministerio de Salud Pública un promedio de nueve personas diarias mueren por efectos del consumo excesivo del cigarrillo constituyéndose un factor de riesgo porque puede conllevar a complicaciones en adultos mayores como EPOC, Ca pulmonar u otros procesos respiratorios.

**Tabla N° 15. Consumo de alcohol de 111 Adultos Mayores del Hogar
Cristo Rey de Cuenca, 2013.**

HÁBITOS: ALCOHOL	N°	%
Si	19	17.12
No	92	82.88
Total	111	100.00

Fuente. Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey de Cuenca

Elaborado por. Las autoras

ANÁLISIS

De 111 adultos mayores, el 17.12% A consumido con frecuencia, el 82.88% no consume, los adultos mayores encuestados durante su vida mantuvieron un estilo de vida poco saludable. La prevalencia del consumo de alcohol en mayores de 65 años es significativa. Tienen mayor vulnerabilidad a los efectos nocivos del alcohol. Ciertas enfermedades frecuentes en la tercera edad, como Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, agravan con el consumo de alcohol y muchos medicamentos que ingieren pueden provocar graves efectos adversos si se toman junto a bebidas alcohólicas.

En la actualidad los índices del consumo de alcohol han incrementado en la sociedad. Entre un 2 y un 3 por ciento de los alcohólicos tiene más de 65 años de edad. En algunos casos el alcoholismo es el resultado ser un escape a una realidad.

**Tabla N° 16. Consumo de drogas de 111 Adultos Mayores del Hogar Cristo
Rey. Cuenca, 2013.**

CONSUMO DE DROGAS	N°	%
Si	3	2.70
No	108	97.30
Total	111	100.00

Fuente. Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey de Cuenca

Elaborado por. Las autoras

ANÁLISIS

De 111 adultos mayores, el 2.70% consumió durante su juventud; pero de manera esporádica, y el 97.30% no consumían.

**Tabla N° 17. Ingreso económico de 111 Adultos Mayores del Hogar Cristo
Rey. Cuenca, 2013.**

INGRESO ECONÓMICO	N°	%
Ninguno	111	100.00
Total	111	100.00

Fuente. Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey de Cuenca

Elaborado por. Las autoras

ANÁLISIS

El 100% de los encuestados no dispone de ingreso económico, algunos que tenían recursos económicos o que poseían bienes fueron entregados a la institución.

**Tabla N° 18. Actividad que realizan de 111 Adultos Mayores del Hogar
Cristo Rey. Cuenca, 2013.**

LUDOTERAPIA	N°	%
Manualidades: guaipe, tejido,	78	70.27
Pintura	2	1.80
Otros: baile, paseos	31	27.93
Total	111	100.00

Fuente. Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey de Cuenca

Elaborado por. Las autoras

ANÁLISIS

De 111 adultos mayores, el 70.27% realizan manualidades (motricidad gruesa), el 1.80% realizan actividad de pintura, el 27,93% otros (baile, paseos). Establecemos la motricidad gruesa contribuye a mantener la fuerza y tonicidad muscular.

Tabla N° 19. Acceso a servicios de salud de 111 Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey. Cuenca, 2013.

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD	N°	%
Seguro social	9	8.11
Del asilo	102	91.89
Total	111	100.00

Fuente. Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey de Cuenca
Elaborado por. Las autoras

ANÁLISIS

De 111 adultos mayores, el 8.11% tienen seguro social, pero no hacen uso de los servicios ya que reciben atención médica de la institución donde se encuentran alojados, el 91.89% tienen acceso a los servicios de salud de la institución, donde son controlados de sus enfermedades crónicas.

**Tabla N° 20. Antecedentes de obesidad de 111 Adultos Mayores del Hogar
Cristo Rey. Cuenca, 2013.**

ANTECEDENTES DE OBESIDAD FAMILIAR	N°	%
Si	13	11.71
No	98	88.29
Total	111	100.00%

Fuente. Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey de Cuenca

Elaborado por. Las autoras

ANÁLISIS

De 111 adultos mayores, el 11.71% tiene antecedentes de obesidad familiares y personal, ha contribuido a desarrollar la hipertensión arterial, diabetes, etc. Por lo que varios factores han asociado obesidad e hipertensión arterial, entre los cuales se puede mencionar el incremento en el gasto cardiaco en individuos obesos. De otra parte, al parecer los obesos son más susceptibles a la aparición de hipertensión arterial por presentar una disminución en la superficie de filtración renal y un incremento en la renina plasmática. El 88.29% no tiene antecedentes de obesidad.

**Tabla N° 21. Antecedentes de diabetes de 111 Adultos Mayores del Hogar
Cristo Rey. Cuenca, 2013.**

ANTECEDENTES DE DIABETES	N°	%
Si	9	8.11
No	102	91.89
Total	111	100.00

Fuente. Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey de Cuenca

Elaborado por. Las autoras

ANÁLISIS

De 111 adultos mayores, el 8.11% presenta la patología los mismos se encuentran en tratamiento y el 91.89%, no padece la enfermedad.

Tabla N° 22. Factores de riesgo: dolor precordial, dolor de cabeza, anuria de 111 Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey. Cuenca, 2013.

FACTORES DE RIESGOS	SI		NO		TOTAL	%
	N°	%	N°	%		
Dolor precordial	13	11.71	98	88.29	111	100.00
Dolor de cabeza	33	29.73	78	70.27	111	100.00
Anuria	4	3.60	107	96.40	111	100.00

Fuente. Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey de Cuenca
Elaborado por. Las autoras

ANÁLISIS

De 111 adultos mayores, el 11.71% presenta dolor precordial y el 88.29% no padece la sintomatología. El 29.73% presentan cefalea y el 70.27% no presenta cefalea, el 3.60% padece la enfermedad 96.40% no presenta anuria. Establecemos que los adultos mayores encuestados se encuentran con su hipertensión arterial controlada.

CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES

OBJETIVOS	CONCLUSIONES
Determinar los factores socioculturales, socioeconómicos, y ambientales.	Como resultado de la investigación obtuvimos lo siguiente: hay una incidencia considerable de HTA de 40,54% en los adultos mayores alojados en el Hogar Cristo Rey. El 66,7% son mujeres, siendo el 34.23% entre 81 a 90 años. Los adultos mayores desarrollaron la hipertensión arterial como consecuencia de estilos de vida inadecuados por carencia de nivel de educación con el 72,97%, el 100% no tiene ingreso económico, y exponiendo sus condiciones estresantes en la vida cotidiana.
Identificar los factores de riesgo como el sedentarismo, edad, sexo, herencia, raza, consumo de sal, obesidad, exceso de alcohol, tabaquismo, que incrementan la incidencia y prevalencia de hipertensión arterial en los adultos mayores alojados en el hogar Cristo Rey.	Los factores que influyeron en la hipertensión arterial es el sedentarismo el 22,52% ya que muchos de ellos no pueden y no quieren colaborar en las actividades físicas el 54,95% realiza esporádicamente ejercicio físico, el 22,52% no realiza por discapacidades que presentan, el 22,52% siempre realizan actividad física manteniendo el tono y fuerza muscular conservada, lo cual ayuda en la circulación. Los malos hábitos como el consumo de cigarrillo el 12,61% si consumían y alcohol el 17,12% que ingirieron durante su vida por la cual desarrollaron la enfermedad en algunos casos llevando a complicaciones como la diabetes el 8,11%, problemas renales el 3,60%.

Valorar la presión arterial a los adultos mayores alojados según el parámetro establecido del Ministerio de Salud Pública.	Luego de haber realizado la medición de la presión arterial a los adultos mayores se obtuvieron los siguientes resultados el 37,8% tienen hipertensión arterial sistólica aislada, el 0,90% hipertensión sistólica y diastólica, el 49,5% es normotenso y el 11,7% tiene hipotensión, los mismos están controlados por el tratamiento farmacológico prescritos por el médico de la institución. El trabajo contribuyó a la formación investigativa en los estudiantes de tercer año de la carrera de enfermería.
--	--

CAPÍTULO VIII

8.1 RECOMENDACIONES

- La etapa del envejecimiento representa vulnerabilidad para el adulto mayor ya que están expuestos a factores positivos o negativos causando daño a la integridad física y emocional del mismo por lo que se debería fomentar mayor promoción en salud evitando complicaciones.
- Incentivar a los adultos mayores a que en su vivir diario realicen estilos de vida saludables como realizar actividad física, participación en eventos sociales que hará que se prolongue su vida.
- Incentivar a sus familiares para brindar apoyo emocional y participar en la celebración cristiana con los adultos mayores.
- Incentivar a los adultos mayores sobre la importancia de los controles médicos para que tengan un envejecimiento con calidad y calidez.
- Se debería tomar en consideración, el apoyo de un/a Nutricionista, para vigilar constantemente el peso y el cumplimiento del plan alimentario propuesto y adecuado para la edad de cada adulto mayor.
- Se recomienda a los trabajadores de salud de la institución asistir periódicamente para los controles de los adultos mayores.



8.2 GLOSARIO DE ABREVIATURAS

DASH. Dietary Approaches to Stop Hypertension; medidas alimentarias para detener la hipertensión.

GC. Gasto Cardíaco

HTA. Hipertensión Arterial.

IECA. Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina

OMS. Organización Mundial de la Salud

PA. Presión Arterial

PAD. Presión Arterial Diastólica

PAM. Presión Arterial Media

PAS. Presión Arterial Sistólica

RVS. Resistencia Vascular Sistémica

8.3 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. V Esquivel Solís. Disponible. www.scielo.sa.cr/scielo.php?Pid=S1409-14292010000100008...sci...de– 2010.
2. Smiba - Prevalencia de Hipertensión Arterial y Factores de Disponible: www.smiba.org.ar/revista/vol_04/04_06.htm 20/11/2013
3. Hipertensión Arterial: una introducción general - scielo. Disponible: www.scielo.org.pe/scielo.php?Pid=s1728-59172006000200004. Vidalon Fernandez, A. (agosto de 2006). 20/11/2013
4. -Análisis - Instituto Nacional de Estadística y Censos ,Disponible: www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis8.pd 19/11/2013
5. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas.Disponible. whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_916_spa.pdf 12/11/2013
6. Relación del *nivel* de conocimiento y actitud de prevención de la Disponible...uploadss.s3.amazonaws.com/trabajodemetodologiadelainvestigacioncor
7. *Hipertensión arterial* avanza hasta un 40% en el ... - Metro Ecuador www.metroecuador.com.ec/.../8209-hipertension-arterial-avanza-hasta-u.
8. INEC, M. (- de - de 2010).Disponible. www.inec.gob.ec.
9. INEC. (- de - de 2009).Disponible. www.inec.gob.ec.
10. Dr. García Santiago (Cardiólogo).Disponible. Incidencia y medidas preventivas de hipertensión arterial en UPSE. Disponible: upse.edu.ec/.../84-incidencia-y-medidas-preventivas-de-hipertension-arte... año 2008.
11. Equilibrio sodio potasio en la regulación de la presión arterial 01/02/2012 Disponible. www.mednet.cl > de LH Zárate – 2012.
12. Guía de atención de la hipertensión *arterial* –Disponible. www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias13.pd
13. *Trabajo de metodología de la investigacion* corecto - SlideShare.Disponible.

www.slideshare.net/.../trabajo-de-metodologia-de-la-investigacion-corect.

14. INEC, M. (- de - de 2010). Disponible. www.inec.gob.ec.
15. Bitstream,h.(2006). repo.uta.edu.ec/bitstream/handle/7073Castillo%20Marcela.pdf. Disponible: www.inec.gob.ec.
16. La hipertensión *geriátrica*, una prioridad en la atención. - SciELO. Disponible: www.scielo.sld.cu/pdf/mgi/v26n3/mgi04310.pdf
17. Fisiología del *envejecimiento* - Sciences Indexed Since 1998. Disponible. Scienceindex.com/stories/2701048/Fisiologa_del_envejecimien
18. INEC. En el *Ecuador* hay *adultos* mayores, 28% se siente. Disponible. www.inec.gob.ec/.../index.php?...ecuador...adultos-mayores.
19. Ecuador, Sociedad Ecuatoriana de Geriátria y Gerontología. (CP). Normas y Protocolos de Atención de Salud Integral del Adulto Mayor. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Pag. 25. 2011.
20. Fisiología-del-envejecimiento. Disponible: www.em-consulte.com/es/article/300444/
21. Cambios-fisiologicos-5.pdf. Disponible. www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/1%20enero/
22. Cambios Fisiológicos Asociados al Envejecimiento - Dr. Felipe Salechm.ycols. Disponible. www.clc.cl/dev_clc/media/imagenes/pdf%20revista%20m%C3%A9dica/2012/1%20enero/cambios-fisiologicos-5.pdf.
23. *Envejecimiento* - Escuela de Medicina. Disponible. Escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatría/PDF/EnvejeBiologico.pdf
24. Escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatría/PDF/Disponible:EnvejeBiologico.pdf
25. Wikipedia. Estilos de Vida. Disponible: www.consumoteca.com/bienestar-y-salud/vida-sana/estilo-de-vida/
26. Wikipedia. Estilos de Vida y de consumo. Disponible: Elenaudelonevyc.blogspot.com/2012/01/i-estilos-de-vida.html
27. Wikipedia. Relaciones familiares. Disponible:

www.saludaldia.info/nutricion-deportiva/estilos-de-vida-saludables-y-relaciones-interpersonales-del-adulto-mayor.html.

28. Wikipedia. Alimentación saludable. Disponible:

www.zonadiet.com/comida/hipertension.htm#ixzz2gO24KoQG.

29. WWW.Wikipedia. Aprovechamiento del tiempo libre. Disponible:

www.saludaldia.info/nutricion-deportiva/estilos-de-vida-saludables-y-relaciones-interpersonales-del-adulto-mayor.html.

30. www.monografias.com/trabajos88/actividades-fisicas-recreativas-negra-matea/actividades-fisicas-recreativas-negra-matea.shtml

31. Gimnasia para adultos mayores y la tercera edad. Los diez beneficios de realizar actividad física en la tercera edad. 2011. Investigado el 23 de octubre del 2103. Disponible:

Gimnasiaparamayores.blogspot.com/2011/10/los-10-beneficios-de-realizar-actividad.html

32. *Nutrición en la tercera edad* - Dieta y Nutrición - Disponible:

www.webconsultas.com/...nutricion/.../nutricion-en-la-tercera-edad-803

33. Godoy León, Diana Carolina. Diseño y construcción de una plataforma de telemedicina. Disponible:

www.dalcame.com/wdescarga/pani.pdf

34. Wikipedia. Fisiología de la Hipertensión Arterial. Dra. Mirtha Delgado Vega. Especialista de 2do. grado en Fisiología Normal y Patológica. Folleto complementario. Fisiopatología de la Hipertensión Arterial. Disponible:

www.sld.cu/libros/hiperten/desarrollo.html#Fisiopatología.

35. Wikipedia. Fisiopatología de la Hipertensión Arterial - Infomed. Disponible:

www.sld.cu/libros/hiperten/desarrollo.html

36. Wikipedia. Disponible:

Definición toma de presión arterial.

37. Wikipedia. Hipertensión Arterial. Disponible:

www.slideshare.net/loiss77/hipertension-arterial-3047198.

38. Maria Victoria Lopez, C. R. (2012). *Enfermería del Anciano*. Barcelona- España: Masson.
39. INEC. (- de - de 2007). Disponible:www.inec.gob.ec.
40. Linda S. Williams, P. D. (2007-2009). *Enfermería Medico Quirurgica*. Mexico:..Disponible:www.mcgrawhilleducacion.com
41. *Hipertensión Arterial* en el Anciano Disponible:
www.udca.edu.co/component/k2/.../75-hipertension-arterial-anciano.htm
42. wikipedia. cambios morfológicos. com. Disponible::cambios fisiológicos asociados al envejecimiento –
43. *Hipertensión*: MedlinePlus enciclopedia médica. Disponible:
www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000468.htm
44. LindaSwillian.S. Disponible: Paula. D, Hopper. pag 394
45. *Hipertension arterial* prevalencia y factores de riesgo. hospital. ..Disponible:
Ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/.../TESIS-Medicina-RR.pd...de R Rojas - 2007
46. Hipertensión arterial: Disponible:www.monografias.com > Salud
47. Hipertensión arterial sistémica en el adulto mayor - Instituto Nacional.Disponible:
www.geriatria.salud.gob.mx/interior/hipertension.html.
48. Módulo educativo para la promoción de salud ... - cedia Disponible:
Repositorio.cedia.org.ec/bitstream/123456789/697/.../adulto%20mayor.p.
49. [wikipedia.org/wiki/ Antihipertensivo](http://wikipedia.org/wiki/Antihipertensivo). Disponible:
Clasificación de los medicamentos antihipertensivos más usados es. 15/07/2013.
50. *Cuidados de enfermería en el adulto mayor*...Disponible:
Escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/pdf/cuidadosenfermeria.pdf
51. Los ancianos compartieron su día con una Casa Abierta- Noticias.
..www.eltiempo.com.ec/...cuenca/3483-los-ancianos-compartieron-su-dia-...
52. *Residencia de ancianos cristo rey* de coria del ríoPlusesmas.com.Disponible:
www.plusesmas.com/.../residencias_de_ancianos/residencia_de_ancianos.
53. *Las autoras*

8.4 ANEXOS

8.4.1 Anexo 1. OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Estilos de vida que influyen en la hipertensión arterial	Patrones de comportamiento determinados por la interacción entre: características personales, interacciones Sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.	Alimentos	Consumo excesivo de sal	Si /no
			Consumo de café	Si/no
			Consumo frecuente de carbohidratos y grasas saturadas	Arroz, fideo, papa, yuca, verde, pan, pollo frito, carne frito,
		Ejercicios	Trotar, caminar, ejercicios pasivos, bailo terapia	Frecuencia. Siempre A veces Nunca.
		Hábitos	Cigarrillo Alcohol Drogas	Si/no
Factores socioculturales, socioeconómicos, y ambientales.	Socioculturales: transformación del sujeto en su relación con el entorno. Socioeconómico: condiciones sociales, culturales y económicas de la población. Ambientales: vinculadas a la alimentación, uso del suelo, salud, vivienda, trabajo, educación.	Social Cultural Económico Ambiental	Nivel de educación	Primaria Secundaria Superior Otros
			Ingreso económico Bono de desarrollo	\$20-80 \$80 -100 \$100 a más..... \$35-50
			Actividad que realizan	Pintura y manualidades.
			Condiciones de salud	Acceso a: Seguro social. Privada Otros



Factores de riesgo que incrementan hipertensión arterial en los adultos mayores alojados en el hogar Cristo Rey.	Se debe a una combinación de factores de riesgo genéticos y hábitos de consumo.	Factores psicosocial	Edad Sexo	65a100años Masculino/femenino.
		Antecedentes familiares y personales	Antecedentes de Obesidad en familiares. de Diabetes	SI NO Sabe No sabe
		Factores de riesgos cardiovasculares y renales.	Dolor precordial, cabeza. Anuria	Si/no
Presión arterial en los adultos mayores	Relación entre gasto cardiaco volumen circulante, viscosidad sanguínea	Biológico Cultural	Toma de presión	Hipertenso Hipotenso Controlado



8.4.2 Anexo 2

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“ESTILOS DE VIDA QUE INCIDEN EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HOGAR CRISTO REY, CUENCA, 2013”.

A. Datos Generales:

Nombre y Apellidos: _____ Edad: ____ Sexo: ____

Estado Civil: _____ Instrucción: _____ Procedencia: _____

Raza: _____

Diagnóstico: _____

Antecedentes Familiares: _____

B. Estilos de vida

Consumo excesivo de sal si ☐ no ☐

Consumo de café frecuencia: siempre ☐ a veces ☐ nunca ☐

Consumo frecuente de carbohidratos y grasas saturadas:

	Siempre	A veces
Arroz, fideo	☐	☐
Papa, yuca, siempre	☐	☐
Verde, pan,		
Frituras		

Actividad física:	Hábitos	SI	NO
Frecuencia:			
Cigarrillo	☐	☐	
Alcohol	☐	☐	
Drogas	☐	☐	
Siempre	☐		
A veces	☐		
Nunca	☐		

Nivel de educación



Primaria ____ Secundaria ____ Superior ____ Otros ____

Ingreso económico Si ☐ No ☐

Actividad que realizan:

Pintura ☐ manualidades ☐ otros (baile, paseos) ☐

Acceso a los Servicios de Salud: Seguro social: _____ Otros
(Público) _____

Antecedentes de Obesidad en familiares y personal

Si ☐ No ☐

Antecedentes diabetes:

Si ☐ No ☐

Factores de riesgos cardiovasculares y renales.

	Sí	No
Dolor precordial	☐	☐
Dolor de cabeza.	☐	☐
Anuria	☐	☐

8.4.3 Anexo 3

Consentimiento Informado

Cuenca, marzo del 2013

Hermana Rosa Ruíz

DIRECTORA DEL HOGAR CRISTO REY

Ciudad

De nuestras consideraciones:

Un cordial saludo. Nosotras Mónica Patricia Paguay Tacuri con cédula de identidad N° 030267754-7, Dora Silvia Pañi Parapi con cédula de identidad N° 010347375-7 y María Nélide Quito Tenecota con cédula de identidad N°010226667-3 estudiantes de la Universidad de Cuenca Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Enfermería de Tercer Año estamos realizando una investigación para la elaboración de la tesis sobre la valoración de los estilos de vida que inciden en la hipertensión arterial de los adultos mayores del Hogar Cristo Rey, del cantón Cuenca. Nuestro objetivo es identificar los estilos de vida que incidieron en la hipertensión arterial de los adultos mayores de este hogar, la misma que se realizará por medio de la entrevista, toma de presión arterial, revisión de las historias clínicas. Con los resultados de la investigación, se elaborará la tabulación de la misma. La investigación no implicará daño alguno al adulto mayor, tampoco costo para la institución o adultos mayores.

Al estar usted de acuerdo con nuestro trabajo investigativo, solicitamos a usted que nos autorice, el consentimiento en su institución.

Agradecemos de antemano por la favorable acogida que dé a la presente.

Atentamente,

MÓNICA PAGUAY
030267754-7

DORA PAÑI
010347375-7

MARÍA QUITO
010226667-3

SOR: Rosa Ruíz
DIRECTORA DEL HOGAR CRISTO REY

Dora Silvia Pañi Parapi
Mónica Patricia Paguay Tacuri
María Nélide Quito Tenecota

8.4.4 Anexo 4

Cronograma de actividades a realizarse con los adultos mayores del Hogar Cristo Rey de la Ciudad de Cuenca

LUGAR	FECHA	TEMA	RESPONSABLES	SEGUIMIENTO	RESULTADOS ESPERADOS
H.C.R	24/07/13	Charla educativa de estilos de vida saludable. Alimentación saludable. Dieta para pacientes Hipertensos. Entrega de trípticos de alimentos recomendados.	Dra.----- E.E María Quito E.E Dora Pañi E.E Mónica Paguay.	Quincenal	Personal responsable de alimentación con conocimientos acerca de las fuentes de los nutrientes que se necesita en esta etapa de vida.
H.C.R	31/07/13	Importancia de la actividad física. Demostración de las actividades que pueden realizar los pacientes hipertensos	E.E María Quito E.E Dora Pañi E.E Mónica Paguay.	Semanal	Adultos mayores mejoran sus habilidades y destrezas para desarrollar diferentes actividades físicas y mejoran la circulación sanguínea.
H.C.R	09/08/13	Importancia del aseo bucal en la tercera edad.	Dr.-----	Mensual	Los pacientes disminuyan las lesiones en las mucosas.
H.C.R	23/08/13	Higiene personal	E.E María Quito E.E Dora Pañi E.E Mónica Paguay.	quincenal	Los pacientes sepan asearse frecuentemente.
H.C.R.	04/09/13	Charla educativa de Hipertensión arterial Charla educativa de complicaciones de la Hipertensión arterial	Dr.----- E.E María Quito E.E Dora Pañi E.E Mónica Paguay.	Mensual	Todos los pacientes se encuentren monitoreados de manera general para mantener su salud y evitar complicaciones.

8.4.5 Anexo 5

Fotos



