

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**IMPLEMENTACIÓN DE LA CARTERA ADULTO MAYOR CON
ÉNFASIS A LA PRESIÓN ARTERIAL EN EL HOSPITAL
ULDARICO ROCCA FERNANDEZ ESSALUD**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA**

ROSA OBDULIA CASO HUIZA

**Callao, 2017
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|--------------------------------------|------------|
| ➤ DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO | PRESIDENTA |
| ➤ BLG. JAVIER JESÚS CÁRDENAS TENORIO | SECRETARIO |
| ➤ DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA | VOCAL |

ASESORA: DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ Y ROJAS

Nº de Libro: 01

Nº de Acta de Sustentación: 013-2017

Resolución Decanato N° 1819-2017-D/FCS de fecha 04 de Agosto del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	8
1.3 Justificación	8
II. MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes	9
2.2 Marco Conceptual	11
2.3 Definición de Términos	29
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	
3.1 Recolección de Datos	30
3.2 Experiencia Profesional	30
3.2 Procesos realizados en el Tema del Informe	31
IV. RESULTADOS	33
V. CONCLUSIONES	39
VI. RECOMENDACIONES	40
VII. REFERENCIALES	41
ANEXOS	45

INTRODUCCIÓN

La implementación del programa adulto mayor está basada en una propuesta de trabajo que se diseñó con el propósito de mejorar la atención integral del paciente asegurado y de establecer medidas para la detección precoz de problemas de salud, y de medidas de prevención y promoción de actividades destinadas a mejorar la salud.

Esta propuesta, transformada hoy en una directiva de trabajo, se suma a la tendencia universal de establecer políticas de salud preventivas frente a políticas recuperativas tradicionales.

En el hospital Uldarico Rocca Fernández ESSALUD se establecieron una serie de estrategias de trabajo con el objeto de implementar la cartera de atención del adulto – adulto mayor, se ejecutaron actividades como la atención Preferencial del adulto mayor en la consulta externa.

En tal sentido, se hace necesaria la repotenciación de la cartera que permita incrementar la cobertura, implementar actividades de prevención y promoción del cuidado familiar y autocuidado y adoptar medidas de coordinación extramuros con equipo comprometido (1).

La cartera del adulto –adulto mayor además establece la promoción del auto cuidado y la implementación de actividades destinadas a involucrar a la familia como elemento básico del cuidado al grupo etáreo más vulnerable entre los adultos, manteniendo la salud e independencia de la persona aumentando la expectativa de vida y posponiendo el estado de discapacidad hacia un envejecimiento saludable.

El informe está estructurado de la siguiente manera

En el capítulo I se presenta el planteamiento del problema, que incluye la descripción de la situación problemática los objetivos y la justificación.

En el capítulo II se presenta el marco teórico que incluye los antecedentes relacionados con este informe el marco conceptual y los conceptos teóricos relacionados al tema.

En el capítulo III se describe detalladamente la presentación de la situación, motivo del informe y la implementación de la cartera adulto mayor, la correlación de datos, y los mecanismos o procesos realizados.

En el capítulo IV se presentan los resultados de los datos procesados a continuación las conclusiones y recomendaciones para finalizar con las referencias bibliográficas.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Situación Problemática

La hipertensión arterial es la segunda enfermedad de mayor tasa de incidencia en los adultos mayores, para ello el control de la hipertensión arterial es el punto de partida para hacer un diagnóstico, iniciar un tratamiento y así contribuir con la disminución de la morbilidad y mortalidad por las complicaciones más frecuentes como las enfermedades cerebros vasculares y cardiovasculares.

Así mismo la Organización Mundial de la Salud - OMS está elaborando un plan de acción mundial desde el 2013 al 2020 con el fin de definir una hoja de ruta, para las acciones encabezadas para los países en materia de prevención y control de enfermedad no transmisibles, vigilancia en la reducción de personas hipertensas. La hipertensión es una enfermedad silenciosa letal e invisible que rara vez provoca síntomas fomenta la sensibilidad pública, la hipertensión es un signo de alerta importante que significa cambio urgente en el modo de vida, adoptar régimen de alimentación equilibrada, consumir menos sal, realizar ejercicio físico regular, y no fumar. Los países de ingresos elevados han comenzado a reducir la sal en sus alimentos procesados y la alta disponibilidad de servicios de diagnóstico y tratamiento de hipertensión, en cambio en muchos países en desarrollo, aumenta el número de personas que sufren infarto de miocardio y accidente cerebro vascular, provocados por factores de riesgo no diagnosticados ni controlados como la hipertensión.

En Cuba (2000) según el último censo de población el 16.2% de la misma son mayores de 60 años, y para el año 2025 se calcula que será por encima del 23%.

Este nuevo documento de OMS de información sobre la hipertensión en el mundo busca contribuir a los esfuerzos de todos los estados, miembros para elaborar y aplicar políticas dirigidos a reducir la mortalidad y discapacidad que causan las enfermedades transmisibles a las enfermedades no trasmisibles, la prevención y el control de hipertensión nos pueden ayudar. La Dra. Margaret Shan directora general de OMS la hipertensión ya afecta a millones de personas en el mundo que puede provocar infartos de miocardio y accidentes cerebro vascular, los investigadores calculan que mueren anualmente nueve millones de personas (2).

En el consenso latinoamericano sobre hipertensión arterial, América latina vive una transición epidemiológica la mortalidad cardiovascular representa el 20% factores como envejecimiento, poblacional y social, y la pobreza y el proceso de aculturación condicionan una alta prevalencia de hipertensión, la mitad ignora que tiene la enfermedad, y solo una pequeña población de los tratados son controlados, la Sociedad Argentina de Cardiología a través de su consenso de hipertensión arterial con el auspicio de sociedades internacionales, nacionales convoco en consenso que se llevó a cabo en septiembre del 15 al 16 del año 2000, en los que participo Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela (3).

A nivel regional se tiene en sociedades regionales de hipertensión arterial, como por ejemplo Sociedad Andaluza de Hipertensión Arterial, Sociedad Asturiana de Hipertensión Arterial, y la Sociedad Canaria de Hipertensión Arterial. Se ha demostrado que la falta de adhesión al tratamiento que ocurre entre los pacientes crónicos, como los

hipertensos, implica una mayor probabilidad de agravamiento de la enfermedad, aumento de los gastos de salud y disminución de la calidad de vida de los pacientes (4).

El Ministerio de Salud de nuestro país de la Dirección General de Promoción de la Salud desarrolla el Modelo de Abordaje de promoción de la Salud el mismo que contiene las bases teóricas referenciales en promoción de salud para orientar los esfuerzos a nivel de los establecimientos de salud y la sociedad civil en la implementación de iniciativas que contribuyen con crear una cultura de la salud y mejorar la calidad de vida en las poblaciones. La promoción de la Salud, cuyo objetivo es proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, se constituye en una prioridad para el sector, por su importancia en el desarrollo social y en el mejoramiento de la calidad de vida de la población, busca promover la salud de los peruanos como un derecho inalienable de la persona humana y la necesidad de crear una cultura de la salud, que involucra a individuos, familias, comunidades y sociedad en su conjunto de proceso orientado a modificar las condiciones o determinantes en la salud (5).

Esta tendencia hacia la promoción y prevención de la salud, debe incentivar en los profesionales de la salud, y especialmente en enfermería de difundir información que ayude a las personas a cambiar hacia conductas saludables, propiciando el autocuidado, de tal manera que las personas realicen de manera independiente a lo largo de su vida acciones para promover y mantener el bienestar personal.

Uno de los métodos de educación para la salud es el método directo, el cual está dirigido en general a individuos o grupos, entre los que existe una relación directa entre el emisor y el receptor, y generalmente utiliza la palabra hablada con el apoyo de técnicas didácticas y medios o

recursos técnicos, aquí se encuentran las estrategias educativas individuales, donde se usan la consejería, la entrevista, dialogo y las colectivas, donde se usan las charlas, clases, discusión en grupo, etc. (6).

Las funciones o rol de la enfermera en el primer nivel de atención principalmente son; la creación y protección de entornos saludables, creación de escuelas saludables, comunidad saludable, fomento de estilos de vida saludables, prevención de riesgos y daños, recuperación de la salud, análisis de la situación local, promoción, prevención y diagnósticos a la salud para los cuales brindaran acciones y servicios de atención ambulatoria especializado y de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel o de los que se presentan de modo espontáneo con urgencias (7).

Es así que la enfermera se convierte en un elemento clave dentro del equipo multidisciplinario en los hospitales para intervenir a través de la educación, en el proceso preventivo dirigido al cambio de estilos de vida saludable para prevenir la hipertensión arterial lo relacionado a la dieta, el descanso, la visita al médico, la importancia del ejercicio, el control de los factores de riesgo tales como el uso de medicamentos, manejo de estrés, peso y consumo adecuado de la sal. Que pueden incidir en una mejor calidad de vida. La enfermedad al tomar la presión arterial del adulto mayor en los centros de salud, por lo general, es el primero del equipo de salud en detectar a personas con hipertensión arterial.

Durante el control en el programa adulto mayor se ha observado adultos mayores complicados con hipertensión arterial, es decir presentan secuelas y cuando se les preguntaba cómo fue, respondían: "Srta. No sabía que la presión alta era peligrosa", "no sentí nada y de pronto amanecí sin sentir parte de mi cuerpo", "como se debe hacer

para evitar esta enfermedad”, “dicen que debemos controlarnos siempre para ver si esta alto nuestra presión”, “que debería hacer en mi casa para no recaer”, es necesario que haga reposo para que no me suba la presión” (8).

1.2. OBJETIVO GENERAL

- Describir las actividades de la enfermera en la implementación de la cartera adulto mayor con énfasis a la presión arterial en el Hospital Uldarico Rocca Fernández- EsSalud

1.3. JUSTIFICACIÓN

El presente informe de experiencia laboral profesional se justifica porque en la cartera del adulto mayor la enfermera juega un papel muy importante en la atención que brinda al adulto y a su acompañante, ya que cuenta con habilidades y destrezas, trato humano empático y sobre todo con adecuada capacidad de interrelación con el cuidador, es de vital importancia ya que ellos van a ser la que nos conduzcan y acerque al adulto a fin de realizar una evaluación integral de su presión arterial.

Así mismo se podrá identificar oportunamente situaciones de riesgo y complicaciones de su enfermedad pudiendo así lograr una atención efectiva, incentivando la participación activa de la familia en las intervenciones para mejorar la calidad de vida.

La mejora de la atención en la cartera del adulto mayor beneficiara al paciente con hipertensión arterial, a los familiares y a la institución de salud; es de alto impacto en los pacientes, porque si se detecta a tiempo las complicaciones como problemas cardiovasculares podemos intervenir y gestionar la derivación al especialista para que lo pueda resolver y así evitar secuelas y gastos a la institución en tratamientos largos.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

A nivel Internacional:

PRADO García Heidi realizó un estudio en Bolivia, Agosto 2010, sobre un "Programa educativo sobre hipertensión arterial a los pacientes que acuden al club de hipertensos"; cuyo objetivo fue determinar la influencia de un programa educativo sobre hipertensión arterial a los pacientes que acuden al club de hipertensos "vida sana". Se utilizó un estudio prospectivo, transversal y cuasi experimental, estuvo conformado por 62 pacientes que integraban el club de hipertensos del ambulatorio la Sabanita. Constituida por 21 pacientes hipertensos que asistieron regularmente al club de hipertensos del ambulatorio la Sabanita y los que dieron su consentimiento para participar en dicho estudio, para la recolección de los datos se aplicó a los pacientes una encuesta tipo entrevista con el fin de obtenerlos datos sociodemográficos. Las conclusiones fueron entre otros que: "El nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial fue suficiente 4,76% de la muestra y posterior a la aplicación del programa educativo aumento a 80,95%. El 57,14 no presentó ningún conocimiento acerca de la hipertensión arterial antes de la aplicación del programa educativo y posterior a la misma disminuyó a 4,76%." (9).

FERNANDEZ Vicente Emilia, el 2010, en Venezuela realizó un estudio titulado "conocimiento que tienen los adultos mayores sobre la hipertensión y su relación con el autocuidado", cuyo objetivo fue determinar el conocimiento que tienen los adultos mayores sobre la hipertensión arterial referida a las alteraciones psicofísicas y factores de riesgo y el autocuidado referido a la actividad física, tratamiento farmacológico y hábitos de la vida diaria. Se utilizó un diseño no experimental de tipo correlacional, la población estuvo conformada por

40 adultos mayores seleccionados por muestreo aleatorio simple. El instrumento que se utilizó fue un cuestionario estructurado en tres partes. Las conclusiones que llegaron en este estudio fue que existe una asociación significativa entre las variables conocimiento de la hipertensión arterial por parte del adulto mayor y el autocuidado que este realiza confirmándose la hipótesis general (10).

A nivel nacional:

RODRÍGUEZ María Yakeline en Lima 2010 realizó un estudio sobre: "Nivel de autocuidado y estilo de vida del adulto con hipertensión arterial del policlínico el Porvenir". El objetivo fue: determinar el nivel de autocuidado y estilo de vida del adulto con hipertensión arterial. El método fue de tipo descriptivo, de corte transversal y correlacionar en adultos con hipertensión arterial que asistieron al programa del adulto en el policlínico el Porvenir – Es Salud entre septiembre y octubre del 2010, la muestra estuvo constituida por 100 adultos con hipertensión arterial quienes cumplieron con los criterios de inclusión establecidos. La información se obtuvo a través de los siguientes instrumentos nivel de autocuidado con hipertensión arterial y estilo de vida. Las conclusiones fueron entre otros que: "Los siguientes adultos con hipertensión presentaron un nivel de autocuidado alto y un nivel de estilo de vida adecuada esto es relacionado a asistir regularmente a sus controles en el Policlínico El Porvenir – Es Salud y cumplir las recomendaciones de estilos de vida adecuada de esta manera se relacionando ambos"(11).

LEGUÍA Gladis realizó un estudio en Lima, 2012 sobre: "Nivel de conocimientos y prácticas de autocuidado del paciente hipertenso de los policlínicos Juan Rodríguez Lazo, policlínico Villa María y servicio de transporte asistido de emergencia". El objetivo fue establecer la relación entre el nivel de conocimiento y prácticas del autocuidado del paciente

hipertenso en tres centros asistenciales de EsSalud de Lima. El método es descriptivo-comparativo, 60 pacientes que ingresaron por emergencia con cuadros de crisis hipertensiva, quienes fueron seleccionados, se ha utilizado un cuestionario validado por juicio de expertos, el proceso de análisis e interpretación de datos fue haciendo uso del programa estadístico SPSS v.11.5. Las conclusiones fueron entre otros que: "En el presente estudio podemos observar que los pacientes refieren tener conocimiento sobre hipertensión arterial en un mayor porcentaje y no proyectan a la acción sus conocimientos, lo que nos lleva a suponer que el paciente no toma conciencia de su enfermedad"(12).

2.2. MARCO CONCEPTUAL

Lo más importante a tener en consideración para prevenir las complicaciones de la hipertensión arterial, debemos de tener en cuenta que se considera una enfermedad silenciosa; es por ello que en ocasiones se le descubre cuando sus consecuencias ya son evidentes, que podrían ocasionar hasta la muerte, hay que tener en consideración aspectos importantes como: mantener un peso ideal saludable, ejercicio, dieta saludable y control del estrés, con el fin de contribuir a disminuir las complicaciones y mejorar la calidad de vida en el adulto mayor y estas medidas preventivas pueden ayudar a reducir las probabilidades de sufrir complicaciones tales como accidente cerebro vascular, infarto de miocardio, hemiplejía u otros.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2010, la hipertensión arterial, 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 incrementa en 20 años en más del 50%. Actualmente 691 millones, cifra que se incrementara en 20 años en más del 50%.

El informe de Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012 de la Organización Mundial de la Salud advierte que uno de cada tres adultos mayores tiene presión arterial alta en el mundo, afección que ocasiona alrededor de la mitad de todas las muertes por accidente cerebro vascular y enfermedad cardíaca. De esta manera, pone de relieve el creciente problema de la carga de enfermedades no transmisibles.

Según la OMS, la hipertensión arterial es una enfermedad no transmisible que se encuentra íntimamente ligada al desarrollo social y mundial, no hace distinciones de clase social, ataca a todos por igual. Tanto las personas con alto o bajo poder adquisitivo consumen cada día más productos elaborados que contienen mucho sodio, ya sea por el agregado de sal como por su contenido en conservantes y/o aditivos.

La enfermera tiene un gran rol, es decir su responsabilidad se centra en la educación sanitaria sobre estilos de vida saludables para el control de la presión arterial alta, que incluye mantener un peso ideal saludable, ejercicio, dieta saludable y control del estrés, con el fin de contribuir a disminuir las complicaciones u mejorara la calidad de vida en el adulto mayor, ya que a través de la evaluación que brinda a la persona, familia y comunidad favorece el desarrollo de conductas positivas (13).

ASPECTOS CONCEPTUALES SOBRE EL ADULTO MAYOR

- CHAKIEL: 2009, ha definido a la persona adulta mayor como aquella persona por arriba de los 60 - 65 años, este umbral sin duda arbitrario y no puede contemplar multidimensional de un estado que depende de muchos factores, en los que la edad por sí sola nada significaría . Esta época coincide con la edad de retiro en la mayoría de los países.

- HYPPÖNEN: 2010, 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, 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 (14).
- VERGOTTINI 2009, refiere que el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etáreo 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 (15).

PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO

Con el pasar de los años los diferentes órganos y sistemas van a sufrir alteraciones, sin embargo todas las personas no envejecemos igual: hay personas que a los 80-90 años se encuentran en un estado saludable, sin enfermedades crónicas, y con una capacidad funcional adecuada, esto es lo que se denomina el envejecimiento exitoso; en cambio, va a haber otro grupo, portador es de múltiples enfermedades crónicas, muchas veces con gran discapacidad: eso es lo que se denomina el envejecimiento patológico, y el tercer grupo lo constituyen aquellas personas que tienen alguna u otra enfermedad crónica con

menor o mayor grado de discapacidad ,y esto es lo que se denomina el envejecimiento normal, en el cual están la mayoría de las personas que envejecen (16).

- **Sistema cardiovascular**

El envejecimiento del sistema cardiovascular tiene una importancia extraordinaria como responsable de las enfermedades que la afectan .Hay que recordar que la enfermedad cardiovasculares la principal causa de muerte de las personas mayores .El corazón va a ser otro de los órganos que va a sufrir una serie de alteraciones con el envejecimiento; se ha encontrado con bastante frecuencia engrosamiento del ventrículo izquierdo, probablemente esto se deba a una respuesta a la mayor rigidez de las arterias, aunque en personas que realizan poco ejercicio físico, puede estar ausente ;en el corazón también va haber una pérdida progresiva de las células musculares y esto sobre todo se manifiesta en el tejido de conducción (17).

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión arterial es un síndrome caracterizado por elevación de la presión arterial y sus consecuencias. Sólo en un 5% de casos se encuentra una causa (hipertensión secundaria); en el resto, no se puede demostrar una etiología (hipertensión arterial primaria);pero se cree, cada día más ,que son varios procesos aún no identificados ,y con base genética, los que dan lugar a elevación de la presión arterial. La hipertensión arterial es un factor de riesgo muy importante para el desarrollo futuro de enfermedad vascular (enfermedad cerebro vascular, cardiopatía coronaria, insuficiencia cardiaca o renal). La relación entre las cifras de hipertensión arterial y el riesgo cardiovasculares continua (a mayor nivel, mayor morbimortalidad), no existiendo una línea divisoria entre presión arterial normal o patológica. La definición de hipertensión arterial es arbitraria. El umbral elegido es

aquella partir del cual los beneficios obtenidos con la intervención, sobre pasan a los de la no actuación. A lo largo de los años, los valores de corte han ido reduciéndose a medida que se han ido obteniendo más datos referentes al valor pronóstico y los efectos beneficiosos de su tratamiento (18).

Fisiopatología

La organización funcional de la circulación de la sangre, necesita del constante mantenimiento de la presión arterial para asegurar la perfusión mística adecuada, esto es un flujo sanguíneo que responda a los requerimientos permanentes de los parénquimas vitales, como corazón y cerebro, y de otros órganos como los riñones. En condiciones normales y de reposo esto se satisface con una presión arterial media de 90-100 mmHg. y su constancia depende de un complejo mecanismo de regulación (19).

La conducción del flujo sanguíneo a los tejidos se realiza a través de un sistema de tubos distensibles, de calibre variado, de diferente composición de pared, que determina tensiones parietales distintas a lo largo del sistema vascular; presenta componentes musculares con funciones de esfínter a nivel de meta arteriolas y arteriolas, que permiten una regulación local del flujo sanguíneo, lo que resulta sustancial para los ajustes según demanda particular; la regulación local está gobernada por factores metabólicos, hormonales y nerviosos. Como el flujo sanguíneo es continuo y pulsátil (no intermitente discontinuo), se puede resumir que la presión arterial resulta de: La cantidad de sangre que ingresa al sistema arterial por unidad de tiempo (Volumen Minuto Cardíaco), la capacidad del sistema, la viscosidad del fluido y la resistencia que opone la luz arterial a su salida hacia el sector capilar y venoso (Resistencia Periférica) (20).

Considerando que tanto la viscosidad sanguínea como la capacidad del sistema arterial, dada su constancia, no participan activamente en la regulación de la presión arterial, puede decirse que todos los mecanismos de regulación de la presión arterial operan a través de Volumen Minuto Cardíaco y Resistencia Periférica. Estas dos variables, no son las determinantes de la presión arterial, sino que son los mecanismos de los que se vale el sistema regulador para ajustar las cifras tensionales.

Si bien existen distintas hipótesis para intentar explicar los mecanismos participantes en la autorregulación de la presión arterial, en general todas en última instancia en la modificación del radio de las arterias, independientemente, por eso el nombre de autorregulación.

Los mecanismos que intervienen en la autorregulación serían:

- Factores metabólicos: como la concentración arterial de O₂, CO₂ y pH arterial.
- Calibre de los vasos sanguíneos.
- Metabolitos vaso activos.
- Presión tisular.

Los mecanismos nerviosos están mediados por el sistema nervioso autónomo y otras sustancias no adrenérgicas del tipo de la histamina, o el factor de relajación endotelial, que modifica el calibre del vaso por relajación del músculo liso a través de un mecanismo aún no muy bien dilucidado.

Los receptores alfa 1, cuyo mediador químico es la norepinefrina, son los responsables de la vasoconstricción en arteriolas.

Los receptores beta 1, cuyo mediador químico es tanto la epinefrina como la norepinefrina, son los responsables del aumento de la frecuencia cardíaca y de la contractilidad miocárdica.

Los receptores beta 2, cuyo mediador químico es la epinefrina, son los responsables del vaso de dilatación arterial.

Los mecanismos hormonales que participan en la regulación de la presión arterial incluyen el de renina-angiotensina-aldosterona(r-a-a), a través de la acción vaso activa potente de la angiotensina y de la reabsorción de agua y sodio mediada por la aldosterona. Las prostaglandinas de la médula renal, desempeña un importante rol como antihipertensivas. La prostaglandina A2 y la prostaglandina E2, a través de la vasodilatación cortical, provocan enuresis y diuresis junto con vasodilatación periférica para estabilizar la presión arterial (21).

Factores de riesgo de hipertensión arterial

Factores genéticos hereditarios:

De padres a hijos hay una predisposición a desarrollar hipertensión. Se desconoce su mecanismo exacto, pero se ha demostrado que cuando una persona tiene un progenitor hipertenso, las posibilidades de desarrollar hipertensión son el doble que las de otras personas con ambos padres normotensos.

Sobrepeso:

A medida que se aumenta de peso se eleva la tensión arterial. No se sabe con claridad si es la obesidad por sí misma la causa de la hipertensión o si hay un factor asociado que aumente la presión en personas con sobre peso, aunque las últimas investigaciones apuntan a que a la obesidad se asocian otra serie de alteraciones que serían en parte responsables del aumento de presión arterial. Además, una alimentación rica en sal y grasas saturadas aumenta la tensión arterial.

Edad y etnia

A medida que las personas van envejeciéndose produce un endurecimiento de las arterias que dificulta el paso de la sangre por las arterias y con lleva al aumento de la presión arterial. Hay un factor de riesgo que es a partir de los 65 años. En cuanto a la etnia, los individuos de etnia negra tienen el doble de posibilidades de desarrollar hipertensión que los de etnia blanca.

Sexo

Los hombres tienen más predisposición a desarrollar hipertensión arterial que las mujeres hasta que estas llegan a la edad de la menopausia, a partir de la cual la frecuencia en ambos sexos es igualada. Esto es así porque la naturaleza ha dotado a la mujer mientras se encuentra en edad fértil con unas hormonas protectoras que son los estrógenos y por ello tiene menos riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.

Estrés

Se considera que el estrés permanente que le producir muchas veces ésta enfermedad. Además, según estudios realizados se ha demostrado que la situación económica de un individuo puede generar estrés. Y éste estrés a su vez produce aumento de la presión arterial.

Alcohol y tabaco

Un uso no moderado de alcohol conlleva a un aumento de la presión arterial y la posibilidad de caer en el alcoholismo. El tabaco es uno de los peores enemigos del aparato circulatorio. Además de producir numerosas enfermedades vasculares, impide que los tratamientos o las sustancias sean absorbidas por el organismo (22).

MEDIDAS PREVENTIVAS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

El Ministerio de Salud anualmente dedica en el mes de mayo, una semana a la Campaña de Prevención y Control de la Hipertensión Arterial", con el propósito de informar y sensibilizar a la población sobre la prevención detección de esta enfermedad, así como las serias complicaciones: cardiovasculares, cerebro vasculares y renales. Por lo tanto, se creó una guía de práctica clínica para la prevención y control de la enfermedad hipertensiva en el primer nivel de atención.

Cuya finalidad es contribuir en la reducción de la morbilidad cardiovascular secundaria a la enfermedad hipertensiva con el único objetivo de establecer criterios técnicos para la prevención, el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva, así como la prevención de las potenciales complicaciones siendo el ámbito de aplicación a nacional, regional y local, en todos los establecimientos de salud. Así tenemos:

Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive

El objetivo del manejo de la hipertensión arterial, es alcanzar niveles de presión arterial < 140/90 mmHg, lo que permite la reducción de las complicaciones cardiovasculares.

En personas con diabetes síndrome metabólico o con enfermedad renal, se requiere que el nivel de presión arterial sea <130/80mmHg.

Es importante involucrar a la familia en el manejo integral de la persona con hipertensión arterial.

Medidas generales y preventivas

Dietético

Reducción del consumo de sal

Desde hace mucho tiempo, en forma empírica se recomienda disminuir la ingesta de sal para el tratamiento de la hipertensión arterial, sin embargo, se conoce poco acerca de los mecanismos en los que está involucrada la sal para el aumento de la presión arterial.

Existen evidencias epidemiológicas que explican esta relación y es que por ejemplo en poblaciones con poca ingesta de sal (Indios, esquimales) tienen poca prevalencia de hipertensión y si ellos consumen más sal, se incrementa la presión arterial.

En múltiples poblaciones el incremento de la presión arterial con la edad está directamente correlacionado con mayores niveles del consumo de sal. Así mismo a los que se les da alta carga de sal si están genéticamente predispuestos desarrollan incremento de la resistencia periférica y de la presión arterial. El 60% de los hipertensos son sensibles y estas variaciones se deben a la heterogeneidad.

Existe incremento de las concentraciones de sodio, presente en el tejido vascular y células sanguíneas de la mayoría de los hipertensos. La restricción de sal a 60-90 mgr/día puede reducirla presión arterial en la mayoría de la gente.

Evite el colesterol y los ácidos grasos saturados (grasas animales) y cambie los por los ácidos grasos poliinsaturados, sobre todo la omega-3 (que aparecen en los aceites vegetales como el de oliva y en el pescado).

Las necesidades diarias de sal están en torno a medio gramo al día (media cucharadita), pero en nuestra dieta normal se consume ocho veces más dicha cantidad.

Tomar una dieta pobre en sal. La sal excesiva en la dieta causa retención de líquidos y aumento de la tensión arterial. No tome los siguientes alimentos por su elevado contenido en sodio:

- Sal de cocina de mesa.
- Carnes saladas, ahumadas
- Aceitunas y salazones.
- Pescados ahumados
- Frutos secos.
- Moluscos y caviar.
- Condimentos y salsas saladas
- Caldos preparados y sopas de sobre.

Ingesta de potasio:

La ingesta elevada de potasio en la dieta, puede proteger el desarrollo de la hipertensión y mejorar el control de las cifras de presión arterial en los pacientes con hipertensión establecida.

Debe mantenerse un consumo adecuado, ya que una ingesta inadecuada puede elevar las cifras de presión arterial. El consumo de potasio debe situarse entorno aproximadamente de 50 – 90 mmol al día, preferiblemente a partir de alimentos tales como fruta fresca y vegetales. Durante el tratamiento de los pacientes con diuréticos hay que vigilar la aparición de hipopotasemia y si es necesario corregir ésta en base a suplementos de potasio, sales de potasio o diuréticos ahorradores de potasio.

Reducción del consumo de té y café

Aunque la ingesta de café puede elevar, agudamente, la presión arterial, se desarrolla rápidamente tolerancia, por lo que no parece necesario prohibir un consumo moderado.

Consumo de frutas y verduras

El aumento en el consumo de fruta y verdura reduce, la presión arterial; obteniendo un efecto adicional si se disminuye el contenido de grasa. El consumo habitual de pescado, incorporado en una dieta de reducción de peso, puede facilitar la disminución de la presión arterial en hipertensos obesos, mejorando, además, el perfil lipídico. Por tanto, hay que recomendar una mayor ingesta de fruta, verdura y pescado, reduciendo el consumo de grasas.

Reducción del consumo excesivo de alcohol:

En la mayor parte de los estudios, se ha observado que el incremento del riesgo de padecer hipertensión arterial ocurre a partir de consumos superiores a 30g/día de alcohol puro.

La relación entre alcohol y presión arterial observa una forma en J ó U, lo que sugiere que en los no bebedores y en los bebedores que sobrepasan el umbral de 30g de alcohol/día, la prevalencia de hipertensión arteriales mayor que en los consumidores ligeros de alcohol. Los individuos cuyo consumo de alcohol es de cinco o más bebidas estándares por día, pueden presentar una elevación de la presión arterial tras la supresión aguda de este consumo.

Abandono del tabaco:

Existe mucha controversia sobre si el tabaco presenta un efecto presor o no; en general, la mayoría de los estudios indican que en la población fumadora la prevalencia de hipertensión es mayor que entre

la no fumadora. Esta controversia puede tener su explicación en el hecho de que el tabaco es capaz de producir una respuesta presora aguda de pocos minutos de duración.

Actividad física

Como respuesta al entrenamiento físico, en normotensos, se pueden alcanzar reducciones de presión de 4/-4mmHg para sistólica y diastólica respectivamente, diferencia similar a la que se observa entre la población general que realiza ejercicio físico y la que no lo hace. Es conveniente que el ejercicio dinámico, prolongado y predominantemente isotónico de los grupos musculares mayores, como por ejemplo una caminata de 30 a 45 minutos a paso rápido, llevada a cabo la mayoría de los días de la semana. Se ha demostrado que el ejercicio físico ligero realizado de forma continuada es capaz de reducir la presión sistólica en casi 20 mmHg en pacientes con edades comprendidas entre los 60 y 69 años.

Reducción de peso:

El sobrepeso/obesidad se considera el factor desencadenante ambiental más importante de los que contribuyen a la aparición de hipertensión. El exceso de grasa corporal contribuye a elevar la presión arterial y esto es así desde la primera infancia y todos los pacientes con hipertensión y sobre peso deberían iniciar un programa de reducción de peso, de forma controlada e individualizada, que conllevara una restricción calórica y un aumento de la actividad física emocional.

Relajación

El estrés emocional puede aumentar la tensión arterial de forma aguda, sin embargo, en estudios realizados sobre terapias de relajación y

Biofeedback, se ha observado que no tienen un efecto definitivo sobre el control de la presión arterial.

Meditación

Qigong significa "control de la energía "y es una combinación de meditación y diferentes ejercicios para mejorar la salud y la longevidad. Los estudios han demostrado que las personas que practican qigong han podido reducir de manera considerable la tensión arterial. La acupuntura es otra área de la medicina tradicional china que puede ayudar a reducir la tensión arterial. También puede ayudar a reducir la actividad del sistema nervioso simpático, responsable de los movimientos involuntarios, como el ritmo cardíaco y la tensión arterial. La acupuntura se utiliza con tanta frecuencia en conjunto con la medicina occidental que ya no se considera una medicina alternativa sino una medicina complementaria.

Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive

Primer nivel de Atención.

- Realizar actividades de información, educación, y comunicación en la población general y/o con factores de riesgo cardiovascular.
- Promover los cambios de estilo de vida en personas con factores de riesgo cardiovascular.
- Realizar tamizaje de hipertensión arterial en la población.
- Identificar los factores de riesgo: según las variables de estratificación.
- Manejo integral de hipertensos no complicados (cambio de estilo de vida, participación del núcleo familiar, adherencia al tratamiento, entre otros)

- Se referirá a establecimientos de salud de mayor resolución a pacientes que presenten los siguientes problemas:

Alto riesgo cardiovascular con presencia de múltiples factores de riesgo.

- Los pacientes que requieren manejo de hipertensión arterial con daño de órgano noble (hipertrofia ventricular izquierda, disfunción ventricular izquierda, insuficiencia renal crónica no terminal) serán referidos a centros de tercer nivel.
- Manejo de pacientes con complicaciones vasculares agudas (síndromes coronarios agudos, insuficiencia cardíaca descompensada, accidentes cerebro vasculares, dirección de aorta, etc.)
- Manejo de paciente con insuficiencia renal crónica terminal.
- Manejo de pacientes con hipertensión severa o refractaria al tratamiento.

ROL DE LA ENFERMERA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

La participación de la enfermera en la promoción de estilos de vida saludables en prevención de pacientes con hipertensión arterial, puede entenderse como el conjunto de actividades de carácter educativo referidas a la promoción de hábitos de salud y estilos de vida saludable.

La enfermera por la naturaleza de su trabajo posee posibilidad de establecer relaciones no sólo de tipo asistencial, sino también de carácter educativo mediante el ejercicio de su rol docente, situación que es de vital importancia en el caso de medidas de prevención de pacientes hipertensos, por ser esta una enfermedad que requiere de modificaciones en cuanto a los estilos de vida saludable y el desarrollo

de una conciencia crítica individual que le permita asumir las medidas preventivas con relación a la alimentación, el descanso, la visita al médico ,la importancia del ejercicio, manejo del estrés y control del peso.

El proceso de promoción de salud es muy amplio y puede ser enfocado desde varios puntos de vista como la prevención primaria es todo acto destinado a disminuir la incidencia de una enfermedad en una población, reduciendo el riesgo de nuevos casos, la intervención a este nivel se puede clasificar como intervención de carácter no específico que corresponden con acciones de promoción de la salud, así como lo hace en la promoción de comportamientos de salud, es decir postula que la salud de una nación es el recurso máspreciado y que los individuos, las familias y las comunidades aspiran a una mejor salud y en la motivación necesaria con el fin de lograrla.

Actividades de enfermería en la prevención de hipertensión arterial en el primer nivel de atención:

Realizar la entrevista inicial: antecedentes personales y familiares con relación a la hipertensión arterial, adicionales a los registrados en la historia clínica. Informar, educar y comunicar sobre estilo de vida saludable y autocuidado de su salud, sobre la hipertensión arterial (Qué es la hipertensión arterial, causas, síntomas, qué la origina, marcadores de riesgo: herencia, edad sexo: hombres y mujer)

Evaluar, registrar y educar sobre los factores de riesgo, relacionados con el estilo de vida como:

- Ingesta de sal menos de 8 mgrs. /día
- Consumo de alcohol menos de 10 cc/día
- Ejercicio físico mínimo media hora /día (aeróbicos 3 veces/semana)

- Evitar el estrés, recreación
- Evitar el consumo de cafeína
- Evitar el hábito del tabaco

Medir funciones vitales y biológicas: Presión arterial, peso, talla, Informar, educar y aconsejar sobre prevención de complicaciones y las consecuencias de presión arterial diastólica mayor de 120 mmHg ocasiona en el organismo:

- Lesiones orgánicas
- Lesiones oculares a nivel de retina
- Complicaciones cardiovasculares
- Alteraciones del sistema nervioso central
- Complicaciones renales

El rol de enfermería contribuye en el diagnóstico precoz de hipertensión arterial en los adultos mayores, en el tratamiento oportuno y seguimiento a través de las visitas domiciliarias (23).

MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD – NOLA PENDER

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-perceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables.

Esta teoría continúa siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria.

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable.

“hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro”

METAPARADIGMAS:

- **Salud:** Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.
- **Persona:** Es el individuo y el centro de la teorista. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.
- **Entorno:** No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- preceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.

Enfermería: El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal (24).

2.3 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

- **Prevención de la hipertensión arterial:** Son las acciones que se realiza de forma anticipada para minimizar un riesgo de enfermarse en este caso de la hipertensión arterial.
- **Adultos mayores:** son todas las personas que tienen 60 o más años de edad y que asistencial programa del adulto mayor de ESSALUD Uldarico Rocca Fernández.
- **Cartera adulto mayor:** Es un servicio donde se promueve la salud integral del adulto mayor y su familia a través de acciones integradas y coordinadas de promoción, protección, recuperación y rehabilitación sustentadas en los principios de la atención primaria de salud, en el primer nivel de atención.

III.- EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la realización del presente informe se utilizaron los siguientes datos:

- Los registros diarios de la cartera del Adulto Mayor del HURF ESSALUD, realizando el control de presión arterial, peso se registra en su tarjeta de atención que cada paciente tiene en su poder..
- Datos de la Oficina Soporte informático del HURF ESSALUD, el encargado de informática nos entrega datos mensuales, semestrales y anuales.

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

Mi experiencia laboral profesional se inicia en el mes de diciembre de 1981 con el SERUMS en el Hospital Nacional de Huancavelica - MINSA, fue una experiencia gratificante y enriquecedora, en el cual realizaba actividades comunitarias en la localidad de Huando, desarrollando los programas, TBC, Inmunización, CRED, adulto mayor, malaria, tópico de curaciones e inyectables.

Posteriormente ingreso a ESSALUD en mayo del 2000, en el cual se habían inaugurado nuevos hospitales, donde me designaron al Hospital Uldarico Roca Fernández-Villa el Salvador. En ese entonces, un hospital nuevo, por lo tanto, enfermería tuvo que implementar los ambientes y organizar la dinámica de funcionabilidad del hospital para una buena atención al usuario. Me hice cargo del Programa de adulto mayor, donde la primera tarea fue trabajar en la implementación y

organización, además de realizar paralelamente la atención diaria a los pacientes adultos.

En el año 2005 pase a laborar al servicio de medicina - hospitalización, allí tuve la oportunidad de participar en la atención directa con los pacientes adultos mayores con complicaciones cardiovasculares y otras afecciones de su salud, participe con los familiares cuidadores sobre el cuidado del adulto mayor.

En el año 2006 retorno al servicio de Consulta Externa a la cartera del adulto mayor tratando a pacientes con hipertensión arterial, diabetes, asma, osteoporosis.

En los 35 años de experiencia laboral profesional que llevo me he dedicado básicamente a la atención primaria y desde hace 10 años que vengo rotando por el servicio del adulto mayor enfatizando la promoción y prevención de la salud y así mejorar su calidad de vida y disminuir las posibilidades de asistencia para atención hospitalaria.

3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL ÁREA DE TRABAJO

Hospital de EsSalud de Villa Salvador, Uldarico Rocca Fernández, se inician hace 16 años, dado que existe gran demanda de población adulto mayor; en esta área, se brinda atención de lunes a sábado en turnos de mañana; al inicio se atendían un solo turno, en la que se le programaban veinticuatro pacientes para la atención, además se otorgaban citas adicionales hasta por diez cupos en cada turno. Esta sobrecarga generaba una evaluación restringida lo que impedía muchas veces la detección temprana de algunas complicaciones propias de la enfermedad que, al no ser detectadas a tiempo, podrían generar complicaciones futuras.

Posteriormente se observó la falta de recursos humanos de enfermeras en la cartera del adulto mayor, por ello gestione a las autoridades del hospital a que se logre atender en dos turnos por la alta demanda de

pacientes en la mañana y en la tarde en el mismo consultorio esto genero a que se logre una atención más completa al adulto mayor.

En el 2014 la población adscrita al Hospital Uldarico Rocca Fernández se dividió en el Hospital Guillermo Kaelym de la Fuente y el Ipress de Villa Salud, disminuyendo así nuestra población de asegurados, y generando una oportunidad en mejorar la atención que brinda nuestra cartera del adulto mayor.

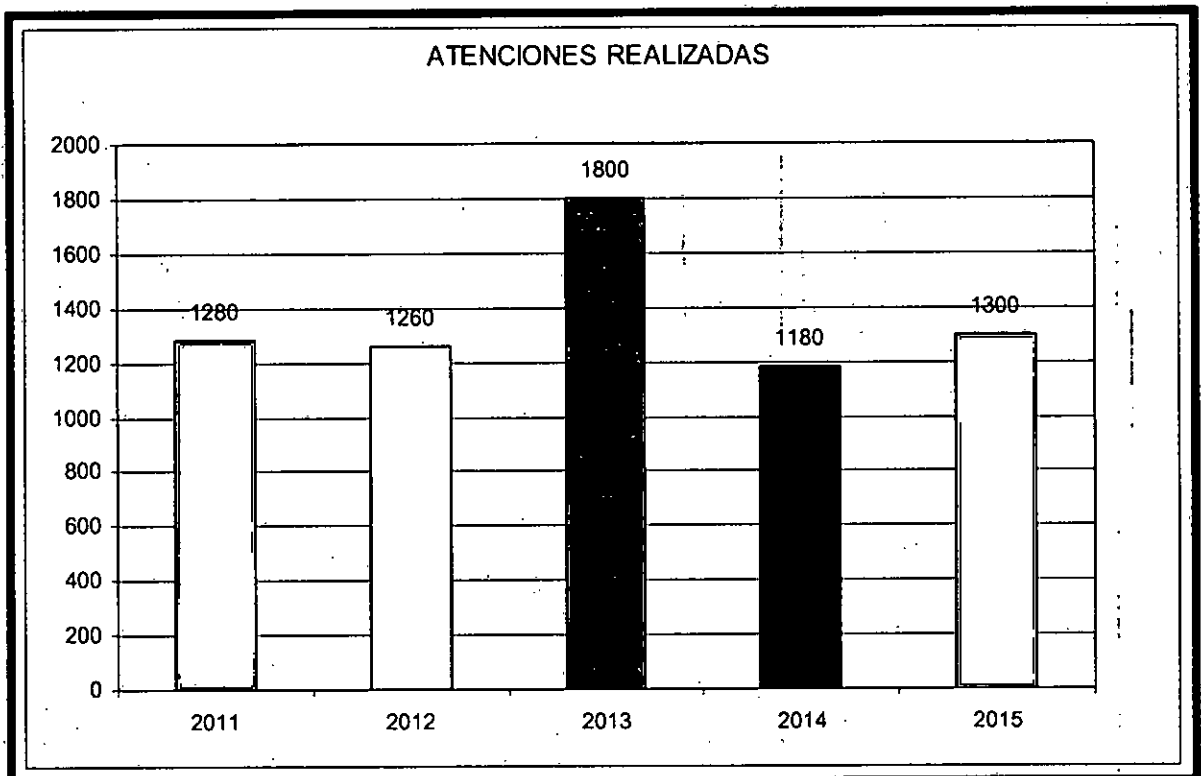
En el consultorio laboramos una enfermera en el turno de mañana y una en la tarde, sin embargo luego que la población disminuyo se queda a una enfermera cerrando el turno tarde y en la actualidad se reduce a un turno luego del retiro de la enfermera lo cual nos encontramos con el impedimento de hacer una buena evaluación ya que el tiempo resulta reducido y la sobrecarga de consultas saturan el trabajo porque se atienden 30 adultos mayores programados, más 10 adicionales, a pesar que se gestiona con los responsable de la Dirección del hospital, solo se piensa en la productividad y cobertura en la atención masiva, generando incomodidades para el personal asistencial como para las familias de los pacientes adultos.

Luego de las gestiones realizadas ante la jefatura de enfermería y la gerencia del hospital logramos que se nos acepte los turnos de lunes, miércoles y viernes mañana y tarde logrando así una atención más completa en la que nos da tiempo para poder brindar las charlas educativas individuales y grupales, el llenado individual de las fichas del adulto mayor, se le puede apoyar con las interconsultas a otras especialidades y las actividades extramurales.

IV. RESULTADOS

GRAFICA Nº 4.1: ATENCIONES REALIZADAS EN EL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL ULDARICO ROCCA FERNÁNDEZ

LIMA – PERÚ - 2015

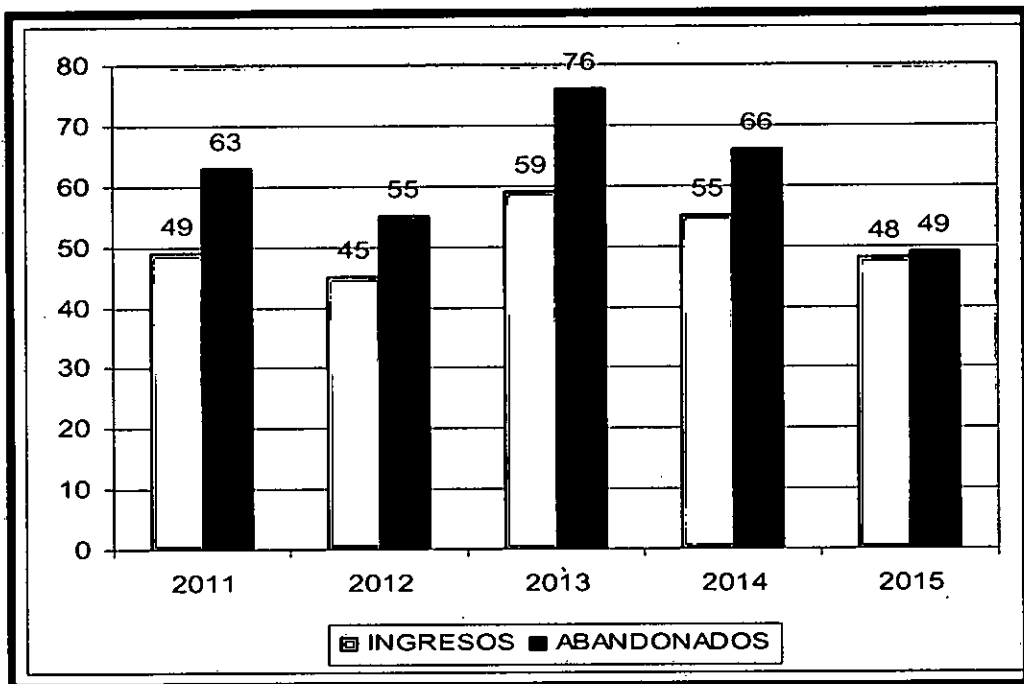


FUENTE: oficina de soporte informatico H.U.R.F.

Se puede evidenciar que las atenciones en los años del 2011 y 2012 eran relativamente bajas ya que la población desconocía la existencia de la cartera del adulto mayor y los beneficios que brindaba, en el 2013 tuvimos gran demanda de pacientes atendidos en diversos servicios; pero el año 2014 y 2015 nuestra población se disminuye porque se divide la población en el Hospital Guillermo Kaelym y el Ipress Villa Salud.

GRAFICA N° 4.2: INGRESOS Y ABANDONOS DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA CARTERA DEL ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL ULDARICO ROCCA FERNÁNDEZ

LIMA – PERÚ-2015

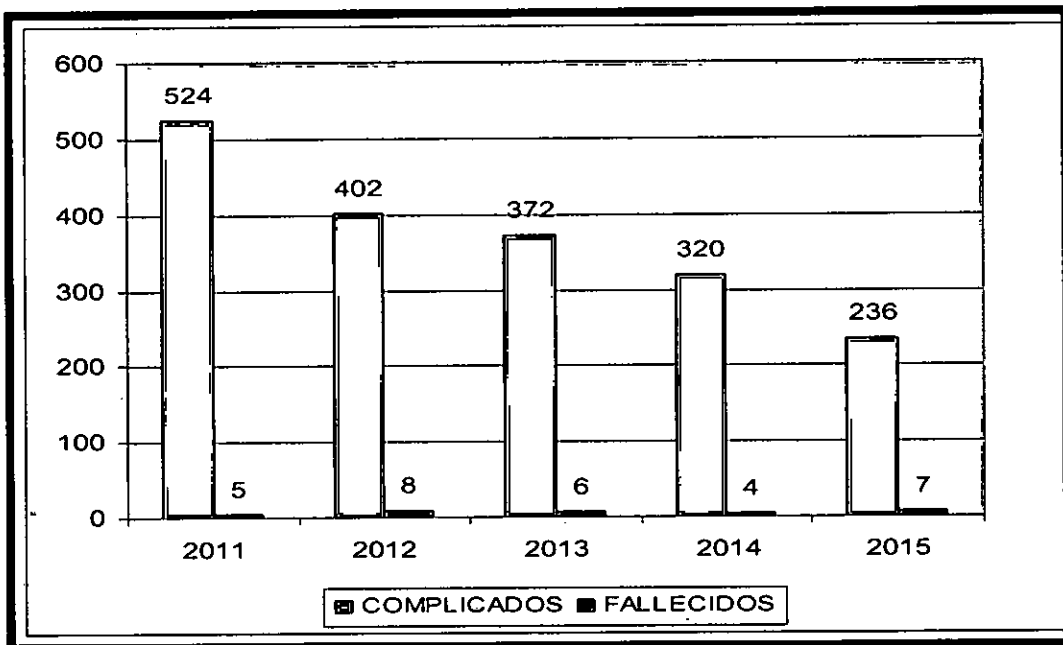


FUENTE: oficina de soporte informatico H.U.R.F.

Podemos observar que hasta la actualidad existen pacientes que abandonan su tratamiento, que no toman consciencia de su enfermedad y sus complicaciones posteriores, siendo un factor importante; es el de las citas que salen con fechas muy prolongadas, otro es que los pacientes hacen deserción o que se olvidan que tienen una cita.

GRAFICA N° 4.3: PACIENTES COMPLICADOS Y FALLECIDOS EN LA CARTERA DE ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL ULДАРICO ROCCA FERNÁNDEZ.

LIMA – PERÚ - 2015

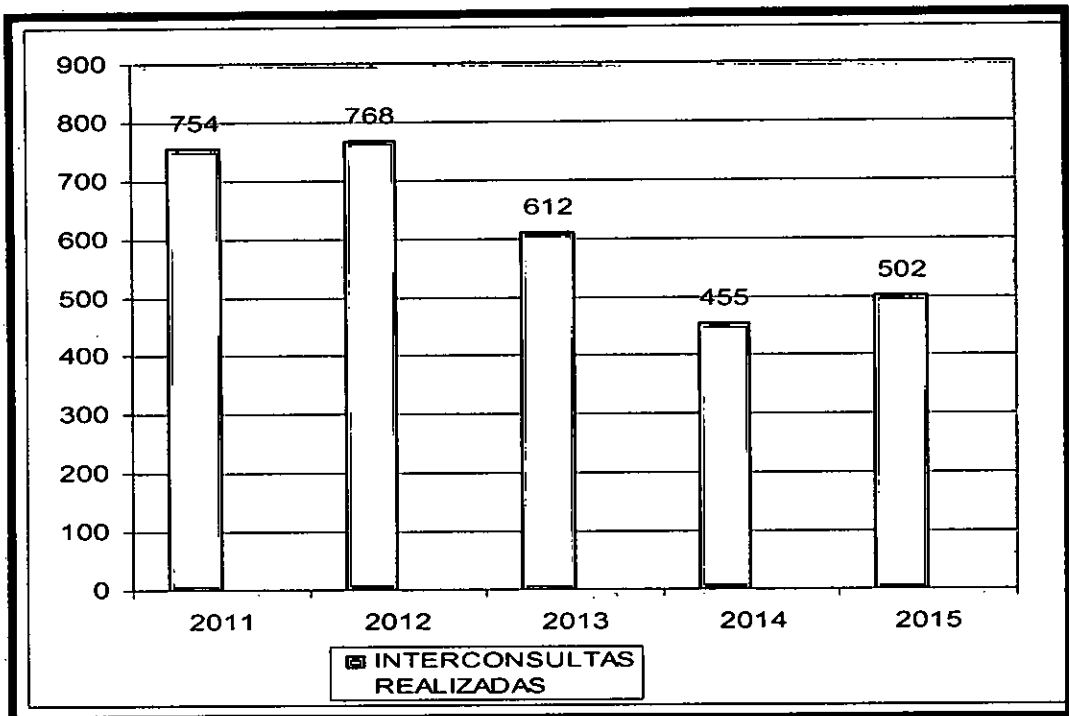


FUENTE: oficina de soporte informatico H.U.R.F.

Se puede evidenciar que en los primeros años existía mayor cantidad de pacientes adultos mayores que se complicaban con otras enfermedades asociadas a su edad, y ya en el 2015 existe menos pacientes ya que hay mayor promoción y prevención de la salud y apoyo de sus familiares en cuanto al cuidado integral del paciente adulto mayor.

GRAFICA Nº 4.4: INTERCONSULTAS REALIZADAS A OTRAS ESPECIALIDADES EN LA CARTERA DE ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL ULDARICO ROCCA FERNÁNDEZ.

LIMA – PERÚ - 2015

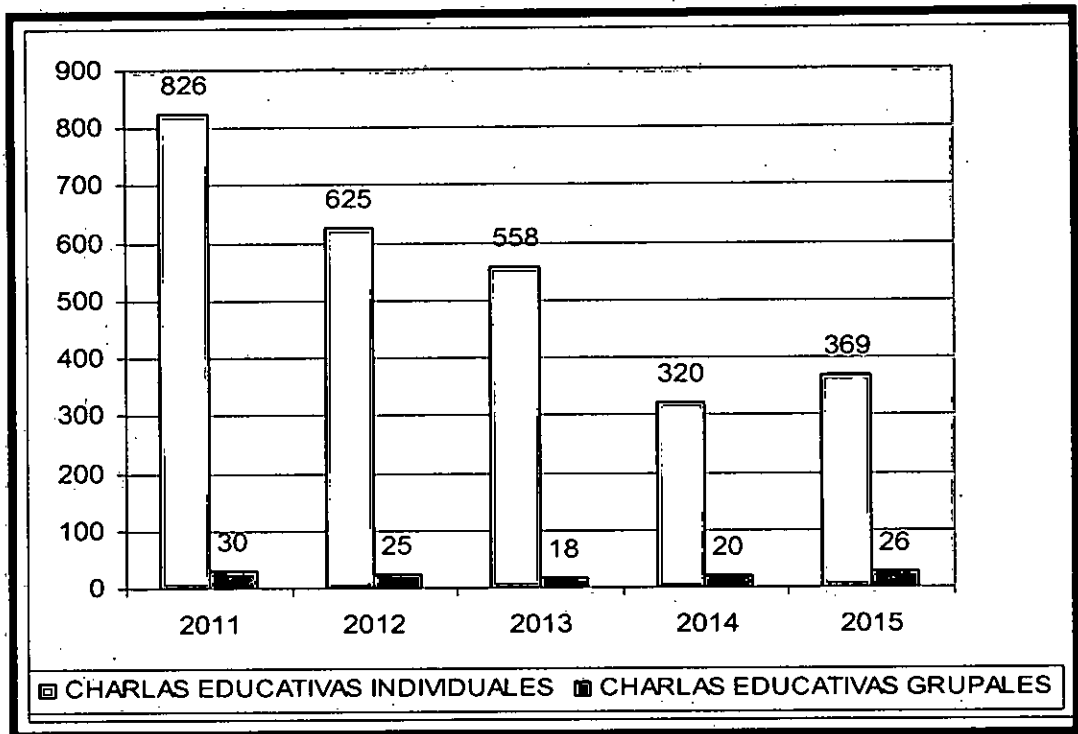


FUENTE: oficina de soporte informatico H.U.R.F.

Podemos observar que en los primeros años se realizaban mayores interconsultas ya que contábamos con mayor población de asegurados.

GRAFICA N° 4.5: SESIONES EDUCATIVAS INDIVIDUALES Y GRUPALES REALIZADAS EN LA CARTERA DE ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL ULDARICO ROCCA FERNÁNDEZ.

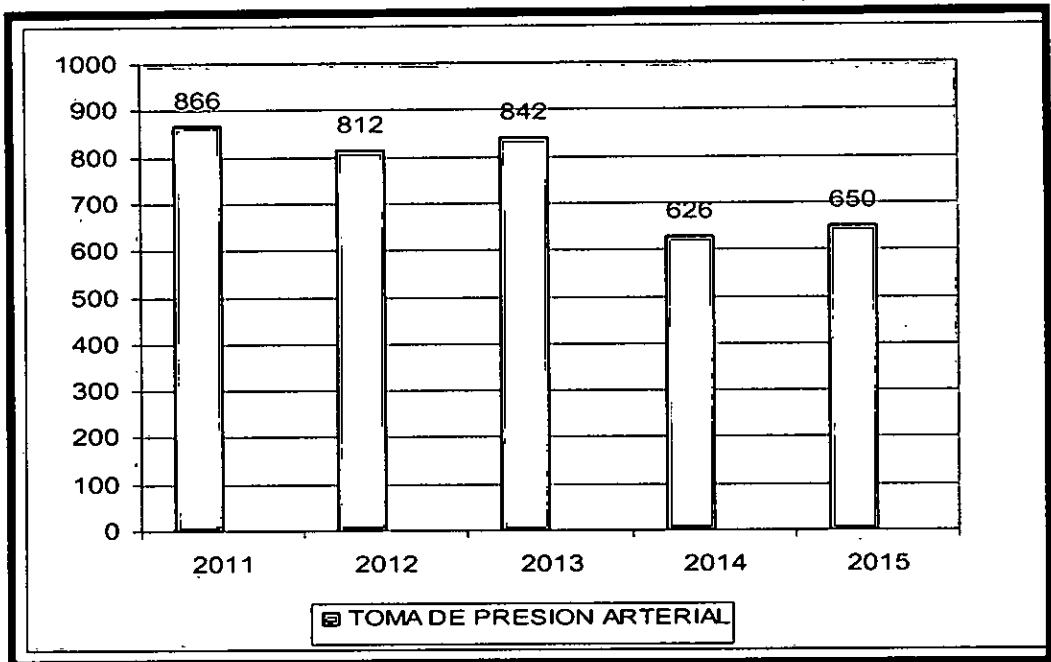
LIMA – PERÚ - 2015



FUENTE: oficina de soporte informatico H.U.R.F.

Se puede observar que en el 2011 se realizaban más sesiones de charla educativas tanto grupales como individuales, y en el 2014 y 2015 están bajos es porque se cuenta con una sola enfermera en la cartera adulto mayor y no se abastece con el tiempo.

**GRAFICA N° 4.6: TOMA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN LA
CARTERA DE ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL UL DARICO
ROCCA FERNÁNDEZ LIMA – PERÚ - 2015**



FUENTE: oficina de soporte informático H.U.R.F.

En la toma de presión arterial podemos ver que a los inicios existía mucha demanda de atención y existían ambos turnos en la atención a pacientes adultos mayores.

El año 2011 se contaba con dos enfermeras realizando una atención eficaz, oportuna.

V. CONCLUSIONES

- Se puede concluir de lo detallado anteriormente la alta demanda de atención en la cartera del adulto mayor en el Hospital Uldarico Roca Fernández como una decisión acertada esta implementación.
- Las estadísticas demuestran que esta necesidad, ha sido resuelta por las diversas gestiones del equipo de enfermería.
- Si bien es cierto que las consultas han ido disminuyendo paulatinamente a raíz de la creación de nuevos centros, esto ha permitido mayor tiempo de dedicación personalizada e integral a la evaluación de los pacientes.
- El fortalecimiento en la capacitación y actualización del equipo de enfermería ha permitido dar muchas soluciones a la situación de infraestructura y equipamiento en los momentos de su implementación.
- El acercamiento a la familia y la educación sobre cómo cuidar al paciente con hipertensión arterial facilita un mejor cuidado y una adecuada calidad de vida favoreciendo así brechas de abandonos y fallecidos por esta enfermedad.
- Se ha comprobado la importancia de la cartera del Adulto Mayor en el HURF ESSALUD.

VI. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones del presente estudio son:

- Los Profesionales que brindan servicios en el Programa Adulto Mayor deben brindar atención humanizada, personalizada para mejorar la calidad de atención.
- La atención del Adulto Mayor en el Programa debería atenderse en los dos turnos de mañana y tarde, pero por falta de Recursos Humanos se realiza en un solo turno; para mejorar el seguimiento y control de los pacientes.
- Involucrar el equipo multidisciplinario en el cuidado del Adulto Mayor, para mejorar su calidad de vida.
- Continuar con la promoción y prevención sobre estilos de vida saludable para evitar enfermedades crónicas.
- La implementación de la cartera del Adulto Mayor se debe seguir trabajando para evitar complicaciones de enfermedades crónicas de los pacientes.
- Ampliar la cobertura en la proyección de la población asegurada.

VII.- REFERENCIALES

1. SOSA JM. TALLEDO R. PORTUGAL RM. JEFFERSON L. Estilos de vida y prevalencia de hipertensión arterial entres comunidades peruanas. Revista Peruana de Cardiología: Mayo- Agosto 1999 – Página 340.
2. OMS (2009): Hipertensión Arterial. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/es/ (consultado el 10 de octubre 2016 – Página 520.)
3. AGUSTI CR. Epidemiología de la hipertensión arterial en el Perú. Acta Med Per. 23/02/2006. Vol. 2 Num. 2
4. ARANAG, CILLIANIB, ABANTOD. Cumplimiento del tratamiento farmacológico y control presión arterial con pacientes del programa de hipertensión: Hospital Víctor Lazarte Echegaray- Es Salud, Trujillo. Revista Médica Herediana Vol. 12 N° 4 Lima Oct. 2001- Página 630.
5. Dirección General de Salud de las personas. Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las personas adultas mayores, 2005, Lima. MINSA, 2006, Página 820.
6. HUERTA ROBLES, Benjamín. “Factores de riesgo para la hipertensión arterial“. En Revista de Cardiología de México 2001 p.30, p.35-38
7. MORFISAMPER. “Atención del Personal en Enfermería en la Gerontología Comunitaria en Cuba“. An Cub Investigac. 2010;(1):20-32.

8. FORAL DE NAVARRA Instituto de Salud Pública de la comunidad, Edu.salud Metodología de la promoción de la salud, 2002. Disponible en:
<http://www.Cfnavarra.es/IS/actividades/PROMOPROMOCION.HTM>. (Consultado el 20 de octubre del 2016).
9. PRADO GARCÍA HEIDI, en Bolivia, "Programa educativo sobre hipertensión arterial a los pacientes que acuden al club de hipertensos Sabanita en ciudad Bolívar-estado, en Agosto, del 2010 "
10. ROJAS GÓMEZ MARY, Revista electrónica de portátiles medica. como enfermera de uc.online{citado el 27 de febrero del 2010}disponible en : www.cursosdeenfermeria.com/uc
11. RODRÍGUEZ MARÍA YAQUELINE, "Nivel de autocuidado y estilo de vida del adulto con hipertensión arterial del policlínico el Porvenir, en Lima, 2010"
12. LEGUÍA GLADIZ, en Lima, el 2012 realizaron un estudio sobre: "Nivel de conocimientos y prácticas de autocuidado del paciente hipertenso policlínico Juan Rodríguez Lazo, policlínico Villa María y servicio de transporte asistido de emergencia, en Lima, el 2012".
13. ENCISO S, U y QUIROZ : Factores biopsico-soculturales y su relación con la calidad de autocuidado del paciente hipertenso. Tesis para optar el grado de Bachiller en Enfermería, Universidad Nacional de Trujillo, 1995.
14. "SALDARRIAGA SANDOVAL LIDIA JANNET ,Valoración de conocimientos de hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular en personas que acuden al centro de salud Corrales, en Tumbes el 2009".

15. VERGOTTINI JUAN CARLOS, "Epidemiología, detección y prevención de enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial en un área alejada de grandes centros urbanos Sumampa, Santiago del Estero. Sumampa, Argentina, el 2009.
16. CANSALES RAMOS EDUARDO, en Santa Ana, "Factores que influyen en el fallo del autocuidado de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que consultan en la unidad comunitaria de salud familiar del cantón el despoblado, municipio de Santa Rosa Guachipilín México, de enero a septiembre de 2011".
17. GARCÍA E, MEDELLIN, Atención primaria de salud: Crecimiento y Desarrollo del ser humano. Tomo edades escolar-adulto mayor. Colombia: Guadalupe LTDA; 1995. Pág. 38.
18. ROJAS MICHELLE. Hipertensión Arterial en el Anciano. 1er Congreso Virtual de Cardiología. Documento Electrónico disponible en:

<http://pcvc.sminter.com.ar>.(Consultado:Febrero10de 2010).
19. TAGLE ROBERTO. Hipertensión Arterial 2006: "El camino inverso: de la práctica clínica a la fisiopatología de la hipertensión arterial" Boletín Escuela de Medicina Universidad Católica de Chile. 2006; 31:16–23
20. MOINA DÍAZ R, Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna-Vol. 14 N°1– 200111.. Séptimo Informe del Joint National Comité sobre prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. Versión en español y Traducción del grupo de Hipertensión Arterial de la Sociedad

Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Documento electrónico disponible en

<http://www.infodoctor.org/rafabravo/JNC-7tcsp.html>.

Consultado(noviembre 7 de 2016)

21. MINISTERIO DE SALUD PERÚ. Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Control de la Enfermedad Hipertensiva en el Primer Nivel de Atención. Consultado Setiembre del 2009.: http://www.sis.gob.pe/ipresspublicas/normas/pdf/minsa/GUIASPRRACTICAS/2009/RM491_2009.pdf.
22. MORFISAMPE R. "Atención del Personal en Enfermería en la Gerontología Comunitaria en Cuba" An Cub Investigac. 2010;(1):20-32.
23. DÍAZ BARRIGA F Y HERNÁNDEZ ,G(2002),Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Una interpretación constructivista, 2da. edición México. MC Graw Hill Interamericana. Pág. 202
24. El cuidado disponible en:
<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/nolapender.html>. consultado el 06 de diciembre del 2016

ANEXOS

REALIZANDO LA ATENCIÓN AL PACIENTE ADULTO MAYOR



TOMANDO LA PRESIÓN ARTERIAL



CARTERA DEL ADULTO MAYOR

Protejamos a los Adultos Mayores



Con amor y paciencia
cuidemos a los
Adultos Mayores

