



Nombre de la Licenciatura:

Lic. Trabajo Social y Gestión Comunitaria.

Tema:

La falta de atención médica en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la comunidad de Tectupan, Pichucalco, Chiapas, México.

Nombre de la Materia:

Taller De Elaboración De Tesis.

Alumno:

Méndez Surián Gustavo Antonio.

Nombre del profesor (a):

Lic. Alejandra Torres López.

Cuatrimestre:

Noveno Cuatrimestre.

Comitán de Domínguez, Chiapas; de 16 de julio 2022.

Dedicatoria.

Agradezco a Dios en su infinita bondad por haberme permitido este pequeño logro en el reloj de la vida eterna, y a mis padres Gustavo Méndez Hernández y a mí madre Juana Surián Domínguez, por creer siempre en mí y haberme apoyado en cada una de mis decisiones.

A las personas que ya no estan conmigo pero viven en mí corazon, amigos, conocidos y familiares, El hecho de que las personas cierren los ojos no es señal de que estan muertos, las personas mueren cuando nos olvidamos de ellas.

Barbara Surián Dominguez.
Enrique Surián Hernández.
Miltón Hernández Pedrero.

A mí Esposa Rocio Perez Gomez, a mi Hijo Gustavo Emanuel Méndez Perez, por apoyarme mas de una ocación y aguantar esta travesia conmigo, y a todos que me brindaron su apoyo y tiempo.

Indice.

Contenido

Introducción.....	5
Capítulo I.....	6
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	6
1.2 Preguntas De Investigación.	10
1.3 OBJETIVOS.....	11
1.3.1 Objetivos específicos.....	12
1.4 JUSTIFICACIÓN.	14
1.4.1Justificación Teórica.	14
1.5 HIPOTESIS.....	16
1.6 METODOLOGIA.	17
1.6.1Paragdima interpretativo.	17
1.6.2 Metodo científico.	18
1.6.3 Paradigma.	19
1.6.4 Metodo deductivo.....	19
1.6.5 Enfoque cuantitativo – cualitativo.....	19
1.6.6 Delimitar La Región Geográfica	22
Capitulo II.....	23
2.1 La historia de la presión arterial.	23
2.1.1 Hipertension Arterial.....	25
2.1.2 Clasificación De La Presión Arterial.	27
2.1.3 Los Niveles De Presión Arterial.....	27
2.1.4 Según Los Niveles De Riesgo	28
2.1.5 Desde El Punto De Vista Etiológico.....	29
2.1.6 Hipertensión En Adultos.....	30
2.1.7.- Hipertensión Arterial Sistólica.	31
2.1.8 Factores De Riesgo De La Hipertensión.....	32
2.1.9 Factores De Riesgo Relacionados Con Las Personas.....	32
2.2.0 Factores De Riesgo Modificables.....	33

2.2.1 Síntomas.....	35
2.2.2 Causas.	36
2.2.3 Tratamiento.....	37
2.2.4 Medir La Hipertension.....	41
CAPITULO III	42
1.7 Marco conceptual.	42
CAPITULO IV.....	55
Análisis.....	55
Conclusión.....	56
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	57
La Falta De Atención Médica En Adultos Mayores Con Hipertensión Arterial En La Comunidad De Tectuapán, Pichucalco, Chiapas, México	59
Graficas	61

Introducción

El presente trabajo de investigación se llevará a cabo con el nivel básico, el método que se empleará será el descriptivo exploratorio, ya que no conocemos bien el ejido de Tectuapán de Pichucalco, Chiapas, México, tendrá como objetivo general determinar la atención médica en adultos mayores con hipertensión, y a donde reciben atención medica cuando ellos se sienten mal si hay una clínica de salud con las atenciones adecuadas, para atenderlos en el ejido tiene que bajar a atención médica a la cabecera municipal que es Pichucalco, Chiapas.

Los objetivos específicos serán identificar los conocimientos que tienen los adultos mayores de Tectuapán, sobre la prevención de la hipertensión arterial en base a la alimentación e identificar los conocimientos que tienen, ya que, si ellos tienen un control y cuidado de su salud, ellos podrán tener una buena calidad de vida, sin necesidad de salir de su comunidad.

El propósito del estudio que se realizara es para proporcionar a las autoridades y al área de la salud de Pichucalco, Chiapas, información actualizada que relevante sobre el nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre prevención de la hipertensión arterial, ya que las personas de la comunidad de Tectuapán, pertenecen al municipio de Pichucalco, a fin de que se diseñe y desarrollen programas dirigidos a incrementar los conocimientos sobre medidas de prevención y cuidado de la hipertensión arterial en los adultos mayores de Tectuapán.

Capítulo I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La hipertensión arterial es una enfermedad que ha cobrado importancia mundial desde el siglo XX, “en la actualidad se le considera como una pandemia, y también asesina silenciosa; su incremento puede deberse a los cambios socioculturales, y estilos de vida. Se le considera uno de los factores de riesgo modificables de mayor prevalencia en el mundo, constituye una enfermedad asintomática no curable, problema que a su vez es causante de otras enfermedades cerebrovasculares, insuficiencia renal y enfermedades vasculares periféricas, lo que reduce la expectativa de vida de estos pacientes” (Estilos de vida y prevalencia de hipertensión arterial en las comunidades peruanas, 2010, pág. 23)

Para la Organización Mundial de la Salud “la hipertensión arterial constituye hoy en día un serio problema de salud a nivel mundial, que afecta a los países con mayor o menor desarrollo en materia de salud y cuya prevalencia varía según edad, grupo social, asentamiento poblacional, hábitos alimentarios y culturales; enfermedad que se ubica entre las enfermedades crónicas no transmisibles, los riesgos de la hipertensión arterial son las que dañan los órganos, entre los más comunes está el corazón, cerebro y riñones, con consecuencias letales e incluso la muerte de los pacientes que no se les trata a tiempo o adecuadamente.” (“Hipertensión Arterial”, 2009., pág. 59)

La hipertensión depende de estilo de vida que tenga una persona como por ejemplo en las áreas urbanas, las personas no cuidan su alimentación y cuando llegan a la edad adulta tiene problemas, que afectan más tarde a su salud en la etapa de adulto mayor y desencadenan enfermedades

cardiovasculares. “La creciente expansión en las áreas urbanas y los cambios en los estilos de vida de los países industrializados, dan lugar a una mayor tendencia al sedentarismo y a la obesidad, lo que aumenta la prevalencia de hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares que han sido denominadas asesinas silenciosas, ya que a veces no nos percatamos de su existencia y muchas veces cuando se diagnostica es demasiado tarde”. (Epidemiología de la hipertensión arterial, 2008, pág. 12)

Uno de los objetivos de la Organización Panamericana de Salud (OPS) es modificar el cuadro actual de la prevalencia de las enfermedades crónicas por medio del cambio en el estilo de vida, reconociendo que la inactividad física, el consumo de bebidas alcohólicas y el tabaquismo son los principales factores de riesgo, potencialmente controlables de la hipertensión arterial, siendo el problema significativamente mayor en el sexo masculino. (Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la atención primaria en salud: la contribución de las instituciones de salud en America Latina , 2009, pág. 33)

En España, la hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo cardiovasculares junto con el tabaquismo y las hiperlipidemias, a su vez han establecido una interacción terapéutica capaz de reducir la morbimortalidad cardiovascular; las bajas tasas de control de la hipertensión arterial lo convierten en uno de los objetivos más relevantes de la salud pública. “Varios trabajos españoles, durante las dos últimas décadas han estimado que aproximadamente el 20% de la población adulta padece de hipertensión arterial y, entre 50% y 60% de ellos son consciente de padecerla. Por otro lado, entre los diagnosticados el 40 y 50% reciben tratamiento farmacológico y solo el 25%

están controlados. siendo su incidencia cada vez mayor en América Latina, al igual que en el resto del mundo. En EEUU se registra una prevalencia del 30% de hipertensión arterial” (Educación para la salud y la participación comunitaria, 2011, pág. 17)

En México la incidencia de hipertensión arterial disminuyó de 715 casos nuevos por cada 100 mil habitantes de 15 años a más, a 686 casos entre el 2006 al 2010 respectivamente, la población de 80 años es la más concentra, por ende, reporta la tasa más alta de mortalidad hospitalaria por hipertensión esencial o primaria, 312 hombres y 390 mujeres por cada 100 mil habitantes de cada sexo. (Factores de riesgo para la hipertensión arterial, 2001, pág. 30)

Es importante que el trabajo social se enfoque en lo que es la geriatría, ya que la mayoría de las ciencias se olvida de este ámbito que es importante, muchas de las personas de la tercera edad son olvidadas en un asilo de ancianos, otros son olvidados en un cuarto y muchos más son dejados a su suerte en lugares decadentes, como en la calle donde nadie se preocupa de ellos; y son presa fácil de la sociedad de la cual pertenecieron un día, esto no sucede solo en un lugar si no que esto es un problema internacional, que puede acontecer en París, Canadá, Japón, etc. México no está salvo de esta problemática.

A nivel internacional existe una diversidad de enfermedades que afectan a las personas de la tercera edad, las cuales muchas no son tratadas a tiempo

o en su defecto jamás son tratadas, esto hace que la longevidad de las personas disminuya, una de las enfermedades que atacan a esta población es la Hipertensión Arterial, muchos de los adultos mayores no saben cómo tratar este tipo de enfermedad ya que la desconocen o nunca han oído hablar de ella, la hipertensión es una enfermedad silenciosa que afecta a muchas personas en las zonas urbanas, ahora imaginen como ataca a las personas en zonas rurales y marginadas, que tiene fuera de su alcance los servicios básicos de primer nivel.

Los adultos mayores de 50 a 70 años con hipertensión deben tener información adecuada sobre esta enfermedad, como por ejemplo los cuidados adecuados, el control que deben llevar, etc. Como trabajadores sociales una de nuestras labores es brindarle la información adecuada para su beneficio y el cuidado a su salud, a las veces hacerle tomar conciencia a sus familiares y vecinos para que ellos les brinden su apoyo y los cuidados adecuados de las personas de la tercera edad con hipertensión.

En Chiapas, la hipertensión en el ámbito geriátrico está algo olvidada en esta ciudadanía, hago énfasis en Pichucalco, Chiapas, en la comunidad de Tectuapán, ya que es una comunidad rural donde el acceso es algo remoto y las personas que viven ahí no cuentan con una clínica, donde puedan asistir por apoyo, o tratamiento y prevención de la misma, los adultos mayores de esta comunidad desconocen muchos aspectos de esta enfermedad silenciosa.

1.2 Preguntas De Investigación.

¿Qué personas son mas vulnerable a que se le desarrolle la hipertensión Arterial?

¿Cómo podemos diagnosticar si una persona padece hipertensión Arterial?

¿Las personas que padecen hipertension arterial, asisten periódicamente a consulta médica?

1.3 OBJETIVOS.

El proyecto de investigación estaría enfocado en Proponer ayuda a las personas de la comunidad de Tectuapan y proporcionales a las autoridades locales y a Jurisdicción Sanitaria de Pichucalco, Chiapas.

Explicar a los familiares de las personas de las tercera edad, que deben llevarlos a revisión para prevenir la hipertensión.

Generar apoyos de dependencias Gubernamentales y particulares para esta comunidad.

1.3.1 Objetivos específicos

- Advertir a las autoridades locales que si no tratan la hipertension Arterial, las personal de la tercer edad pueden tener una mala calidad de vida.

- Prevenir las complicaciones vasculares graves.

- Mostrar que tener un sobrepeso u obesidad aumenta el riesgo de hipertensión arterial.

- Mantener un peso saludable puede ayudarle a controlar la presión arterial alta y reducir su riesgo de otros problemas de salud.

- Controlar su presión arterial, debe limitar la cantidad de sodio (sal) que come y aumentar la cantidad de potasio en su dieta.

- Proponer dejar beber alcohol ya que esto ayuda a prevenir una presión arterial alta.

- Demostrar que el fumar cigarrillos eleva su presión arterial y lo pone en mayor riesgo de ataque cardíaco y accidente cerebrovascular.

- Explicar que relajarse y manejar el estrés puede mejorar su salud emocional y física y disminuir la presión arterial alta.

- Sugerir que las personas de la tercera edad hagan ejercicio para una mejor calidad de vida y prevenir accidentes cardiovasculares.

1.4 JUSTIFICACIÓN.

Los trabajadores sociales pertenecemos al ámbito de la salud y tenemos que tener en cuenta a las personas de la tercera edad, y enfocarnos más en aquellas que padezcan alguna enfermedad, como la hipertensión, ya que los adultos mayores deben saber, los cuidados, tratamiento y consecuencias, por no llevar el control adecuado.

1.4.1 Justificación Teórica.

Según el informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), sobre el “Estado del envejecimiento y la salud en América Latina y el Caribe, de la situación socioeconómica de los adultos mayores”. Estado Unidos Mexicanos (MÉXICO) es una subregión, que mostraría el envejecimiento en las próximas dos décadas de manera duplicada y el área rural seguirá siendo importante en cuanto a población adulta mayor. Tanto la tasa de mortalidad y la de natalidad han disminuidos en los últimos 30 años, en consecuencia, se da un aumento de la longevidad que se mide mediante el concepto de esperanza de vida al nacer, la que ha aumentado de 53.47 años en 1970 a 71.22 años para el año 2015.

Los grupos de 50 a 60 años y 60 años a más aumentaron su participación debido fundamentalmente a la mayor sobrevivencia y, por lo tanto, al incremento en los años de esperanza de vida. Las proyecciones al año 2025 indican que la población de mujeres mayores de 60 años alcanzará el 13,7% y la de hombres, el 11,53%. Si se analizan los cambios dentro de los grupos de edad de los adultos mayores de 50 años, se puede observar que de 1970 al

2025, el grupo de mayores de 75 años muestra un aumento sostenido dentro del grupo de adultos mayores.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hipertensión arterial (HTA) es la primera causa de muerte en el mundo, con una prevalencia promedio de 25% con un total de mil millones de adultos mayores hipertensos, cifra que se incrementara en 20 años en más del 50%.

Actualmente 691 millones de personas sufren de hipertensión arterial en el mundo. El informe de Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte que uno de cada tres adultos mayores tiene presión arterial alta en todo el mundo, afección que ocasiona alrededor de la mitad de todas las muertes por accidente cerebrovascular (ACV) y enfermedad cardíaca. De esta manera, pone de relieve el creciente problema de la carga de enfermedades no transmisibles (ENTs).

De lo anterior se desprende la importancia de identificar en la unidad de emergencias a los adultos mayores hipertensos, que están en riesgo de presentar complicaciones patológicas por la recurrencia a la unidad de emergencias.

1.5 HIPOTESIS.

El nivel de conocimiento y la prevención en los adultos mayores sobre la hipertensión arterial en la comunidad de Tectuapán, de Pichucalco, Chiapas.

1.6 METODOLOGIA.

1.6.1 Paragdimas interpretativos.

El presente estudio corresponde a una investigación básica, que da un aporte significativo al trabajo que realizan los trabajadores sociales en el levantamiento de datos, que son de apoyo para conocer los problemas de salud en beneficio de los adultos mayores y es de tipo cuantitativo, pues trata de medir de manera numérica los resultados de la Investigación.

Poder determinar cuántas padecen de Hipertensión Arterial, a través de una encuesta, y con esto tener una visión más exacta, los datos recaudados serán entregados al sector salud.

1.6.2 Metodo científico.

La investigación es descriptiva, correlacional de corte transversal. Es descriptiva por que especifica propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población. Es correlacional porque asocia las variables mediante un patrón predecible para un grupo o población. De corte transversal, las variables se estudiaron simultáneamente en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

1.6.3 Paradigma.

Nivel de conocimiento sobre prevención de hipertensión arterial.

Para ello se apoyara de la herramienta de la encuesta con el instrumento de apoyo utilizaremos el cuestionario, donde estara el registro e informacion de los entrevistados.

1.6.4 Metodo deductivo.

La población estará conformada por los adultos mayores en los cuales esperemos diagnosticar personas hipertensas y personas sanas que tengan la mis edad y la misma calidad de vida, para ellos se estará haciendo un registro para determinar en una cantidad de 30 personas aproximadamente los siguientes criterios.

1.6.5 Enfoque cuantitativo – cualitativo.

La variable tensión arterial resulta de una medición instrumentada expresable en números enteros o decimales, entre los cuales en teoría cabe otro valor. Aunque en la práctica asistencial no suelen utilizarse decimales, se maneja como variable cuantitativa continua.

La presión arterial alta obliga al corazón a trabajar más duro para bombear sangre al resto del cuerpo. Esto hace que la cavidad inferior izquierda del corazón (ventrículo izquierdo) se engrose. Un ventrículo izquierdo engrosado aumenta el riesgo de ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca y muerte cardíaca súbita, esto se maneja como una variable cualitativa.

Criterios de inclusión.

- Adulto mayor hipertenso de 60 años a más, de ambos sexos.
- Adulto mayor que acepta firmar el consentimiento informado de trabajo de investigación.
- Adultos mayores que hablen castellano.

Criterios de exclusión.

- Adulto mayor con alguna alteración mental.
- Adulto mayor sin hipertensión arterial.
- Adulto mayor que no acepte participar en el trabajo de investigación.

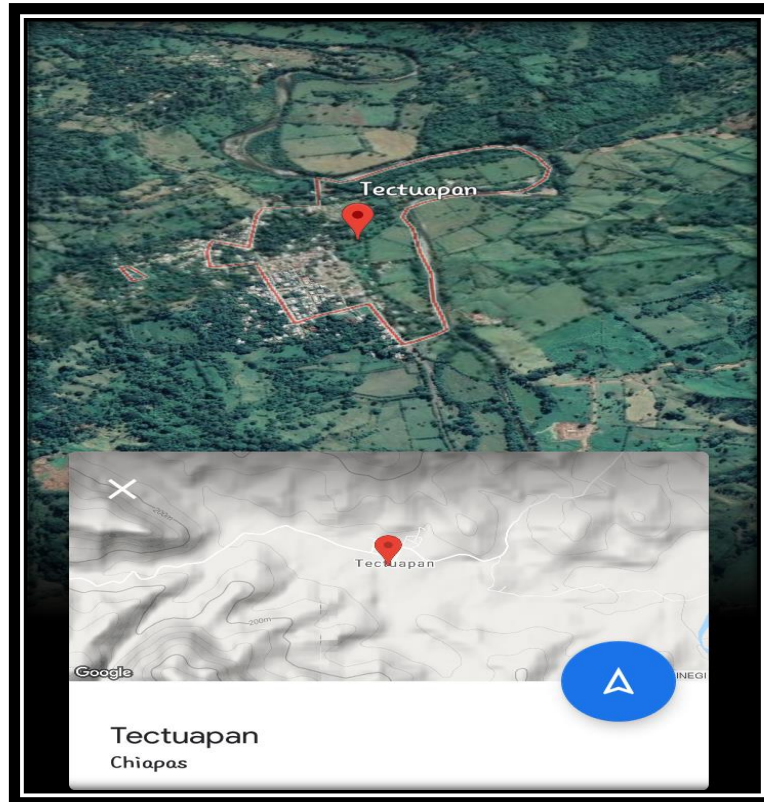
Técnicas E Instrumentos.

En la Investigación se utilizará la técnica de la encuesta, como instrumento un cuestionario donde llevaran un registro de datos generales e instrucciones, donde el entrevistador dará una pequeña presentación y procederá a preguntar los reactivos con preguntas directas y opciones múltiples para el entrevistado, empleando un promedio de 25-30 minutos en su aplicación.

Antes de realizar la recolección de los datos, se gestionará la autorización de las autoridades locales correspondientes, en este caso sería el comisariado ejidal, el tesorero y los vocales que hay en esta comunidad. Se le explicara que la investigación no ocasionara daño a los pobladores/participantes, obteniendo la aprobación del comité, se coordinara con algún integrante del comité las vistas domiciliars para facilitar la investigación ya que ellos conocen más la comunidad, y obtener más fácil el consentimiento de la población para el muestreo.

1.6.6 Delimitar La Región Geográfica

El área de trabajo de este proyecto lo enfocamos en el ejido de Tectuapán, Chiapas del municipio de Pichucalco, Chiapas, localizada a 8.4 kilómetros.



Capítulo II

2.1 La historia de la presión arterial.

La historia de la presión arterial comienza cuando alguien abandona el concepto del corazón como centro de las emociones y lo concibe como una bomba impelente de sangre. Para llegar al concepto de hipertensión fue necesario que se tomara conciencia de que la presión arterial es una variable, como la respiración, la frecuencia cardíaca o la temperatura, y que algunas personas tienen la presión más elevada que otras, de lo cual se deriva que tienen entonces mayor riesgo de enfermar o morir.

La observación científica de que existe un líquido que llamamos sangre y que este circula por arterias se debe a Galeno en el siglo II. Este médico griego, que vivió en Roma, afirmó que la sangre se formaba en el hígado y pasaba al ventrículo derecho del corazón tras la diástole; el aire de los pulmones llegaba al ventrículo izquierdo por la vena pulmonar, durante la sístole la sangre pasaba por comunicaciones interventriculares al ventrículo izquierdo que la enviaba a los pulmones por la arteria pulmonar, en el ventrículo izquierdo se formaba “el espíritu vital” por la unión de la sangre y el aire, irrigaba, por medio de las arterias, todo el cuerpo. Este concepto y el de los cuatro humores: el sanguíneo, el flemoso, el biliar amarillo y el biliar negro, influenciaron la ciencia de la época y la de la naciente Edad Media.

En el siglo XIII la medicina árabe seguía desarrollándose, Ibn an-Nanfi s, describió la circulación pulmonar negando el concepto de la comunicación entre los dos ventrículos. En el siglo XVI Andreas Vesalio (1514-1564), profesor de anatomía en Lovaina tal vez influenciado por las ideas árabes sobre la circulación que llegaban a la Península Ibérica, rebatió a Galeno y publicó en 1543 “De Corporis Humani Fabrica”, un libro detalladamente ilustrado que corregía muchos de los errores de Galeno sin explicaciones textuales.

El abogado y teólogo español Miguel Servet (1511-1553) que había sido discípulo de Vesalio, publicó un libro de teología en el que escribió: “La unión entre las cavidades del corazón no se establece a través del tabique central del corazón, sino que un camino maravilloso conduce la sangre que corre, dando un largo rodeo desde la derecha del corazón hasta el pulmón, donde es sometida a su acción y se hace roja en el momento de la dilatación (diástole), llegando a la cavidad del corazón”. (Educación para la salud y la participación comunitaria, 2011, pág. 24)

William Harvey (1578-1657), publicó el libro *Exercitatio Anatomica de Motu Cordis et Sanguinis in Animalibus*, que es en la actualidad un dechado de claridad y precisión. Harvey no solo estableció conceptos claros de anatomía sino también hizo estudios de función. Así comprobó que el corazón actuaba como una bomba que se contrae en sístole y que la sangre, desde el ventrículo derecho, llega a los pulmones por la arteria pulmonar, mientras que, también en sístole, el ventrículo izquierdo la envía a través de la aorta al resto del organismo. (Factores de riesgo para la hipertensión arterial, 2001, pág. 22)

2.1.1 Hipertension Arterial.

Hipertensión arterial es la elevación de la presión arterial por encima de los límites considerados como “normales”, tomada en reposo no menos de 10 minutos de descanso en la cual las presiones sistólicas y diastólicas pueden estar elevadas, ambas o sólo una de ellas.

La hipertensión arterial es una patología crónica en la que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanto más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear.

Las cifras obtenidas se expresan mediante un binomio, cuyo numerador es la presión sistólica y el denominador es la presión diastólica, representada en milímetros de mercurio (mm Hg). Los valores normales establecidos para la niñez y la adolescencia van de acuerdo a percentiles específicos de la medición de la presión sanguínea según sexo, altura en centímetros (cm) y peso en kilogramos (Kg). Para las personas adultas se considera presión arterial normal, los valores inferiores a 140/90 y superiores a 100/60 mm Hg.

La hipertensión arterial, dijo, se define como la elevación constante de la presión en los vasos sanguíneos; mientras más alta es, más trabajo efectúa el corazón para bombear con eficiencia la sangre en el organismo.

Cigarroa López explicó que la presión sistólica (alta) es igual o superior a 140 milímetros de mercurio, unidad de medida para la presión; y la diastólica (baja), igual o superior a 90 milímetros de mercurio. Sin los niveles normales de presión, será deficiente el funcionamiento de órganos vitales como corazón, cerebro y riñones.

Es una enfermedad crónica, de causa múltiple, que produce daño vascular sistémico e incrementa la morbilidad y mortalidad de diversas enfermedades cardiovasculares. Es un problema de salud pública porque de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hipertensión arterial es causante de por lo menos 45% de las muertes por cardiopatías y 51% por enfermedad vascular cerebral; afecta desproporcionadamente a las poblaciones de ingresos bajos y medianos: casi 80% de las muertes de causa cardiovascular corresponden a países con estas características económicas y sociales. Además, constituye la cuarta causa como factor de riesgo de defunción. (“Hipertensión Arterial”, 2009.)

2.1.2 Clasificación De La Presión Arterial.

Para clasificar la hipertensión arterial, se pueden considerar tres criterios básicos:

- Según los niveles de presión arterial.
- Según los niveles de riesgo.
- Desde el punto de vista etiológico.

2.1.3 Los Niveles De Presión Arterial.

Criterios de la OMS / ISH / SEH / SEC. La Organización Mundial de la Salud (OMS), la International Society of Hypertension (ISH), la Sociedad Europea de Hipertensión (SEH) la Sociedad Europea de Cardiología (SEC) distinguen tres grados de presión arterial. Clasificación de los niveles de tensión arterial (mm Hg), según la OMS / ISH / SEC / SEH. (“Hipertensión Arterial”, 2009.)

Sistólica (mm Hg)	Diastólica (mm Hg)	
Presión arterial óptima	< de 120	< de 80
Presión arterial normal	120-129	80 a 84
Presión arterial normal alta	130-139	85 a 89
HTA etapa 1	140-159	90 a 99
HTA etapa 2	160-179	100 a 109
HTA etapa 3	=180	=110
Hipertensión sistólica aislada	>140	<90

2.1.4 Según Los Niveles De Riesgo

Para determinar la implicación de otros factores de riesgo cardiovascular en la morbilidad de los pacientes hipertensos, se han clasificado a estos en tres grupos o niveles, lo cual orienta también al médico a determinar la prioridad que se le debe dar al tratamiento no medicamentoso para de esta forma evitar complicaciones.

1. Estratificación del riesgo (JNC VII)

1.1 Grupo de riesgo A

- Sin factores de riesgo.
- No evidencia clínica de daño a órganos blanco.

1.2. Grupo de riesgo B

- Con factores de riesgo que no incluyen la diabetes mellitus.
- No evidencia clínica de daño a órganos blanco.

1.3. Grupo de riesgo C

- Enfermedad de órganos blanco, evidencia clínica de enfermedad cardiovascular y/o diabetes mellitus
- Con o sin otros factores de riesgo cardiovascular.

2.1.5 Desde El Punto De Vista Etiológico.

La hipertensión arterial según la causa que la origina se divide en:

➤ Hipertensión arterial esencial: Es la elevación mantenida de la presión arterial de causa heredofamiliar condicionada según las últimas investigaciones por el aumento acentuado de la acción de la angiotensina II sobre las arterias, músculo cardiaco y la acción de la aldosterona.

➤ Hipertensión arterial secundaria: Es la elevación mantenida de la presión arterial provocada por alguna enfermedad. Se debe sospechar hipertensión arterial secundaria en las siguientes circunstancias:

- Edad de aparición antes de los 20 años o después de los 50 años.
- Hipertensión arterial mayor de 180/110 en ausencia de historia familiar.
- Datos clínicos que sugieran hipertensión arterial secundaria (historia familiar de enfermedad renal, presión arterial variable con taquicardia y sudor, soplo abdominal, hipocalcemia, etc.).
- Hipertensión arterial resistente al tratamiento.
- Hipertensión arterial que se agrava de forma inexplicable.
- Hipertensión arterial acelerado o maligna.
- Hipertensión arterial de comienzo agudo. (“Hipertensión Arterial”, 2009.)

2.1.6 Hipertensión En Adultos.

La presión arterial aumenta con la edad debido al proceso de envejecimiento, por incremento en la rigidez de las arterias, el remodelado vascular y por cambios en los mecanismos renales y hormonales, por tanto, se espera que se eleve la incidencia de hipertensión arterial en los adultos mayores.

La hipertensión arterial es una de las enfermedades más frecuentes en las personas mayores (su incidencia aumenta con la edad) y se caracteriza porque las cifras habituales de tensión arterial están por encima de 90 mmHg de mínima (diastólica) y de 140 mmHg de máxima (sistólica), siendo esta última la más significativa en las personas de edad avanzada. (Factores de riesgo para la hipertensión arterial, 2001)

Más de la mitad de las personas mayores de 65 años presentan este problema que, por otra parte, debe considerarse como una enfermedad crónica que constituye un importante factor de riesgo cardiovascular y que en muchas ocasiones se asocia a otros en este grupo de población, como es el caso del hipercolesterolemia y la diabetes tipo 2 o diabetes del adulto. (Benjamín, 2001)

El grupo poblacional de 60 años o más se caracteriza por su aumento progresivo y por una prevalencia elevada de HTA. Por ello, en este grupo, la valoración de la presión arterial (PA) es muy importante, ampliamente aplicable y necesaria para un adecuado control de la HTA. Además, es destacable que la hipertensión sistólica aislada es la que aparece con mayor frecuencia en este

grupo poblacional. En este contexto, el aumento de la presión arterial sistólica se asocia con resultados adversos, incluyendo ataque cerebrovascular, enfermedad cardiovascular y muerte. En este grupo de pacientes la hipertensión puede atribuirse a numerosos cambios estructurales y funcionales, como, por ejemplo, la vasculatura que se desarrolla con el aumento de la edad. (Factores de riesgo para la hipertensión arterial, 2001)

2.1.7.- Hipertensión Arterial Sistólica.

Es un importante problema de salud en los pacientes de edad avanzada. Se caracteriza por presión arterial sistólica ≥ 140 mm Hg, presión arterial diastólica < 90 mm Hg y, en consecuencia, presión de pulso por encima de los 50 mm Hg. Este problema de salud afecta a más del 50% de los pacientes mayores de 60 años, y es una causa importante de ataque cerebrovascular, así como de enfermedad cardiovascular y renal. La presión de pulso elevada es una consecuencia y un indicador de las arterias rígidas en los pacientes con hipertensión arterial sistólica, y se ha demostrado que es un predictor de la disminución de la función endotelial, apoplejía, enfermedad cardiovascular y mortalidad. (Epidemiología, detección y prevención de enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial, 2012, pág. 15)

La rigidez arterial aumentada es el fenotipo vascular de la hipertensión sistólica, especialmente de las grandes arterias. Este es un fenómeno propio en la edad avanzada y se debe principalmente a la fractura de las laminillas de elastina en la pared de la aorta, de manera que, los tramos de la pared tienen mayor distensión de las fibras de colágeno, lo que causa mayor rigidez. La

presión arterial sistólica elevada, en comparación con la diastólica, se asocia más con la morbilidad y mortalidad cardiovascular. (J., 2012, pág. 18)

2.1.8 Factores De Riesgo De La Hipertensión.

La inmensa mayoría de los casos corresponde a lo que se llama hipertensión arterial “esencial”. Aunque no hay una causa concreta se sabe que alguna de estas causas, entre otras, juega un papel muy importante en su desarrollo: herencia familiar, alimentación inadecuada, obesidad, inactividad y vida sedentaria, tabaco, estrés, consumo excesivo de alcohol. Todos estos factores ligados al estilo de vida provocan una rigidez precoz de las arterias.

2.1.9 Factores De Riesgo Relacionados Con Las Personas.

Entre los factores de riesgo hereditario y físico más comunes de la hipertensión arterial se incluyen: Antecedentes familiares: Si sus padres u otros familiares cercanos tienen hipertensión arterial, existe una mayor probabilidad de que la desarrolle.

Edad Cuanto mayor sea, mayor será su riesgo de desarrollar hipertensión arterial. A medida que envejecemos, nuestros vasos sanguíneos pierden gradualmente parte de su calidad elástica, lo que puede contribuir a aumentar la presión arterial. Sin embargo, los niños también pueden desarrollar hipertensión arterial.

Sexo: Hasta los 64 años, los hombres tienen más probabilidades de desarrollar hipertensión arterial que las mujeres. A partir de los 65 años, las mujeres son las que tienen más probabilidad de desarrollar hipertensión arterial.

Enfermedad renal crónica (ERC): La HTA puede producirse como consecuencia de una enfermedad renal. Además, la HTA también puede agravar el daño renal.

2.2.0 Factores De Riesgo Modificables.

Son los factores de riesgo que se pueden cambiar para ayudar a prevenir y controlar la hipertensión arterial, entre ellos:

Falta de actividad física: Si no práctica suficiente actividad física como parte de su estilo de vida, aumentará el riesgo de desarrollar hipertensión arterial. La actividad física es excelente para el corazón y el sistema circulatorio en general, y la presión arterial no es una excepción.

Una dieta poco saludable: especialmente un alta en sodio: Una buena nutrición procedente de diversas fuentes es fundamental para su salud. Una dieta con un alto consumo de sal, calorías, grasas saturadas y azúcar conlleva un riesgo adicional de hipertensión arterial.

Sobrepeso u obesidad: Mover demasiado peso supone un esfuerzo adicional para su corazón y su sistema circulatorio y puede causar graves problemas de salud. También aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes e hipertensión arterial.

Beber demasiado alcohol: El uso excesivo y regular de alcohol puede causar muchos problemas de salud, como insuficiencia cardíaca, derrame cerebral y latido cardíaco irregular (arritmia). Puede hacer que la presión arterial se eleve drásticamente y también puede aumentar el riesgo de cáncer, obesidad, alcoholismo, suicidio y accidentes.

Apnea del sueño: La apnea obstructiva del sueño puede aumentar el riesgo de desarrollar HTA y es común en personas con hipertensión resistente.

Colesterol alto: Más de la mitad de las personas con HTA también tienen el colesterol alto.

Diabetes: La mayoría de las personas con diabetes también desarrollan HTA.

Consumo de alcohol y tabaco: El consumo de tabaco puede provocar un aumento temporal de la presión arterial y contribuir al daño de las arterias. El tabaquismo pasivo, que es la exposición al humo de otras personas, también eleva el riesgo de cardiopatía, incluso para los no fumadores.

Estrés: El estrés no es necesariamente malo por sí mismo. Sin embargo, el exceso de estrés puede contribuir a aumentar la presión arterial. Además, demasiado estrés puede fomentar comportamientos que aumentan la presión arterial, como una dieta deficiente, inactividad física y el consumo de tabaco o alcohol de forma más habitual. La situación socioeconómica y el estrés psicosocial pueden afectar al acceso a las necesidades básicas de vida, la medicación, los profesionales de la salud y la capacidad de adoptar cambios saludables en el estilo de vida. (Epidemiología de la hipertensión arterial en el Perú, 2006, págs. 16-18)

2.2.1 Síntomas.

La mayoría de las personas con presión arterial alta no tienen signos ni síntomas, incluso si las lecturas de presión arterial alcanzan niveles peligrosamente elevados. Algunas personas con presión arterial alta pueden tener dolor de cabeza, dificultad para respirar o sangrado nasal, pero estos signos y síntomas no son específicos y, por lo general, no se presentan hasta que dicho trastorno alcanza una etapa grave o potencialmente fatal.

2.2.2 Causas.

Existen dos tipos de presión arterial alta.

Hipertensión primaria (esencial).

En la mayoría de los adultos, no hay una causa identificable de presión arterial alta. Este tipo de presión arterial alta, denominada hipertensión primaria (esencial), suele desarrollarse gradualmente en el transcurso de muchos años.

Hipertensión secundaria.

Algunas personas tienen presión arterial alta causada por una enfermedad no diagnosticada. Este tipo de presión arterial alta, llamada hipertensión secundaria, tiende a aparecer repentinamente y causa una presión arterial más alta que la hipertensión primaria. Diversos trastornos y medicamentos pueden producir hipertensión secundaria, entre ellos:

- Apnea obstructiva del sueño.
- Problemas renales.
- Tumores de la glándula suprarrenal.
- Problemas de tiroides.
- Ciertos defectos de nacimiento (congénitos) en los vasos sanguíneos.
- Ciertos medicamentos, como las pastillas anticonceptivas, los antigripales, los descongestionantes, los analgésicos de venta libre y algunos medicamentos recetados.
- Drogas ilícitas, como la cocaína y las anfetaminas.

2.2.3 Tratamiento.

Cambiar el estilo de vida es muy importante en el control de la presión arterial alta. El médico puede recomendar los siguientes cambios en el estilo de vida:

- Llevar una dieta con menos sal saludable para el corazón.

- Realizar actividad física regular.

- Mantener un peso saludable o perder peso si tienes sobrepeso u obesidad.

- Limitar la cantidad de alcohol que consumes.

Sin embargo, en ocasiones los cambios en el estilo de vida no son suficientes. Además de la dieta y el ejercicio, es posible que el médico recomiende medicamentos para bajar la presión arterial.

Estos medicamentos podrían ser:

Diuréticos de tiazida. Los diuréticos son medicamentos que actúan sobre los riñones para ayudar al cuerpo a eliminar el sodio y el agua y, de este modo, reducir el volumen de sangre.

Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina. Estos medicamentos, como el lisinopril (Zestril), el benazepril (Lotensin), el captopril (Capoten) y otros, ayudan a relajar los vasos sanguíneos al bloquear la formación de una sustancia química natural que los estrecha. Las personas con una enfermedad renal crónica pueden beneficiarse de usar como medicamento un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina.

Bloqueadores del receptor de la angiotensina II. Estos medicamentos ayudan a relajar los vasos sanguíneos al bloquear la acción, y no la formación, de una sustancia química natural que los estrecha. Los bloqueadores de los receptores de la angiotensina II comprenden el candesartán (Atacand), el losartán (Cozaar) y otros. Las personas con una enfermedad renal crónica pueden beneficiarse de usar como medicamento un bloqueador de receptores de la angiotensina II.

No farmacológico:

Reducción de sodio: El exceso de sodio juega un papel fundamental en la fisiopatología de la hipertensión particularmente en los adultos mayores. Una dieta alta en sal promueve cambios fibróticos en las células musculares lisas induciendo la síntesis de colágeno, lo que resulta en su acumulación en las paredes arteriales, disminuyendo así su elasticidad con el paso del tiempo, característica de la hipertensión sistólica aislada.

Además, la disminución de la función renal asociada con la edad predispone a los adultos mayores a retener sodio, lo que contribuye a incrementar el volumen circulante, por tanto, una dieta baja en sodio promueve mayores beneficios en este grupo de pacientes al disminuir el volumen sanguíneo y favorecer mayor disminución de la presión arterial en comparación con adultos jóvenes.

Reducción de peso y actividad física: la relación entre obesidad, hipertensión y enfermedad cardiovascular se ha estudiado ampliamente y está bien descrita, la presión arterial se incrementa aproximadamente 3 mmHg por cada 10 kg de aumento de peso corporal y se vincula con 12% de incremento del riesgo de muerte por enfermedad coronaria y 24% de enfermedad vascular cerebral, este riesgo se incrementa aún más en la población anciana, en contraparte, la práctica regular de ejercicio aeróbico ha mostrado no sólo reducir la presión arterial, sino mejorar en general la salud cardiovascular.

El mismo estudio TONE demostró que la reducción de 3.5 kg disminuyó la necesidad de antihipertensivos en 30% y los pacientes que formaron parte del grupo de intervención mediante ejercicio y reducción de peso lograron mejor control de la presión arterial.

Alimentación: se han estudiado y documentado los beneficios de la dieta rica en vegetales y frutas y baja en carbohidratos y proteínas, conocida como dieta DASH, para la salud cardiovascular. En estudios controlados se ha observado disminución de incluso 10 mmHg en personas hipertensas y 3.5 mmHg en personas no hipertensas posterior a la modificación de la dieta de un periodo de ocho semanas.

En combinación con la reducción en la ingesta de sal, se esperaba la disminución aún más importante en las cifras de presión arterial. Sin embargo, en el caso de los adultos mayores y sobre todo en el caso de los adultos mayores frágiles deben tenerse en cuenta algunas consideraciones particulares para recomendar la modificación y la restricción de algunos alimentos.

Muchos de los pacientes adultos mayores frágiles tienen requerimientos particulares, sobre todo en la ingesta de proteínas, recomendar una restricción de alimentos ricos en proteínas puede traer consigo incrementar el riesgo de desnutrición, sobre todo si no se cuenta con la supervisión cercana y constante del estado nutricional del paciente.

2.2.4 Medir La Hipertension.

Existen tres tipos de aparatos para medir la presión arterial:

Esfigmomanómetro de mercurio, es el más exacto y menos expuesto a errores, para su uso se requiere un fonendoscopio.

Esfigmomanómetro de aire, es el más utilizado y es también un aparato preciso e igualmente necesita de un fonendoscopio para su uso.

El aparato electrónico, este tipo de aparato se utiliza mucho para realizar el autocontrol, no necesita fonendoscopio porque lleva un detector del pulso incorporado, es de fácil manejo. Se trata de un aparato muy sensible a los ruidos y a los movimientos, para que los valores obtenidos sean exactos, es necesario que el brazo no se mueva y que no se hable.

CAPITULO III

1.7 Marco conceptual.

La atención es la capacidad para observar lo que nos interesa y dejar de mirar lo que no queremos o no deseamos ver. La atención es el proceso a través del cual podemos dirigir nuestros recursos mentales sobre algunos aspectos del medio, los más relevantes, o bien sobre la ejecución de determinadas acciones que consideramos más adecuadas de entre las posibles. Hace referencia al estado de observación y de alerta que nos permite tomar conciencia de lo que ocurre en nuestro entorno. (Papalia, 1996, pág. 4)

La atención abierta va acompañada de una serie de respuestas motoras y fisiológicas que producen modificaciones posturales en el sujeto; en la encubierta no es posible detectar sus efectos mediante la observación. (Psicología., 1996, pág. 6)

En otra línea se encuentran Pinillos (1975) y Ballesteros (2000) según estos la atención es un proceso de focalización y selección de aquella información más relevante y una selección de aquellos estímulos importantes quedando el resto de estímulos más difusos por no formar parte del núcleo central del proceso.

Tudela (1992) en su intento por ofrecer una definición parece compartir opiniones con los autores previamente citados, pues se observa una fusión de las definiciones hasta ahora ofrecidas añadiendo que la atención es un mecanismo central de la capacidad limitada para continuar agregando lo ya citado por Kahneman (1973) “cuya función primordial es la de controlar” y orientar la actividad consciente del organismo de acuerdo con un objetivo determinado (pinillos 1975).

William James (1890) definía la atención como “el proceso por el que la mente toma posesión, de forma vivida y clara, de uno de los diversos objetos o trenes de pensamiento que aparecen simultáneamente. Focalización y concentración de la conciencia son su esencia.

Tradicionalmente, la atención ha sido considerada de dos maneras distintas, aunque relacionadas. Por una parte, se ha considerado un aspecto de la percepción, cuya función es actuar como filtro de los estímulos ambientales, decidiendo cuáles son los más relevantes, dándoles prioridad por medio de la concentración. Por otro lado, se ha concebido como el mecanismo que controla y regula los procesos cognitivos.

Aleksandr Luria (1962) destacaba como características esenciales de la atención la selectividad y la permanencia; así, consideraba la atención como el factor responsable de extraer los elementos esenciales para la actividad mental, el proceso que mantiene una vigilancia sobre el curso de la actividad mental.

El término medicina proviene del latín medicina y hace referencia a la ciencia que permite prevenir y curar las enfermedades del cuerpo humano. Medicina también se utiliza como sinónimo de medicamento (del latín medicamentum, que es la sustancia que permite prevenir, aliviar o curar las enfermedades o sus secuelas. La medicina, junto a la farmacia, la enfermería y otras disciplinas, forman el grupo de las ciencias de la salud, dedicadas al diagnóstico, la prevención y el tratamiento de las enfermedades. (Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la atención primaria en salud: la contribución de las instituciones de salud en America Latina , 2009, pág. 14)

La medicina es la más humana de las ciencias y la más científica de las artes. Este aforismo señala el carácter dual de nuestra profesión y expresa plenamente el pensamiento del doctor Ignacio Chávez, en cuyo recuerdo se ha denominado esta conferencia que hoy tengo el gran honor de exponer. (Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la atención primaria en salud: la contribución de las instituciones de salud en America Latina , 2009)

El lugar que ocupa la Medicina en la clasificación de los conocimientos humanos ha cautivado la atención de filósofos, juristas, humanistas y científicos en general. Lo anterior se debe a la importancia de la función social de esta práctica. En tiempos anteriores, la Filosofía habló de la Medicina sólo para contribuir a constituir su hagiografía. Hoy la Epistemología ha tomado el relevo en la crítica. El Psicoanálisis, de igual manera, ha cuestionado esta práctica, principalmente a la Psiquiatría con relación a la manera como esta profesión aborda el concepto de síntoma. (OPS, 2009)

Las leyes de la ciencia no se pueden aplicar a la Medicina. El sujeto está por fuera de ella, no tiene estatuto científico, ya que sus síntomas son unos significantes que hacen que cada cual se pueda distinguir de los demás. Esto es: su sufrimiento no se puede generalizar. Es comprensible que la Medicina, de acuerdo a las investigaciones médicas, tenga que codificar, clasificar enfermedades, síndromes y generalizar tratamientos. (Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la atención primaria en salud: la contribución de las instituciones de salud en America Latina , 2009, pág. 9)

"La Medicina no es ciencia. Es precisamente una profesión, una actividad práctica. Como tal, significa un punto de vista diferente de la ciencia. Se propone curar o mantener la salud en la especie humana. A este fin echa mano de cuanto parezca a propósito: entra en la ciencia y toma de sus resultados cuanto considera eficaz, pero deja el resto. Deja de la ciencia sobre todo lo que es más característico: la fruición por lo problemático. Bastaría esto para diferenciar radicalmente la Medicina de la ciencia. Ésta consiste en un "prurito" de plantear problemas. Cuanto más sea esto, más puramente cumple su misión. Pero la Medicina está ahí para aprontar soluciones. Si son científicas, mejor. Pero no es necesario que lo sean. Pueden proceder de una experiencia milenaria que la ciencia aún no ha explicado ni siquiera consagrado". (Ortega y Gasset 2009).

El curandero tiene un saber sobre lo general y el médico sabe la razón por la cual una determinada forma de tratamiento tiene éxito y entiende su acción, porque persigue la relación entre causa y efecto. El concepto de la techne, no se refiere a la aplicación práctica de un saber teórico, sino que constituye una forma propia del conocimiento técnico. La techne es aquel saber

que representa una determinada habilidad. Desde el comienzo, está ligada a una excelente capacidad de producir. (Ortega y Gasset 2009).

Chakiel: (2009,53), ha definido a la persona adulta mayor como aquella persona por arriba de los 60 o 65 años, este umbral es sin duda arbitrario y no puede contemplar multidimensionalidad de un estado que depende de muchos factores, en los que la edad por sí solo significaría nada. Esta época coincide con la edad de retiro en la mayoría de los países.

Hyppönen. (2010,29), el punto de corte para la edad varía mucho de forma individual, ya que muchas personas encuentran difícil llamarse a sí mismos, adultos mayores, incluso después de la edad de 75 años. Sin embargo, a partir de los 75 años la cantidad de trastornos corporales empieza a aumentar y posterior a los 85 años la mayoría de las personas presentan dificultad en la movilidad y en las funciones sensoriales.

Cravit. (2008,92), estas definiciones se contraponen con la de varios autores como David Cravit, quien en su libro “The New Old” (Los nuevos viejos) nos dice que no se puede dar una definición exacta acerca de qué edad el ser humano llega a ser reconocido socialmente como adulto mayor.

La Organización Mundial de la Salud. (2009,17), este es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etéreo que comprende personas que tienen más de 65 años de edad. Por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzado este rango de edad, son lo que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos.

Es preciso aclarar que la Medicina no puede tener por objetivo curar. Si se habla desde el arte, es justo plantearla no como el arte de curar, sino más bien el arte de aliviar. Curar es diferente de aliviar. Aun en enfermedades leves, él no le puede prometer al paciente una cura. El médico se debe comprometer a utilizar todo su empeño, lo que esté a su alcance, sus conocimientos, su preparación técnica para que en el procedimiento que vaya a realizar (médico o quirúrgico), el efecto deseado y esperado se consiga. (CR., 2008)

La medicina, como cualquier otra disciplina, puede ser vista como una actividad o como un cuerpo de conocimientos. En ambos casos puede considerársela como ciencia, como técnica, o como una combinación de ambas. Finalmente, también deben estudiarse las organizaciones donde se practica la medicina. Para facilitar la discusión empecemos por algunas definiciones A la luz de estas definiciones, se sugiere que el cuerpo de los conocimientos y procedimientos médicos modernos es mitad ciencia aplicada y mitad técnica científica biosocial. (Medicina moderna: la construida por Virchow, Bernard, Pasteur y otros.)

En la antigua Grecia, Sócrates, Platón o Jenofonte utilizaban la palabra fronesis para expresar ‘espíritu, mente, inteligencia, conocimiento, sabiduría, nobleza, magnanimidad, propósito, buen juicio, temple, ánimo, confianza en sí mismo’, etc. A lo largo del s. V a.C., el concepto extiende su campo semántico a determinadas capacidades como el conocimiento del valor y del bien, el espíritu animoso, conocer los bienes supremos, conocer la causa última de las cosas y del universo. Pero a partir de Aristóteles, aun conservando la polisemia anterior, fronesis se refiere cada vez más, no tanto a la vida contemplativa y a la comprensión teórica, sino a la vida activa y al entendimiento práctico, al mundo de las elecciones cotidianas, para las que se hace necesario poseer ‘buen juicio, temple, confianza en sí mismo para saber elegir aquello que resulte más conveniente’ para activar o mantener la felicidad. (OPS, 2009)

Tomás de Aquino da centralidad a la ‘providencia’ o ‘prudencia’, que une racionalidad y actualidad circunstancial. Está convencido de que, a pesar de que el hombre puede ‘hacerse todas las cosas’ por medio de su inteligencia, el dominio de la realidad al que accede, por su limitación y finitud, es un dominio inestable y mudable. Precisamente el dinamismo de la ‘prudencia’ consiste en ‘ver y prever a través de la incertidumbre’, como sostiene citando a San Isidoro de Sevilla (Etymol): ‘Prudente significa cómo ver a lo lejos; es ciertamente perspicaz y prevé a través de la incertidumbre de los sucesos’. En definitiva, la ‘prudencia’ se construye sobre el conocimiento a través de la memoria, la inteligencia y la razón de las vivencias del pasado, y se pone en práctica con los fines y medios adecuados en cada caso y momento, para la mejor elección y ejecución de una acción determinada.

La falta de atención médica suele adoptar dos formas: el fallo en tomar en consideración los signos obvios de un proceso grave o el fallo en seguir las indicaciones del médico después de haber buscado asistencia. En algunos casos, cualquiera de ambas situaciones puede ser fatal o conducir a una discapacidad crónica. Los cuidadores pueden no advertir los signos o síntomas que presenta el niño, que pueden corresponder a un proceso grave. Es posible que no comprendan los motivos que inducen a prescribir una medicación o un tratamiento, o la importancia de seguir las instrucciones del médico. (OPS, 2009)

Trastornos de los cuidadores: Si el cuidador de un niño presenta una incapacidad o un trastorno mental, es posible que no pueda responder a las necesidades sanitarias del niño. El abuso de sustancias puede interferir también en el cuidado normal del niño. En los casos en que los padres no son capaces de comprender la necesidad del niño de recibir asistencia, puede requerirse la protección de una organización de servicios sociales si el niño se halla en peligro, incluso aunque los padres traten de atender a las necesidades del niño. (CR., 2008)

Un programa de hospitalización parcial u hospital de día puede ser útil en los casos de disfunción familiar y falta de cooperación del paciente. En algunos lugares, los programas de hospitalización parcial ofrecen asistencia médica y de salud mental para los niños con procesos crónicos. Estos programas proporcionan tratamiento familiar, de grupo, conductual e individual, así como labores educativas para padres e hijos con el fin de que sean capaces de afrontar la enfermedad. Cuando se hallan disponibles dichos programas, son

útiles para tratar a los niños y a las familias con historias complejas, donde el proceso crónico se ha tratado inadecuadamente debido a factores sociales y psicológicos. (CR., 2008)

La adultez es el período de la vida en que el individuo, sean persona, animal o planta, alcanza su desarrollo pleno, es decir, alcanza su edad adulta. En el caso de la vida humana, tal plenitud se corresponde no solo con el desarrollo máximo de las capacidades físicas u orgánicas de una persona, sino a una cierta madurez psicológica. Así, en términos concretos, la adultez implica la superación de las etapas de la infancia, la adolescencia y la plena juventud. Al mismo tiempo, es la etapa que precede a la ancianidad, hoy llamada tercera edad. (Coulshed, 1998)

El envejecimiento poblacional es un fenómeno no exclusivo de países desarrollados, donde los mayores de 60 años alcanzan tasas de 15 a 20% de la población general; sino que también ocurre en nuestro país. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el año 2015 la población mayor de 60 años representó el 10%, siendo los mayores de 80 años el grupo con mayor tasa de crecimiento. Además, estimaciones poblacionales indican que para el año 2025 las personas adultas mayores constituirán entre el 12 al 13% de la población peruana. Este crecimiento se desarrollará en un contexto social particular que es desfavorable para los adultos mayores y una transición epidemiológica caracterizada por un aumento en la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles. Cabe señalar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como adulta mayor a toda persona mayor de 60 años.

La doctora Margaret Chan, directora general de la OMS, en el "Informe mundial del envejecimiento y la salud" publicado el año 2015, menciona las profundas consecuencias para la salud y para los sistemas de salud, su personal y su presupuesto, que implicará el envejecimiento poblacional; señala también que los desafíos planteados en el presente siglo deben ser enfrentados con prontitud. En el informe se enfatiza que en la mayoría de personas mayores lo más importante es mantener la capacidad funcional, y que el envejecimiento saludable es algo más que la ausencia de enfermedad. Se pretende, luego de un debate multidimensional, encontrar una respuesta más apropiada de la salud pública respecto al envejecimiento de la población; es decir, considerar esta etapa como una nueva oportunidad para las personas y la sociedad.

En el PLANPAM 2013-2017 se refiere al envejecimiento saludable como: La mejora del bienestar físico, psíquico y social de las personas adultas mayores se logra a través del incremento en la cobertura y calidad de los servicios sociosanitarios, la garantía de una asistencia alimentaria y nutricional, la generación de oportunidades para una vida armónica dentro de su familia y su comunidad.

La OMS considera al envejecimiento activo como: El proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen (8). El envejecimiento exitoso es un estado donde un individuo es capaz de invocar mecanismos adaptativos psicológicos y sociales para compensar limitaciones fisiológicas, para lograr una sensación de bienestar y una alta autoevaluación

de la calidad de vida y un sentido de realización personal, incluso en el contexto de la enfermedad y discapacidad.

La OMS considera al envejecimiento activo como: El proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. El envejecimiento exitoso es un estado donde un individuo es capaz de invocar mecanismos adaptativos psicológicos y sociales para compensar limitaciones fisiológicas, para lograr una sensación de bienestar y una alta autoevaluación de la calidad de vida y un sentido de realización personal, incluso en el contexto de la enfermedad y discapacidad. (OMS, 2009.)

En el México prehispánico los ancianos eran muy respetados tanto por los mexicas como por los mayas. A ellos se les encomendaba la realización de varias ceremonias religiosas. Sus consejos se tomaban en cuenta para organizar a la familia, para tomar decisiones de guerra y en la imposición de sanciones. (OMS, 2009.)

Hoy en día no necesariamente sucede esto y en muchos países o localidades la condición de vida de un adulto mayor se torna difícil debido a pérdida de oportunidades de trabajo, actividad social y en el peor de los casos son excluidos o rechazados. (OMS, 2009.)

En las personas sanas la tensión arterial varía desde 80/45 en lactantes, a unos 120/80 a los 30 años, y hasta 140/85 a los 40 o más. Este aumento se produce cuando las arterias pierden su elasticidad que, en las personas jóvenes, absorben el impulso de las contracciones cardiacas. La tensión arterial varía entre las personas, y en un mismo individuo, en momentos diferentes. Suele ser más elevada en los hombres que en las mujeres y los niños; es menor durante el sueño y está influida por una gran variedad de factores como son la ingesta excesiva de sal en la dieta, la obesidad, la ingesta de más de 80 ml de bebidas alcohólicas al día, el hábito de fumar, el uso de gotas nasales vasoconstrictoras, otros medicamentos con efecto adrenérgico como algunos anorexígenos, la cocaína, etc. (Epidemiología de la hipertensión arterial en el Perú, 2006)

La hipertensión arterial (en adelante HTA) es un padecimiento crónico de etiología variable caracterizado por el aumento sostenido de la T. A., bien sistólica, diastólica o de ambas, siendo definida tanto como enfermedad, y como factor de riesgo cardiovascular, según los autores que se consulten, dependiendo más de la influencia simultánea de varios factores de riesgo que de la acción aislada de uno de ellos. (Epidemiología de la hipertensión arterial en el Perú, 2006)

La HTA es el proceso que demanda más consultas en atención primaria, siendo la primera causa etiopatogénica para inducir dos procesos de curso clínico muy grave; la cardiopatía isquémica y la insuficiencia cardíaca congestiva, sin olvidar otras severas complicaciones como la enfermedad cerebrovascular, la arteriosclerosis de grandes arterias y la nefroangiosclerosis,

conducente a la insuficiencia renal crónica, progresiva e irreversible.
(Epidemiología de la hipertensión arterial en el Perú, 2006)

En los últimos tiempos se ha demostrado que las cifras de presión arterial que representan riesgo de daño orgánico son aquellas por arriba de 140 mmHg para la presión sistólica y de 90 mmHg para la presión diastólica, cuando éstas se mantienen en forma sostenida. Por lo tanto, se define como hipertensión arterial cuando en tres ocasiones diferentes se demuestran cifras mayores de 140/90 mmHg en el consultorio o cuando mediante monitoreo ambulatorio de la presión arterial se demuestra la presencia de cifras mayores a las anotadas más arriba, en más del 50% de las tomas registradas. (RC, 2006)

CAPITULO IV

Análisis.

Una vez recolectada la información se realizará una base de datos, para crear un respaldo y compartir esa información con el sector salud de Pichucalco, Chiapas; también se les dará una copia a las autoridades locales de la comunidad, la población se mostró muy participativa. Al contar con un empadronado de las personas con Hipertensión Arterial, la comunidad y familiares valoran más a las personas y les brindaran una mejor calidad de vida.

Conclusión

Como vimos la hipertensión arterial representa un importante problema en salud y su prevalencia se incrementa dramáticamente con la edad. En nuestro país un elevado porcentaje de la población adulta padece de hipertensión arterial, con el consecuente aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular. Esto nos obliga a considerar seriamente cambios en estilos de vida como es en el caso de los hábitos en actividad física y alimentación.

Sugerimos asesorar a los trabajadores comunitarios y los encargados en labores de promoción de salud, que se informen en las características de la enfermedad, sus consecuencias y las formas de prevenirlas actuando sobre los factores de riesgo, modificando patrones y estilos de vida, así como adoptando un régimen higiénico sanitario saludable.

Esta recopilación de información sobre la Hipertensión Arterial puesta a disposición de las personas que sufren esta enfermedad y para las que no, tengan la información adecuada sobre la atención primaria de salud para tener una forma práctica y viable de lograr un mayor nivel de conocimiento.

En el objetivo específico la conclusión fue que las personas deben de tener la capacidad para manejar la enfermedad ya en el centro de salud de esta comunidad, no hay medicamentos necesarios se debe que realizar un oficio, ha jurisdicción sanitaria para que lleguen los medicamentos necesarios para las personas que tengan esta enfermedad y puedan estar bien y controlar su enfermedad.

La Falta De Atención Médica En Adultos Mayores Con Hipertensión Arterial En La Comunidad De Tectuapán, Pichucalco, Chiapas, México.

ENCUESTA SOBRE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL:

NOMBRE: _____ . FECHA: _____

1.- ¿QUE ES LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL?

- A. Es una enfermedad trasmisible.
- B. Es una enfermedad no trasmisible.
- C. Es una enfermedad causada por virus.
- D. Es una enfermedad causada por bacterias.

2.- ¿USTED ES UNA PERSONA QUE?

Fuma _____ Toma Alcohol _____ Sedentaria _____ Drogas _____

3.- ¿QUE EDAD TENIA USTED CUANDO LE DIAGNOSTICARON QUE PADECIA HIPERTENSION?

Edad: _____.

4.- ¿ASISTE USTED PERIÓDICAMENTE A CONSULTA MÉDICA?

Sí _____ No _____.

5.- ¿CUMPLE USTED CON LA MEDICACIÓN ADECUADA?

Siempre _____ Casi Siempre _____ Nunca _____ Cuando Siento Malestar _____
De Vez En Cuando _____.

6.- ¿SE HAN PRESENTADO COMPLICACIONES PARA LA ATENCION MEDICA?

Sí _____ No _____

En Caso Afirmativo Detallar:

7.- ¿EN SU FAMILIA HAY PERSONAS QUE PADECEN HIPERTENCION?

Si. _____ No. _____

8.- ¿CUIDA USTED SU ALIMENTACION?

Si. _____ No. _____

9.- ¿CONSIDERA QUE EL SODIO ES MALO?

Si. _____ No. _____

10.- ¿CUÁNTAS VECES A LA SEMANA HACE USTED ACTIVACIÓN FÍSICA?

_____. Veces.

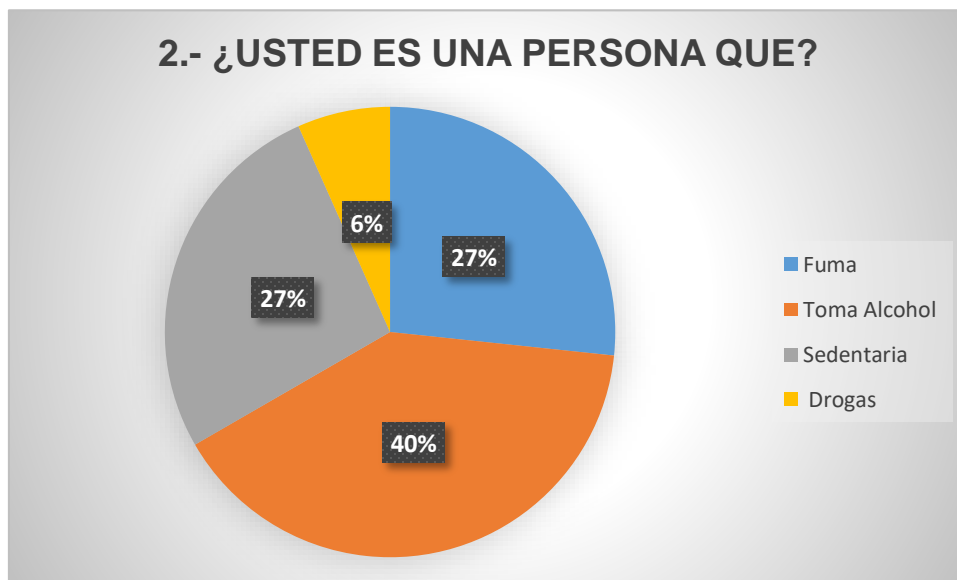
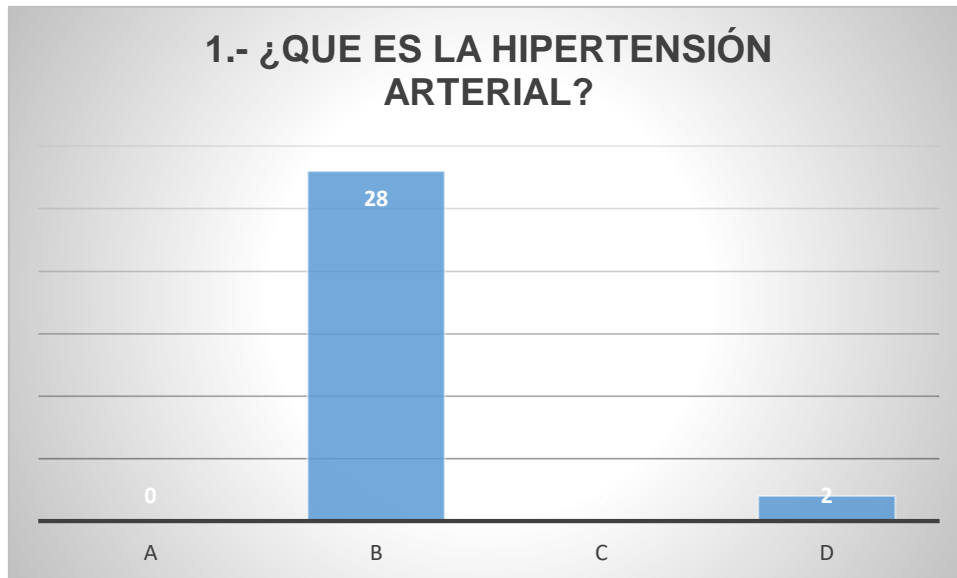
11.- SABE USTED, QUE SI SE LLEVA UN CONTROL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESTO REDUCE EL RIESGO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.

Si. _____ No. _____

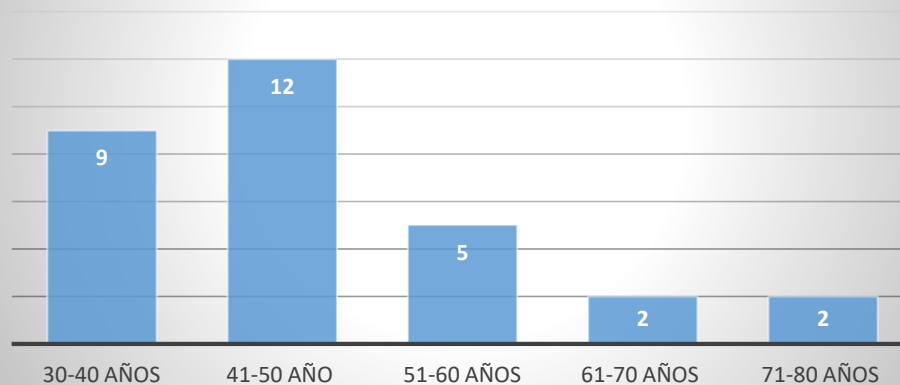
12.- ¿LE HAN INFORMADO SOBRE LOS RIESGOS QUE TIENE LA ELEVACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL?

Si. _____ No. _____

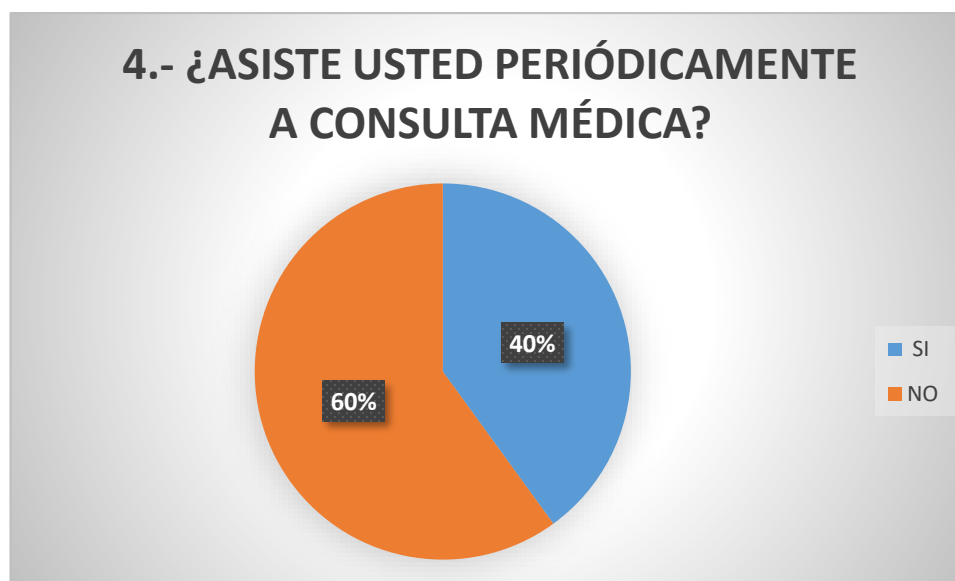
Graficas



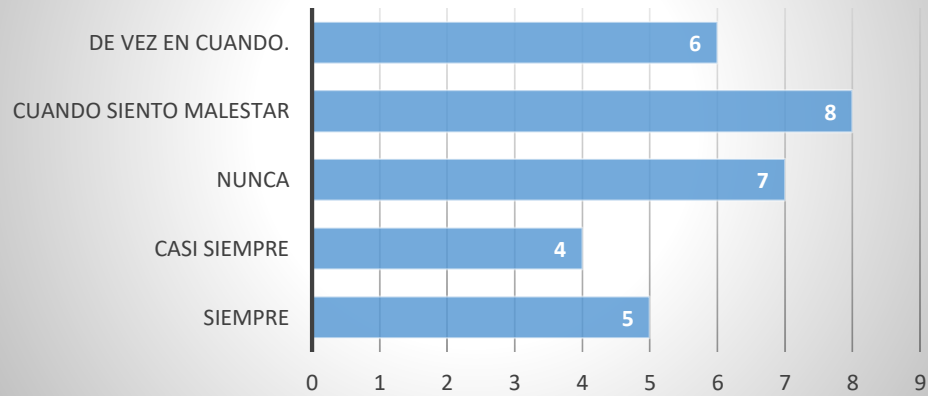
3.- ¿QUE EDAD TENIA USTED CUANDO LE DIAGNOSTICARON QUE PADECIA HIPERTENSION?



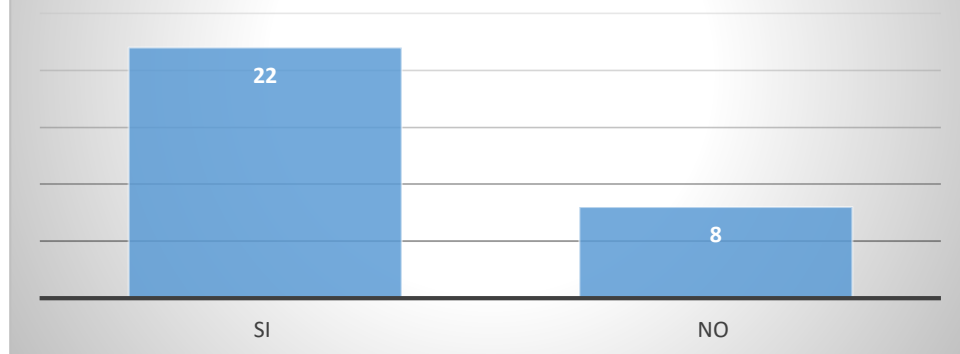
4.- ¿ASISTE USTED PERIÓDICAMENTE A CONSULTA MÉDICA?

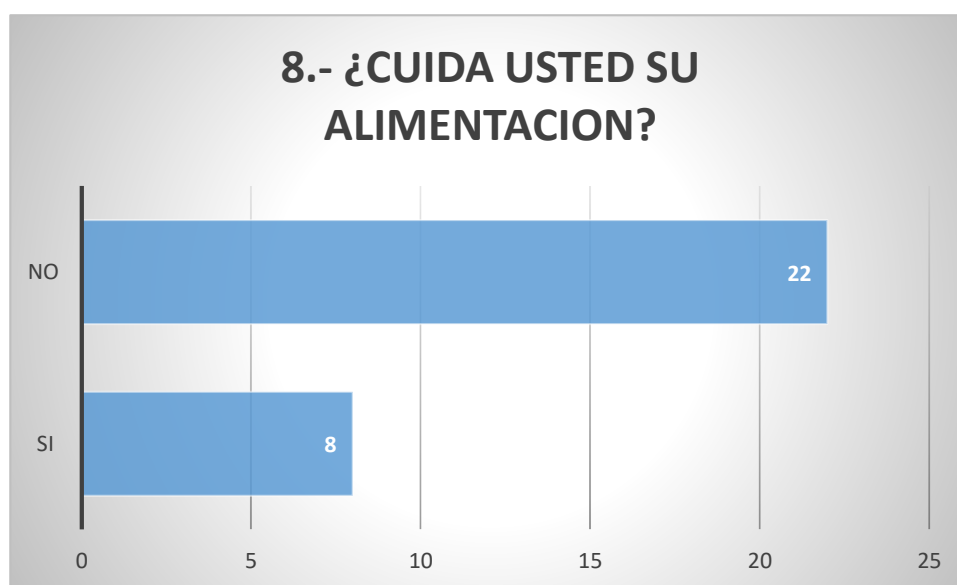
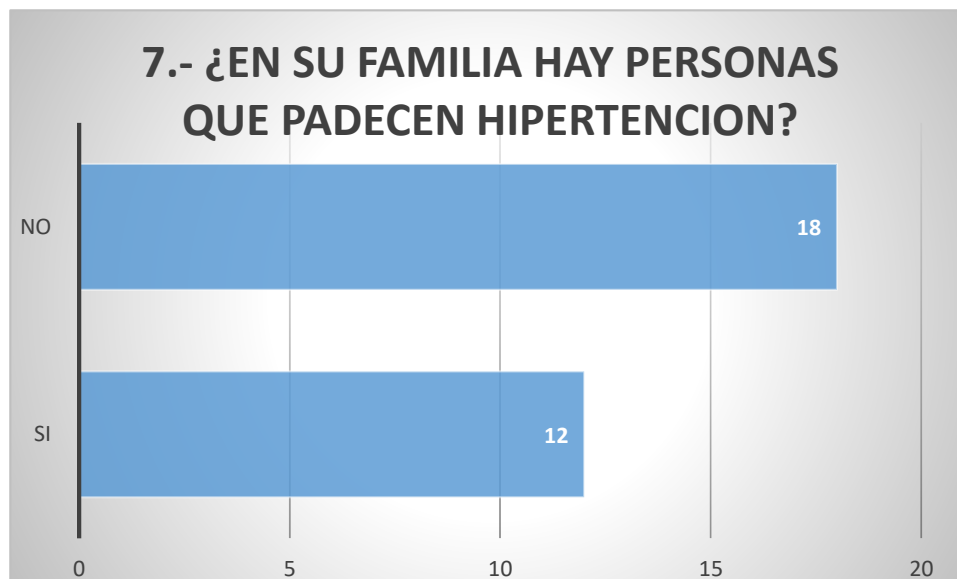


5.- ¿CUMPLE USTED CON LA MEDICACIÓN ADECUADA?

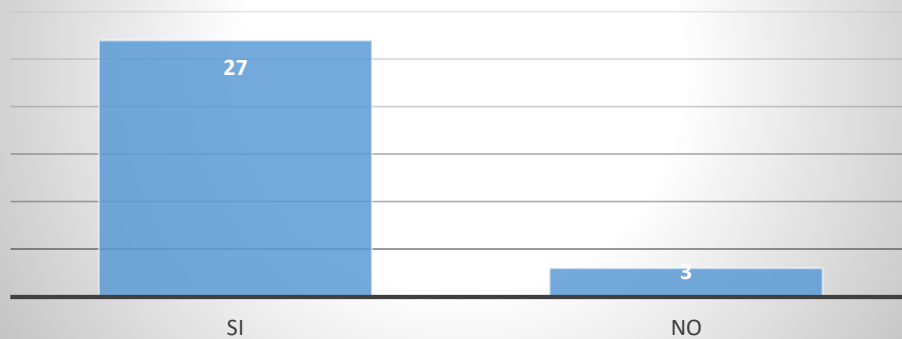


6.- ¿SE HAN PRESENTADO COMPLICACIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA?

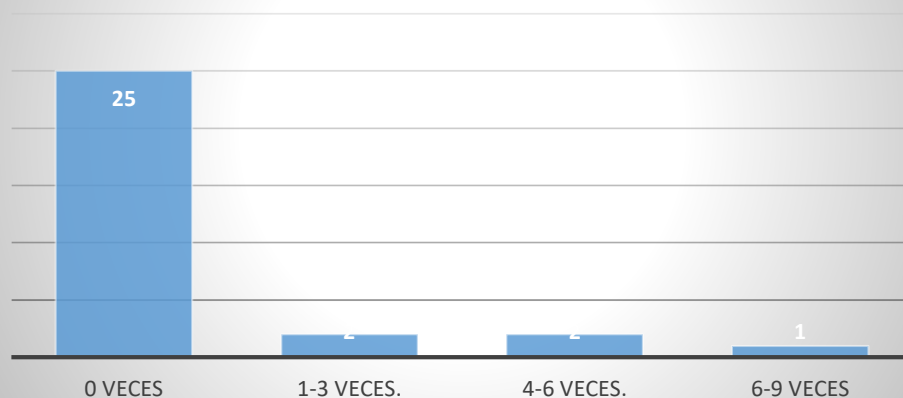




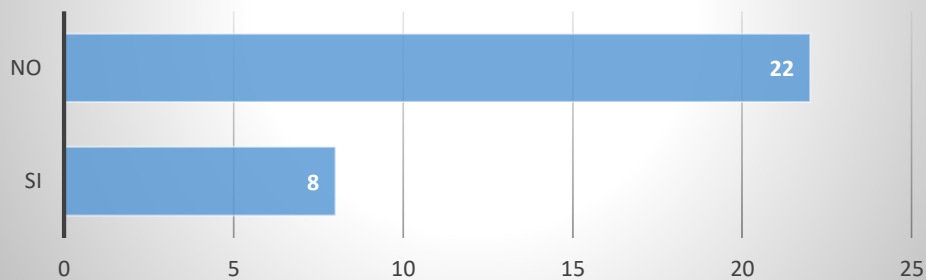
9.- ¿CONSIDERA QUE EL SODIO (SAL) ES MALO PARA LAS PERSONAS HIPERTENSAS?



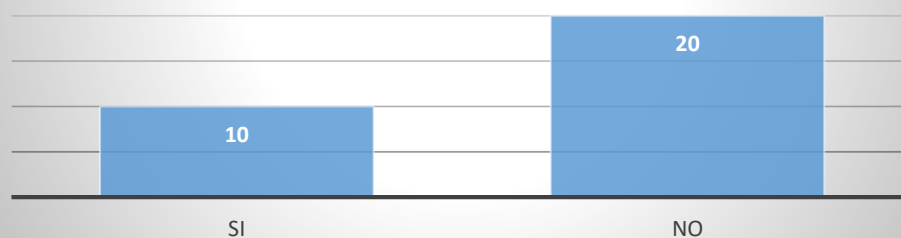
10.- ¿CUÁNTAS VECES A LA SEMANA HACE USTED ACTIVACIÓN FÍSICA?



11.- SABE USTED, QUE SI SE LLEVA UN CONTROL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESTO REDUCE EL RIESGO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.



12.- ¿LE HAN INFORMADO SOBRE LOS RIESGOS QUE TIENE LA ELEVACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL?



Bibliografía.

1.- Sosa R, Portugal M y Jefferson L (2010). “Estilos de vida y prevalencia de hipertensión arterial en las comunidades peruanas”. (4 ed.). Peru, D.F.: Editorial San Bernardo.

2.-OMS(2009). “Hipertensión Arterial”.
http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/

3.- Agusti CR (2008). “Epidemiología de la hipertensión arterial en el Perú”. (2 ed.). Perú, editorial san Cristóbal de huamanga.

4.- OPS (2009) “Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la atención primaria en salud: la contribución de las instituciones de salud en America Latina”. EE.UU, editorial Washington.

5.- Serrano I. (2011) “Educación para la salud y la participación comunitaria” (3 ed.) España, editorial Madrid.

6.- Huerta Benjamín (2001) “Factores de riesgo para la hipertensión arterial”. (1 ed.) Francia, editorial romis.

7.- Dirección General de Salud de las personas (2006) “Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las personas adultas mayores”, (4 ed.) Perú, editorial las dalias.

8.- Vergottini J (2012.) “Epidemiología, detección y prevención de enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial”. (6 ed.) Argentina, editorial mi mundo oriente.

9.- Agustí RC (2006) “Epidemiología de la hipertensión arterial en el Perú” (8 ed.) Perú, editorial los picaflores.

10.- Taylor, S. (2007). “Dorothea O: “Teoría del déficit de autocuidado en Modelos y teorías en enfermería” (5 ed.).España, editorial los libertadores.

11.- Papalia, D.E. y Wendkos Olds, S. (1996). Psicología. México: McGraw-Hill.

12.- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2009) “Epidemiología Nacional”.

13.- Tagle R. (2006) “El camino inverso: de la práctica clínica a la fisiopatología de la hipertensión arterial” Boletín Escuela de Medicina Universidad Católica de Chile. (9 ed.). Chile. Editorial viscos.

14.- Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna (2011). “JointNationalCommittee sobre prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial” (7 ed.) Perú, editorial Ucayali.

15.- Morfi S (2010) “Atención del Personal en Enfermería en la Gerontología Comunitaria en Cuba” (3 ed.) Cuba, editorial Ernesto.

16.- Díaz B y Hernández G (2002) “Estrategias docentes para un aprendizaje significativo”. (2 ed.) México, editorial Missouri.

17.- Canales Francisca y col. 1986. “Metodología de la investigación”. (7 ed.). México, editorial banianos.