



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE D.F.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 94



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INFLUENCIA DEL CUIDADOR PRIMARIO EN EL CONTROL DEL PACIENTE GERIÁTRICO HIPERTENSO DE LA UMF 94

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A: INVESTIGADOR ASOCIADO

DRA. LAURA ERIKA GORDOA GALINDO

Médico Residente del Curso de Especialización en Medicina Familiar
Matrícula: 98362485
Domicilio: Calle 651 No 226
Unidad San Juan de Aragón 4ta y 5ta sección
E-Mail: laura_gordoa@hotmail.com
Teléfono: 57 96 68 59

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

DR. GUILLERMO ARROYO FREGOSO

Coordinador Clínico De Educación e Investigación en Salud UMF No. 94
Domicilio: Camino Viejo San Juan de Aragón 234.
Casas Alemán GAM.
TEL: 57672977
E-mail: Guillermo.arroyo@imss.gob.mx

Lugar donde se realizo el estudio: Unidad de Medicina Familiar No. 94 Camino San Juan de Aragón no 235
Casas Alemán. CP 07580 GAM, Mexico D.F. Agosto del 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

Contenido	Página
Resumen.....	3
Introducción.....	4
Marco teórico.....	6
Antecedentes científicos.....	25
Planteamiento del problema y justificación.....	27
Pregunta de investigación.....	27
Justificación.....	28
Objetivos	30
Hipótesis.....	30
Identificación de variables.....	30
Diseño del estudio.....	30
Universo de trabajo.....	31
Población de estudio.....	31
Muestra de estudio.....	31
Calculo de la muestra.....	31
Tipos de muestreo.....	31
Procedimiento para integrar la muestra.....	31
Tamaño de la muestra.....	32
Criterios de selección.....	33
Descripción general del estudio.....	34
Factibilidad y aspectos éticos.....	34
Recursos humanos, físicos, financieros.....	34
Resultados.....	36
Análisis de resultados.....	44
Conclusiones.....	44
Sugerencias.....	45
Bibliografía.....	46
Anexo 1 Cuadro de variables.....	49
Anexo 2 Cronograma.....	51
Anexo 3 Consentimiento informado.....	52
Anexo 4 Encuesta.....	53

RESUMEN

Influencia del cuidador primario en el control del paciente geriátrico hipertenso de la UMF 94

* Gordo - Galindo L. **Arroyo - Fregoso G.

Introducción: Según la OMS las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes.

Objetivo General: Conocer cómo influye el cuidador primario en el tratamiento farmacológico y no farmacológico en los pacientes geriátricos hipertensos.

Objetivos específicos: Identificar si el cuidador primario influye en el tratamiento y adecuado control del paciente hipertenso geriátrico en la UMF 94.

Material y métodos: Características del lugar donde se realizará el estudio. Unidad de Medicina Familiar No.94.

Población de estudio: Pacientes geriátricos con diagnóstico de Hipertensión arterial sistémica adscritos a la UMF No 94 del IMSS con o sin cuidador.

Instrumento de medición: encuesta. Tipo de estudio: Prospectivo, transversal, comparativo, observacional.

Tipo de Muestreo: Muestra no probabilística por conveniencia
Cálculo de la muestra: Por medio de un censo

Análisis Estadístico: Se aplicará estadística descriptiva, frecuencia y porcentajes.

Tiempo del estudio: 2011-2013

EXPERIENCIA DEL GRUPO DE INVESTIGADORES: Responsable de la investigación (Ocho años), Investigador asociado (tres años), Médico Residente (Dos años).

PALABRAS CLAVE: Enfermedades crónicas, HAS, geriátricos, cuidador primario

*Médico residente de 3er año de la especialidad de Medicina Familiar

**Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud UMF 94

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial sistémica es una enfermedad crónica controlable de etiología multifactorial que se caracteriza por un aumento sostenido de las cifras de tensión arterial sistólica (PS) por arriba de 140mm/Hg y de la presión arterial diastólica (PD) igual o mayor a 90mm/Hg.

Se estima que la hipertensión causa 7,5 millones de muertes, lo que representa alrededor del 12,8% del total mundial. Es un factor de riesgo muy importante de las enfermedades cardiovasculares. La prevalencia de hipertensión es similar en todos los grupos, aunque en general es menor en las poblaciones de ingresos altos.

La hipertensión arterial sistémica (HAS) es de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México, ya que afecta al 30.8% de la población de entre 20 a 69 años de edad. A pesar de la facilidad que se tiene para el diagnóstico de esta enfermedad, cerca del 60% de los individuos afectados lo ignoran y de los que reciben tratamiento, sólo un mínimo porcentaje están en control. En la Unidad de Medicina Familiar No 94 IMSS en el año 2012 un total de pacientes de 48,936 con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica, de los cuales se reportan 17,139 hombres y 31,797 mujeres con una presentación mayor en rangos de edad de entre 60 a 64 años y 65 años a más.

El envejecimiento de la población, la relación presión arterial/Riesgo cardiovascular y la modificación de las reglas de juego que fijan los límites diagnósticos, ha multiplicado la prevalencia de HTA en las personas de edad avanzada. Las tasas absolutas de ancianos hipertensos han pasado de una nada desdeñable tasa porcentual del 40 % hasta cifras absolutas en torno al 60-70 % de esta población, con progresiva mayor prevalencia en función de los sucesivos tramos de edad.

La vejez no es ni una enfermedad ni es una discapacidad. Sin embargo, después de los 65 años de edad, los síndromes invalidantes o incapacitantes múltiples son más frecuentes; así como la presencia de enfermedades, sobre todo, las crónicas.

La población de pacientes geriátricos que requieren o están en riesgo de requerir la ayuda en el cuidado personal y otras actividades de la vida diaria están creciendo rápidamente,

esto es principalmente debido a la tasa de progresión de esta población, sobre todo aquellos mayores de 85 años.

Los cuidadores primarios son personas que, por diferentes motivos, dedican gran parte de su esfuerzo a permitir que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria ayudándoles a adaptarse a las limitaciones de carácter físico, mental, social o funcional que su enfermedad les impone.

Tomando en cuenta los antecedentes ya mencionados anteriormente, los pacientes geriátricos requieren una atención personalizada y el apoyo de un cuidador o de la familia en forma constante, estos pacientes son portadores de enfermedades crónicas que con el paso del tiempo los predisponen a diferentes riesgos los cuales comprometen su estado de salud, dentro de estas enfermedades crónico degenerativas tendremos a la hipertensión arterial la cual será objeto de estudio y de vital importancia para este tipo de pacientes ya que es la más común de las condiciones que afectan la salud de los individuos y las poblaciones en todas partes del mundo.

MARCO TEORICO

Enfermedades crónicas

Según la OMS las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Son la principal causa de mortalidad en todo el mundo, pues se cobran más vidas que todas las otras causas combinadas. Contrariamente a la opinión popular, los datos disponibles demuestran que casi el 80% de las muertes por enfermedades crónicas se dan en los países de ingresos bajos y medios. De los 57 millones de defunciones que se produjeron en todo el mundo en 2008, 36 millones –casi las dos terceras partes- se debieron a enfermedades crónicas, principalmente enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas. El mayor ritmo de aumento de la carga combinada de estas enfermedades corresponde a los países, poblaciones y comunidades de ingresos bajos, en los que imponen enormes costos evitables en términos humanos, sociales y económicos. (1)

Las enfermedades crónicas se deben en gran medida a cuatro factores de riesgo comportamentales que se han afianzado de forma generalizada como parte de la transición económica, los rápidos procesos de urbanización y los modos de vida del siglo XXI: el consumo de tabaco, las dietas malsanas, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol. Los principales efectos de estos factores de riesgo recaen cada vez más en los países de ingresos bajos y medios y en las personas más pobres en todos los países, como reflejo de los determinantes socioeconómicos subyacentes. En esas poblaciones es fácil que se produzca un círculo vicioso: la pobreza expone a la gente a factores de riesgo comportamentales y resultantes tienden a agravar la espiral que aboca a las familias a la pobreza.

Una mejor atención sanitaria, la detección temprana y el tratamiento oportuno son una alternativa eficaz para reducir los efectos de las enfermedades crónicas. Sin embargo, en muchos lugares no se proporciona una atención adecuada a las personas con enfermedades crónicas, y el acceso a tecnologías y medicamentos esenciales es limitado, sobre todo en países y poblaciones de ingresos bajos y medios. (1)

Los determinantes de la epidemia de enfermedades crónicas tuvieron su origen en el progreso y la mejoría del nivel de vida y no podrán revertirse sin un enfoque individual, social e institucional. (2)

La evolución natural de las enfermedades cardiovasculares puede modificarse con acciones que cambien el curso clínico de las condiciones que determinan su incidencia. Esta característica introduce oportunidades para la prevención, el desarrollo de herramientas pronósticas y la creación de modelos fármaco-económicos. (2)

Hipertensión arterial sistémica

La hipertensión arterial sistémica es una enfermedad crónica controlable de etiología multifactorial que se caracteriza por un aumento sostenido de las cifras de tensión arterial sistólica (PS) por arriba de 140mm/Hg y de la presión arterial diastólica (PD) igual o mayor a 90mm/Hg (3)

Tabla 2. Clasificación de la Tensión Arterial		
CATEGORÍA	TAS (mmHg)	y/o TAD (mmHg)
Óptima	<120	<80
Normal	<130	<85
Normal-elevada	130-139	85-89
Hipertensión		
Estadio o grado 1	140-159	90-99
Estadio o grado 2	160-179	100-109
Estadio o grado 3	≥ 180	≥110

Se estima que la hipertensión causa 7,5 millones de muertes, lo que representa alrededor del 12,8% del total mundial. Es un factor de riesgo muy importante de las enfermedades cardiovasculares. La prevalencia de hipertensión es similar en todos los grupos, aunque en general es menor en las poblaciones de ingresos altos.(1)

La hipertensión arterial sistémica (HAS) es de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México, ya que afecta al 30.8% de la población de entre 20 a 69 años de edad. (4)

A pesar de la facilidad que se tiene para el diagnóstico de esta enfermedad, cerca del 60% de los individuos afectados lo ignoran y de los que reciben tratamiento, sólo un mínimo

porcentaje están en control. En la Unidad de Medicina Familiar No 94 IMSS en el año 2012 un total de pacientes de 48,936 con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica, de los cuales se reportan 17,139 hombres y 31,797 mujeres con una presentación mayor en rangos de edad de entre 60 a 64 años y 65 años a más.(ARIMAC)

Además es un importante factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y renales. La mortalidad por estas complicaciones ha mostrado un incremento sostenido durante las últimas décadas.

El objetivo del tratamiento es la recuperación de la esperanza y calidad de vida de los hipertensos, recordando que no se tratan las cifras de presión arterial, sino el riesgo que ellas representan. El costo económico al tratamiento de esta enfermedad es alto, pero mayor lo es el de sus complicaciones. (4)

Existe una estrecha relación entre la hipertensión y diversas enfermedades cardíacas como la cardiopatía isquémica, la insuficiencia cardíaca, la hipertrofia ventricular izquierda o determinadas arritmias como la fibrilación auricular.(5)

La hipertensión arterial como factor de riesgo y su asociación con otros factores de riesgo

Se debe tener presente que la relación entre la presión arterial y el riesgo cardiovascular es continua, así el riesgo de morbimortalidad cardiovascular se duplica con cada incremento de 20 mmHg de presión sistólica o 10 mmHg de presión diastólica. El riesgo de la hipertensión arterial, se agrava de manera exponencial con la adición de otros factores de riesgo, así la presencia de daño en órgano blanco incrementa el riesgo cardiovascular de manera aditiva, igualmente el incremento en edad suma su propio riesgo con el dependiente de las elevaciones de la presión arterial. Es importante resaltar la importancia de la hora del registro de la hipertensión arterial, ya que su presencia al despertar incrementa el riesgo de accidente cerebrovascular isquémico y hemorrágico en posible relación con el llamado “despertar adrenérgico” coincidente con el incremento de la agregabilidad plaquetaria y reducción de la actividad fibrinolítica, consecuencias de la disfunción endotelial. Identificada la hipertensión arterial y sus riesgos hay que tratar ambos. Es importante considerar que la presencia de múltiples factores de riesgo,

diabetes o daño orgánico, invariablemente califican a un hipertenso, aún en fase pre-hipertensiva, en la categoría de alto riesgo.(6)

Tratamiento no farmacológico

Respecto al tratamiento no farmacológico, son numerosos los estudios que han demostrado su eficacia para reducir las cifras de TA. Así, se sabe que con respecto al alcohol, consumos superiores a 3 Unidades/día incrementan las cifras de TA.

También existe una relación directa entre el consumo de sodio y las cifras de TA, de tal forma que la restricción de su consumo previene la aparición de HTA y reduce las cifras en hipertensos (aunque su efecto disminuye con el tiempo). Con el potasio la relación es indirecta, el consumo de 500 g/día de verdura y fruta (5 raciones o piezas) reduce las cifras de TA, aunque su administración en forma de suplemento no ha demostrado utilidad. Una actividad física moderada o intensa produce un descenso de la TA tanto sistólica como diastólica en normotensos e hipertensos. Por último, por cada Kg de peso perdido la TA disminuye de 0,5 a 2 mmHg²⁵. (7)

Por todo ello se debe recomendar a los pacientes hipertensos:

- abstención de tabaco.
- realizar de 30 a 60 minutos de ejercicio dinámico de moderada intensidad (caminar, correr, bicicleta o nadar) cuatro a siete días a la semana, al margen de las actividades rutinarias de la vida diaria.
- mantener un IMC entre: 18,5-24,9 kg/m², y un perímetro abdominal menor de 102 cm en hombres y 88 cm en mujeres.
- limitar el consumo de alcohol a 17 Unidades/semana en hombres y 11 Unidades/semana en mujeres.
- consumir una dieta mediterránea, rica en frutas, verduras, productos lácteos desnatados, fibra dietética y soluble, y cereales integrales, y pobre en grasa saturadas.
- consumir menos de 6 g de sal al día.

- en pacientes en quienes el estrés puede contribuir a la elevación de la presión arterial, debe considerarse incorporar intervenciones encaminadas a facilitarle el manejo y control del mismo. (7)

Cuando iniciar el tratamiento farmacológico

La Norma Mexicana para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica (NOM-030-SSA2-1999), busca ofrecer al médico mexicano una forma práctica y útil para el tratamiento farmacológico de estos enfermos, basada en la información científica nacional e internacional, más reciente y aplicable a nuestra realidad. A todos los pacientes en el momento en que la HAS empieza a representar un riesgo. El riesgo depende de las combinaciones de las cifras de presión arterial, de su antigüedad, de la asociación con otros factores de riesgo, con la presencia de daño orgánico subclínico o establecido y diabetes mellitus.

El beneficio se da cuando se logran las metas, sobre todo cuando se hace lo más pronto posible y se mantienen. Los criterios de tratamiento se toman de acuerdo a la clasificación de la HAS por cifras, a la estratificación del riesgo y a su probabilidad de riesgo).

El plan de tratamiento depende del riesgo de cada paciente. En todo hipertenso se debe seguir el tratamiento conductual, mismo que debe ser seguido por todas las personas sanas con fines preventivos.

En los de riesgo moderado, entre las enfermedades concomitantes más importantes a evitar, está la diabetes tipo 2, por lo que está restringido emplear betabloqueadores, sobre todo aquéllos menos cardioselectivos y tiazidas a dosis altas.

Si están presentes las dislipidemias, deben controlarse, considerando prioritario un descenso del colesterol-LDL a menos de 130 mg/dL si el riesgo es moderado y a menos de 100 cuando es alto.

A los enfermos con riesgo alto y muy alto, hay que llevarlos a la meta lo más pronto posible, suprimir o controlar los factores de riesgo y controlar las enfermedades concomitantes. Cuando se asocian dislipidemias, se debe llevar el colesterol- LDL a

menos de 100 mg/dL en los casos de alto riesgo y a menos de 70 en los de muy alto riesgo.(4)

Recomendaciones generales

1. Recomendar siempre el tratamiento conductual (estilo de vida saludable).
2. El tratamiento farmacológico debe ser individualizado, siempre bajo la valoración directa de su médico tratante.
3. Descartar inicialmente los medicamentos que estén contraindicados o haya antecedente de efectos adversos o no efectividad.
4. Prescribir el antihipertensivo que por sus efectos además de reducir la presión arterial, beneficie a cada paciente en particular.
5. Reducir la presión arterial (PA) lo más pronto posible, hasta alcanzar la meta.
6. Utilizar las dosis de los distintos fármacos que logren el efecto óptimo, sin o mínimos efectos adversos.
7. Esperar un mínimo de cuatro semanas para evaluar la respuesta terapéutica antes de modificar el esquema.
8. Si no se logra la meta, pero sí hay respuesta, combinar con otro fármaco.
9. Si no hay respuesta con determinado fármaco o no fue tolerado, cambiar a otro grupo farmacológico.
10. Si con dos medicamentos no se logra el control, agregar un tercero, considerar inicialmente un natriurético a dosis bajas.
11. Utilizar medicamentos de acción prolongada, con efectos cercanos o mayores a 24 h.
12. Hay que considerar siempre el tratamiento combinado, en cualquier tipo de hipertensión, preferentemente en la misma tableta, a fin de lograr el efecto antihipertensivo lo más pronto posible y favorecer la adherencia.

13. Si se logra el adecuado control durante un año, el médico evaluará la conveniencia de reducir paulatinamente la dosis; incluso hasta suprimir el medicamento, si el tratamiento conductual es suficiente para controlar la PA.

14. En caso de que se logre suspender el tratamiento farmacológico después de un periodo de prueba sin medicamentos, deberá advertirse al paciente que debe continuar bajo estrecha vigilancia médica, debido al riesgo de que vuelva a elevarse la PA por arriba de los niveles normales.(4)

Tratamiento conductual

Control de peso corporal: La obesidad es el principal factor determinante de la HAS. Se presenta beneficio con la reducción cuando menos del 10% del sobrepeso, combinando ejercicio dinámico, dieta reducida en calorías y en caso necesario tratamiento farmacológico.

Actividad física: Se recomienda la práctica de ejercicio dinámico (ejem.: caminata, natación, bicicleta) durante 30/40 minutos, la mayor parte de los días de la semana, o bien incrementar ejercicio en sus actividades diarias. Siempre iniciar el ejercicio con valoración médica.

En caso de ser sedentarios, tener obesidad mórbida o estar en los estadios de hipertensión 2 y 3, se puede iniciar con cinco minutos tres veces al día e incrementar otros cinco en una semana, para llegar a 10 minutos tres veces al día.

Consumo de sal: Su ingestión no deberá exceder de 6 g/día de NaCl, esto se logra evitando en lo posible el consumo de alimentos procesados industrialmente que incluyen a los refrescos y limitando la sal de mesa como condimento.

Consumo de alcohol: Evitar o, en su caso disminuir el consumo a no más de 30 mL de etanol (dos copas) al día; las mujeres y hombres de talla menor de 1.60 m deberán reducir este consumo, a la mitad.

Dieta recomendable: Promover el hábito de una adecuada ingestión de potasio, magnesio y calcio mediante el consumo de frutas, verduras, leguminosas y derivados lácteos desgrasados.

Tabaquismo: Deberá suprimirse o evitarse.(4)

Metas

Las metas dependen de las características de cada enfermo. Otras metas complementarias para la salud cardiovascular son mantener un índice de masa corporal < 25; colesterol total < 200 mg/dL; evitar o suprimir el tabaquismo y disminuir el consumo excesivo de sodio y de alcohol.

Los antihipertensivos

Los medicamentos recomendables para el tratamiento inicial, son los natriuréticos, los calcioantagonistas, los IECA y los ARA II.

Natriuréticos (antes diuréticos).

El efecto antihipertensivo de los fármacos de este grupo es debido principalmente a la acción natriurética (aumento en la excreción de sodio) que finalmente disminuye la respuesta vasoconstrictora.

Se pueden dividir en cuatro subgrupos:

1. Las tiazidas
2. Los diuréticos de asa
3. Los ahorradores de potasio
4. La indapamida

Tiazidas

En este grupo se encuentra la clortalidona y la hidroclorotiazida, se pueden utilizar en la mayoría de los pacientes solas o combinadas, siempre a dosis bajas para evitar los efectos adversos, entre los que destacan la hipokalemia, las arritmias, la hiperuricemia, favorecer nuevos casos de diabetes y alterar el metabolismo de los lípidos.(4)

En poblaciones en donde se asocia mucho la hipertensión con la diabetes, como la nuestra, hay que ser muy cuidadosos para prescribir este grupo de medicamentos, sobre todo a dosis altas.

Diuréticos de asa

Representados por el furosemide que tienen más efecto diurético (aumento en la excreción de agua) que natriurético, por lo tanto son menos efectivos como antihipertensivos, tienen más indicación como parte del tratamiento en casos de insuficiencia cardíaca o insuficiencia renal.

Ahorradores de potasio

Como la espironolactona, que será efectiva en los raros casos de aldosteronismo y como apoyo en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca.

Indapamida

Es un agente de clase única, con varios mecanismos de acción, entre los que destaca su efecto natriurético, favorece la liberación de factores relajantes endoteliales y la regresión de la hipertrofia ventricular izquierda, es neutra metabólicamente, no afecta a la glucosa ni a los lípidos y revierte la microalbuminuria en el paciente diabético.

Los natriuréticos, son los medicamentos más frecuentemente recomendados en el tratamiento combinado, lo que es necesario en la mayoría de los casos para alcanzar las metas requeridas. El uso de la combinación de dos fármacos a dosis bajas y preferentemente en el mismo comprimido, puede simplificar el tratamiento y facilitar la adherencia.(4)

Betabloqueadores

Disminuyen la PA por disminuir la frecuencia cardíaca y la fuerza de contracción miocárdica, por lo que disminuyen el consumo de oxígeno y son útiles en la angina de pecho, además de disminuir la actividad plasmática de la renina. Actualmente se consideran útiles en el manejo del hipertenso asociado a angina de pecho y en la

reducción de la mortalidad en el postinfarto y los cardioselectivos a dosis bajas en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca.

Pueden emplearse en jóvenes con taquicardia sin antecedentes familiares o personales de diabetes tipo 2 o síndrome metabólico. A pesar de que en el estudio UKPDS se coloca a los betabloqueadores en primera línea junto a los IECA en el tratamiento de los hipertensos diabéticos para prevenir las complicaciones micro y macrovasculares, en la actualidad no son los más recomendados en estos casos o bien se deberían preferir los cardioselectivos como el bisoprolol que no tiene impacto sobre la sensibilidad de la insulina ni altera el metabolismo de los lípidos.(4)

Calcioantagonistas (CaA)

Los calcioantagonistas evitan parcialmente la entrada de Ca^{++} a las células, en general son considerados sin distinción en un solo grupo, debiendo ser diferenciados en relación a su mayor acción, ya sea sobre el corazón como el verapamilo y el diltiazem y los de mayor efecto a nivel vascular periférico como los derivados de las dihidropiridinas. Ello es importante al considerar algunas indicaciones y contraindicaciones, por ejemplo, los primeros tendrán mejor respuesta en pacientes hipertensos isquémicos, pero no deberán ser empleados en presencia de insuficiencia cardiaca o bloqueo auriculoventricular. Por otro lado, cualquier tipo de calcioantagonista ha demostrado su utilidad en el control de la hipertensión sistólica aislada, su neutralidad en diabetes y dislipidemia y el retraso o regresión de la aterosclerosis carotídea y coronaria.

El tratamiento combinado de verapamilo de acción prolongada con trandolapril, ha demostrado que disminuye la incidencia de microalbuminuria en hipertensos diabéticos; aunque esta acción parece deberse al trandolapril.(4)

Inhibidores de la enzima Convertidora de angiotensina (IECA)

Fueron los primeros antihipertensivos que lograron el bloqueo del sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) con eficacia y seguridad, por lo que pudieron ser llevados a la práctica clínica. Con diferentes mecanismos de acción, entre los que destaca el bloqueo de la enzima dipeptidilcarboxipeptidasa que evita por un lado la transformación

de la angiotensina I en la II (vasoconstrictora) y por otro la degradación de la bradicinina (vasodilatadora).

En diversos estudios han demostrado sus ventajas en reducir la hipertrofia ventricular izquierda y las complicaciones cardiovasculares del hipertenso, aun en el que se asocia a diabetes, así como en reducir la mortalidad, la insuficiencia cardiaca y el riesgo de accidentes cerebrovasculares. También evitan la remodelación del miocardio postinfartado, ofrecen nefroprotección al reducir la hiperfiltración renal y la progresión de la microalbuminuria y proteinuria, mejoran la sensibilidad de la insulina, que los coloca como de elección en el paciente prediabético o diabético.

Como todos los bloqueadores del SRAA, inhiben la liberación de aldosterona, disminuyendo el intercambio de Na^+/K^+ en el túbulo contorneado distal y la retención de potasio; por lo que, se debe tener cuidado al usar concomitantemente con otros fármacos que retengan potasio o en estados de hiperkalemia.(4)

Antagonistas de los receptores AT1 de la angiotensina II (ARAII)

Bloquean los efectos de la angiotensina II en el receptor AT1, ya sea la que se forma por el SRAA o la que se produce de manera local (tisular), favoreciendo con ello la vasodilatación, la disminución de la hipertrofia ventricular izquierda y del músculo liso vascular, así como protección endotelial.

Se ha observado que ofrecen reducción rápida de la PA, desde la semana dos de su administración. Tienen efectos de organoprotección similares a los IECA, con un buen perfil de seguridad y menos incidencia de eventos adversos. Al igual que los IECA también retienen potasio, por lo que se debe tener precaución en el uso concomitante de ahorradores de potasio o en estados de hiperkalemia. Están contraindicados en el embarazo. (4)

Inhibidores directos de la renina (IDR)

El aliskiren es en la actualidad el único fármaco de este nuevo grupo, que inhibe en forma directa a la renina humana al unirse al sitio activo de la misma e inhibir su actividad, con lo que se evita la transformación del angiotensinógeno en angiotensina I. Reduce la presión

sistólica y diastólica en promedio 15.7/10.3 mmHg y esa respuesta se incrementa al combinarse con otros antihipertensivos.

Ofrece un control más completo y prolongado sobre el sistema de la renina al neutralizar los incrementos de la actividad plasmática de la renina provocados por los natriuréticos, los IECA y los ARAII.(4)

Otros antihipertensivos

En el mercado mexicano, existen otros medicamentos menos empleados por tener menor eficacia antihipertensiva o por presentar con frecuencia efectos adversos importantes(4)

Los bloqueadores alfa 1, al bloquear específicamente estos receptores, favorecen la vasodilatación.

Al inicio de su empleo pueden presentar elevación de la actividad plasmática de la renina, pueden también provocar disminución en la presión de perfusión renal, con retención de sodio y agua. En el estudio ALLHAT, se encontró que pueden aumentar la incidencia de insuficiencia cardiaca. Son benéficos en el perfil de lípidos por disminuir los triglicéridos y el colesterol LDL y aumentar el colesterol HDL; producen con frecuencia cefalea, palpitaciones e hipotensión postural. En la actualidad sólo se emplean como tercer o cuarto antihipertensivo en casos muy excepcionales, se emplean más como tratamiento sintomático de la hiperplasia prostática benigna. (4)

Los vasodilatadores directos, como la apresolina y la isoxsuprina, están en desuso, la primera por provocar tolerancia y por sus efectos adversos, entre los que destaca la presencia de un síndrome similar al lupus y la segunda por su poco efecto antihipertensivo por vía oral.

Los agentes con acción en el sistema nervioso, como la reserpina (primer antihipertensivo en el mundo), la clonidina y la guanetidina están en desuso por sus efectos adversos; sólo persiste la alfametildopa indicada en la hipertensa embarazada. La alfametildopa disminuye el tono simpático y las resistencias periféricas, favorece la regresión de la hipertrofia ventricular izquierda, sin embargo presenta muchos efectos adversos, entre los

que destacan la sedación, la depresión, sequedad de mucosas, somnolencia e hipotensión ortostática; está contraindicada en presencia de hepatopatía y depresión. (4)

Hipertensión en el adulto mayor

El envejecimiento de la población, la relación presión arterial/Riesgo cardiovascular y la modificación de las reglas de juego que fijan los límites diagnósticos, ha multiplicado la prevalencia de HTA en las personas de edad avanzada. Las tasas absolutas de ancianos hipertensos han pasado de una nada desdeñable tasa porcentual del 40 % hasta cifras absolutas en torno al 60-70 % de esta población, con progresiva mayor prevalencia en función de los sucesivos tramos de edad.(9)

La modificación de la pirámide poblacional en nuestro país, el envejecimiento por el incremento continuo en la esperanza de vida, en la actualidad 73.4 años para el hombre y 78,3 para la mujer para 2030 uno de cada seis habitantes tendrá mayor o igual 60 años multiplicado la prevalencia de HAS.

El incremento de ancianos hipertensos se ha elevado a una tasa porcentual aproximada del 60 % en este grupo de edad.(8)

En los ancianos hipertensos, la PAS y la presión de pulso (PP) (diferencia entre las PAS y PAD) son marcadores del riesgo cardiovascular más importantes que la PAD. En los estudios que se han ocupado de evaluar el valor de la PP se concluye que para un nivel determinado de PAS existe una correlación inversa entre PAD y riesgo cardiovascular.

La HTA sistólica aislada (PAS superior a 140 mm Hg con PAD igual o inferior a 90 mm Hg) es frecuente en los ancianos y más en ancianas. Su importancia radica en la comprobación de que la aparición de accidentes cerebrovasculares, cardiovasculares y el deterioro renal es de dos a cuatro veces superior que en la Población normal. (9)

Objetivos de tratamiento

No existen evidencias definitivas sobre el nivel de presión arterial a alcanzar en el tratamiento de la hipertensión arterial esencial en el anciano. Conforme la edad del sujeto se aproxima a la expectativa máxima media de vida, la competencia por la mortalidad adquiere su máxima expresión y las posibilidades de disminuir la mortalidad son

progresivamente menores. Así, se ha observado que el tratamiento antihipertensivo en sujetos mayores de 80 años disminuye la morbilidad cardiovascular pero no la mortalidad cardiovascular ni total. Por lo tanto, mientras que el objetivo del tratamiento antihipertensivo en el adulto se plantea en términos de disminución de la morbimortalidad cardiovascular y renal, el objetivo prioritario en el anciano ha de ser el mantenimiento de la expectativa de vida libre de discapacidad o, en su defecto, la maximización de la función.

Diversos estudios han acreditado que pequeñas reducciones (5-6 mmHg) de la PAD reducen de forma significativa la morbimortalidad cardiovascular, por tanto un nivel de presión de < 140/90 parece adecuado también en ancianos.(9)

Paciente geriátrico

La vejez no es ni una enfermedad ni es una discapacidad. Sin embargo, después de los 65 años de edad, los síndromes invalidantes o incapacitantes múltiples son más frecuentes; así como la presencia de enfermedades, sobre todo, las crónicas.

Estas condiciones provocan que las actividades de la vida diaria (AVD) disminuyan, a la vez que las consultas médicas y las hospitalizaciones aumenten y que las recuperaciones sean más lentas. (10)

El envejecimiento es un proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente. Podría también definirse como todas las alteraciones que se producen en un organismo con el paso del tiempo y que conducen a pérdidas funcionales y a la muerte.

Es difícil determinar el momento en que se inicia, algunos autores consideran que se manifiesta a partir del momento de la máxima vitalidad, alrededor de los 30 años en el hombre. En la actualidad el periodo de vida del ser humano se cuantifica con un máximo de 120 años, cuando los fenómenos intrínsecos del crecimiento y del envejecimiento se desarrollan en un medio adecuado. De no ser así, la duración cronológica de la vida humana se reduce proporcionalmente, aún cuando el espacio biológico sea en todos los individuos el mismo. Se comprende como espacio biológico la totalidad de ciclos completos de actividades celulares o de órganos que un individuo realiza desde que nace

hasta que llega a su muerte fisiológica. Si se quiere hacer del envejecimiento una experiencia positiva, una vida más larga debe ir acompañada de oportunidades continuas de autonomía y salud, productividad y protección.(11)

Un aspecto fundamental que caracteriza a algunas de las enfermedades del paciente de la tercera edad es su irreversibilidad y empeoramiento progresivo. Las actitudes dirigidas a la prevención de su desarrollo o de las complicaciones secundarias a la propia afección o a otras concomitantes, son fundamentales o extremadamente útiles. Las enfermedades que padecen el ancianos de expresión clínica tardía, por lo que muchas de ellas llevan al paciente, entre otros aspectos, a la pérdida de su autoestima, a estados de medicina paliativa, y en última instancia, a enfermedad terminal. (12)

Una de las enfermedades que afectan más cantidad de personas en todas las regiones del mundo, es la hipertensión arterial, pues se estima que la padecen 691 millones de personas, atendiendo a múltiples factores socioeconómicos, culturales, ambientales y étnicos. Esta es de origen multicausal, tiene una prevalencia entre 15-30 % y su frecuencia aumenta con la edad pues se ha demostrado que la padece 50% de la población con más de 60 años. A su vez, la hipertensión arterial se manifiesta como factor de riesgo en una serie de enfermedades de alta letalidad, con consecuencias orgánicas tales como: enfermedades cardiovascular, arteriales periféricas y cerebro vasculares e insuficiencia renal, entre otras. (13)

Como se ha mencionado en citas anteriores las enfermedades crónicas son alteraciones que debilitan e incapacitan en muchas ocasiones a los pacientes es necesario recalcar que un porcentaje elevado de estas enfermedades es propia de los pacientes geriátricos los cuales no solo se ven afectados por estas enfermedades sino por un sinnúmero de alteraciones propias de su edad, de ahí que es de suma importancia que estos paciente tengan un apoyo ya sea por un familiar, un conocido o vecino también llamado cuidador primario, el apoyo de estos personajes es fundamental para llevar a cabo un tratamiento optimo si bien los tratamientos son actualmente combinación de medidas no farmacológicas y farmacológicas, el adecuado seguimiento de estos tratamientos conduce a una respuesta más apropiada y eficaz para control de estas enfermedades llamadas crónicas incluyendo dentro de estas mismas al paciente geriátrico hipertenso.

Cuidador primario

La población de pacientes geriátricos que requieren o están en riesgo de requerir la ayuda en el cuidado personal y otras actividades de la vida diaria están creciendo rápidamente, esto es principalmente debido a la tasa de progresión de esta población, sobre todo aquellos mayores de 85 años.

Este crecimiento demográfico entre las personas con alto riesgo de invalidez se traduce en una demanda creciente para el cuidado a largo plazo.

La convicción de que los ancianos residan en su domicilio mientras sean posible ofrecerles una calidad de vida digna, esta hoy avalada por recomendaciones de los organismos internacionales. Hay múltiples motivos para que esto sea así; en primer lugar, el anciano suele desear vivir en un entorno familiar de forma independiente y los pacientes atendidos de forma adecuada en sus hogares manifiestan mayor satisfacción que otros ingresados en residencias.

Además se ha demostrado mejorías tanto en la situación funcional como en los indicadores de salud general de ancianos que residen en sus domicilios. Por último, el correcto manejo de determinados enfermos en la comunidad disminuye los costos de su atención, reduce el número de reingresos a la estancia media hospitalaria.(14)

Consideramos necesario definir en qué consiste ser cuidador principal o primario y cuáles son las actividades habituales que éstos han de desempeñar de una forma no remunerada y sin haber recibido previamente una formación específica en la mayoría de los casos.

Los cuidadores primarios son personas que, por diferentes motivos, dedican gran parte de su esfuerzo a permitir que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria (en el contexto concreto en el que se enmarca nuestro estudio son ancianos con demencia), ayudándoles a adaptarse a las limitaciones de carácter físico, mental, social o funcional que su enfermedad les impone. La razón por la que una persona llega a ser cuidadora principal de otra depende de cada caso y de cada situación familiar; la regla general es la ausencia de acuerdo explícito.

Los mensajes transmitidos por la sociedad y la educación a lo largo de los años asentaron la idea de que la mujer está mejor preparada para proporcionar cuidados. Actualmente estamos asistiendo al cambio cultural y generacional, en el contexto social de la incorporación de la mujer al mundo laboral, en el que cada vez observamos más la excelencia de los cuidados proporcionados por varones (15).

Con los antecedentes mencionados anteriormente podemos coincidir que es fundamental el papel que desempeña el cuidador ya que es un pieza importante en la articulación del ensamblaje del tratamiento del paciente geriátrico ante enfermedades crónicas como la Hipertensión Arterial, el cuidador primario representa el apoyo para el paciente geriátrico, ya sea al acudir a sus consultas mensuales o en el apoyo para la toma de sus medicamentos en forma y hora a si como llevar a cabo un adecuado tratamiento no farmacológico, todo esto dando como resultado un adecuado apego al tratamiento de la Hipertensión Arterial Sistémica. La piedra angular de la terapia médica es la medicación. Muchos pacientes, especialmente geriátricos, abrazan con gran esperanza la búsqueda de tratamiento médico para su mejoramiento físico y mental. Para el médico general, el conocimiento de los principios terapéuticos geriátricos se vuelve una necesidad básica para minimizar los efectos adversos de las drogas relacionados con la edad en estos pacientes. (16)

La razón principal de los pobres resultados sería la falta de adherencia al tratamiento. La adherencia es la estrategia que permite que el paciente mantenga y continúe el tratamiento y de esta manera logre cambios significativos en su comportamiento que mejoren su vida. Actualmente se cuenta con más y mejores herramientas de ayuda diagnóstica, múltiples opciones farmacológicas, acceso a bases de datos e información vasta y guías de práctica clínica para mejorar los resultados importantes en los/as pacientes como lograr un mejor control de las cifras de presión arterial y reducir la morbilidad y mortalidad en los pacientes hipertensos. (17)

Relaciones familiares y paciente geriátrico con enfermedad crónica (necesidades de tener un cuidador primario)

El interés por el cuidado informal o prestación de cuidados de salud a las personas que lo necesitan, por parte de familiares, amigos, vecinos y, en general, personas de la red social

inmediata y que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen, aumentó en las últimas décadas. (18)

Al referirse al impacto de cuidar a una persona deben distinguirse componentes objetivos y subjetivos. La sobrecarga objetiva se relaciona con la dedicación y desempeño de función del cuidador (tiempo de dedicación, carga física, actividades objetivas que desempeña el cuidador y exposición a situaciones). Los estresantes en relación con los cuidados son ejemplos de indicadores de sobrecarga objetiva utilizados frecuentemente.

La sobrecarga subjetiva se relaciona con la forma en que se percibe la situación y, en concreto, la respuesta emocional del cuidador ante la experiencia de cuidar. La sobrecarga subjetiva es el sentimiento psicológico que se asocia con el hecho de cuidar.

En el marco de la teoría general del estrés, la evaluación de sobrecarga se aborda de manera alternativa. El individuo que proporciona cuidado se enfrenta a diversos factores estresantes y su respuesta depende de determinados mediadores, como la forma en que se valora la situación, los recursos disponibles y el apoyo social. Siguiendo la lógica de este enfoque, Zarit diseñó la Escala de Sobrecarga del Cuidador. (18)

Esta escala se originó a partir del modelo biopsicosocial del estrés. Se conceptualiza como un proceso en el que existe desequilibrio entre las demandas del ambiente y los recursos que las personas poseen para hacerle frente a esas demandas. La tensión emocional y los posibles problemas de salud asociados aparecen cuando se percibe un nivel muy elevado de demandas y escasos recursos para controlar dicha situación.

Paciente geriátrico y enfermedades crónicas

Tomando en cuenta los antecedentes ya mencionados anteriormente, los pacientes geriátricos requieren una atención personalizada y el apoyo de un cuidador o de la familia en forma constante, estos pacientes son portadores de enfermedades crónicas que con el paso del tiempo los predisponen a diferentes riesgos los cuales comprometen su estado de salud, dentro de estas enfermedades crónico degenerativas tendremos a la hipertensión arterial la cual será objeto de estudio y de vital importancia para este tipo de pacientes ya que es la más común de las condiciones que afectan la salud de los individuos y las poblaciones en todas partes del mundo.

Representa, por sí misma, una enfermedad, como también un factor de riesgo importante para otras enfermedades, como la cardiopatía isquémica (CI), la insuficiencia cardiaca (IC), la enfermedad cerebrovascular (ECV), la insuficiencia renal y otras. La HTA es la enfermedad crónica no transmisible más frecuente en los ancianos, tanto en su modalidad sistodiastólica (HSD), como en la sistólica aislada (HSA). El riesgo absoluto referido a los eventos o accidentes ocurridos en relación con ella, son mucho mayores en los ancianos, así que por la envergadura epidemiológica del problema que representa y la severidad de sus consecuencias clínicas en los ancianos, constituye uno de los problemas de nuestra civilización a tener en cuenta a la hora de planificar intervenciones encaminadas a la prevención, tratamiento y control de las enfermedades crónicas no transmisibles. La HTA es un problema sanitario mundial extraordinario, muy común, de extensas consecuencias, desastrosas a veces, que puede permanecer asintomática hasta etapas muy avanzadas, por lo que algunos la designan como la *asesina silenciosa*. El Comité de Expertos de la OMS definió como hipertenso a todo anciano (mayor de 65 años) que presente cifras de TAS igual o mayor de 140 mmHG y 90 mmHG, o más de TAD o ambas, registradas en 3 mediciones tomadas en ocasiones distintas. La HTA no constituye un problema obligado del envejecimiento, obedece a diferentes causas y mecanismos patogénicos, cambios arteriales, disminución de la sensibilidad de los barorreceptores, cambios iónicos renales y factores nutricionales, entre otros. (19)

El control adecuado de esta patología en un paciente geriátrico, en especial con ayuda de un cuidador nos conduce a un tratamiento óptimo, creando un equipo de trabajo entre el médico familiar, los servicios de apoyo de la clínica y el mismo cuidador, evitando de esta manera las complicaciones incapacitantes y de mortalidad que pudiera presentar nuestros pacientes geriátricos, de ahí a importancia de hacer un análisis de los beneficios obtenidos al proporcionar un cuidador que se comprometa con el paciente geriátrico. (18)

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Reyes y colaboradores en su artículo “Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas” (México 2010) menciona que las enfermedades crónico-degenerativas ponen en riesgo la vida de quien la sufre y alteran las actividades diarias de los otros integrantes de la familia, ya que tanto el enfermo como sus familiares viven cambios en diferentes aspectos. el objetivo de esta investigación fue describir los cambios que el enfermo y la familia presentan en la cotidianidad familiar. Se trabajó con pacientes que tuvieran familiares o fueran enfermos de enfermedades crónicas –degenerativos y en los resultados se identificaron cambios en la alimentación, horarios de comidas, gasto, actividades compartidas, comunicación y forma de afrontar la enfermedad y sus consecuencias, tanto en el paciente como en la familia. Las autoras analizan las consecuencias de la enfermedad en las funciones orgánicas, sociales y emocionales en la vida del enfermo y su familia. (20)

Martínez y colaborador en su artículo “La hipertensión geriátrica, una prioridad en la atención primaria de salud” (Cuba 2010) refieren que la hipertensión arterial es la enfermedad crónica no transmisible más frecuente en los ancianos, tanto en su modalidad sistodiastólica, como la sistólica aislada. No es una consecuencia obligada del envejecimiento, pero el riesgo absoluto referido a los eventos o accidentes ocurridos en relación con la hipertensión arterial, son mucho mayores en este segmento poblacional, por lo que realizan un estudio descriptivo transversal en un grupo de senescentes durante un año, efectuándoles pesquisa de hipertensión arterial siendo evaluados en el consultorio realizándoles examen clínico completo recogido en planilla de un formulario confeccionada por los autores de la investigación y se constataron 498 hipertensos (34,8 %), 335 del sexo femenino (67 %) y 163 del masculino (33 %), siendo la mayoría de causa primaria o esencial (98 %), y del grupo I (severidad, el 67 %). La forma sistodiastólica ascendió al 84 % y la sistólica aislada al 16 %. El 42 % de los ancianos hipertensos estaban bien controlados. (19)

Álvarez y colaboradores en su artículo “Maltrato, abandono y negligencia en ancianos de una clínica de medicina familiar y un hospital general de la ciudad de México” identifican elementos que sugieran maltrato, abandono y negligencia en pacientes ancianos

realizando un estudio descriptivo y transversal, en el cual efectuaron entrevistas a una muestra de 100 pacientes aplicando el instrumento “Elder Assessment Instrument”, obteniendo resultados los cuales la edad promedio fue 75 años con promedio 85 de los entrevistados vivía con algún familiar y 39 de ellos contaban con un cuidador y de estos en 28 ancianos se trató de un familiar. En 73 ancianos se identificaron evidencias de maltrato, abandono y negligencia y concluyendo que el tipo de maltrato que predominó fue de negligencia/abandono. (21)

Santiesteban y colaboradores en su artículo “Atención de la familia al anciano” (Holguín 2008) realizan un estudio descriptivo, transversal en familias con adultos mayores, pertenecientes a dos consultorios médicos. La muestra estuvo constituida por un total de 105 familias, con la finalidad de caracterizarlas y dentro de ellas a los adultos mayores, se propusieron acciones de promoción y prevención para el manejo familiar del anciano. Los instrumentos aplicados fueron: la prueba de percepción del funcionamiento familiar, la escala geriátrica de evaluación funcional, además se utilizó una encuesta. Encontrándose un predominio de la tercera edad y del sexo femenino, la cual la enfermedad crónica de mayor ocurrencia fue la hipertensión arteria y que los ancianos conviven mayoritariamente con sus hijos en estructuras extensas, con moderado funcionamiento familiar y bajo conocimiento en el manejo de las actividades de la vida diaria. (22)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México se espera que para el año 2050 uno de cada cuatro habitantes tenga más de 60 años de edad, se ha observado que aproximadamente el 20% de la población experimenta la soledad y el abandono social, en un entorno de estrés y violencia, lo que ha ocasionado importantes cambios sociales y culturales que han venido a neutralizar los valores tradicionales que protegían a la familia y en especial a los adultos mayores. (19) El análisis de las necesidades de atención de los ancianos dependientes conduce a integrar enfoques de diversas disciplinas en diferentes niveles y diferentes ámbitos de interacción, reconociendo la complejidad y las incertidumbres que el problema plantea. Un recorte necesario desde esta perspectiva, remite al análisis de significados del concepto de “cuidar” en diferentes situaciones, así como a una necesaria ampliación de la mirada centrada en la familia o el geriátrico hacia el entramado social más amplio, por tal motivo el apoyo del cuidador es fundamental para el éxito de los tratamientos aplicados a los pacientes geriátricos. Diversos estudios han acreditado que pequeñas reducciones (5-6 mmHg) de la PAD reducen de forma significativa la morbimortalidad cardiovascular, por tanto un nivel de presión de < 140/90 parece adecuado también en ancianos, los pacientes geriátricos requieren una atención personalizada y el apoyo de un cuidador o de la familia en forma constante, estos pacientes son portadores de enfermedades crónicas que con el paso del tiempo los predisponen a diferentes riesgos los cuales comprometen su estado de salud, dentro de estas enfermedades crónico degenerativas tendremos a la hipertensión arterial la cual será objeto de estudio y de vital importancia para este tipo de pacientes ya que es la más común de las condiciones que afectan la salud de los individuos y las poblaciones en todas partes del mundo. Por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Como es la Influencia del cuidador primario en el control del paciente geriátrico hipertenso de la UMF 94?

JUSTIFICACIÓN

Magnitud: En el Instituto Mexicano del Seguro Social el incremento de la población de adultos mayores aumentó del 6.4% en 1999 al 12.5% en el 2000, esta situación, obliga al médico familiar a vigilar más estrechamente la calidad de vida y bienestar de la población a su cargo, en especial, la de los pacientes ancianos. El aislamiento y la soledad en el anciano sigue siendo cada vez más patente en una sociedad inmersa en una creciente competitividad y deshumanización. Se ha observado que aproximadamente el 20% de la población experimenta la soledad y el abandono social, en un entorno de estrés y violencia, lo que ha ocasionado importantes cambios sociales y culturales que han venido a neutralizar los valores tradicionales que protegían a la familia y en especial a los adultos mayores. (23) Los profesionales de la salud especialmente en el primer nivel de atención deberíamos analizar los factores condicionantes que puedan provocar abandono en el adulto mayor tales como las enfermedades crónico-degenerativas, las cuales pueden provocar desgaste del “cuidador” o de toda la familia –con el consecuente abandono del anciano.

Trascendencia: La transición demográfica y epidemiológica que experimenta la población mundial, incluyendo a los países de América Latina y el Caribe, está asociada con el envejecimiento de la población y el aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas que condicionan dependencia funcional e incremento en los costos directos e indirectos de la atención médica. En México se espera que para el año 2050 uno de cada cuatro habitantes tenga más de 60 años de edad. A partir de 1985, comenzaron a desarrollarse en el país programas universitarios de postgrado destinados a la formación de recursos humanos médicos y paramédicos en la atención de calidad de los adultos mayores. En julio de 2008 fue firmado el decreto presidencial mediante el cual se fundó el Instituto de Geriátrica de la Secretaría de Salud, proyecto destinado a apuntalar el desarrollo y formación de programas académicos de excelencia en geriatría y gerontología, fomentar y desarrollar la investigación sobre el envejecimiento y participar en la creación de programas y políticas de salud destinadas a la atención de calidad de los adultos mayores. (24) Por tal motivo es necesario que el médico familiar debe identificar a familias en donde el abandono de los ancianos represente un alto riesgo. Para este propósito, resulta imprescindible valorar factores asociados como: la personalidad del anciano, longevidad,

evolución de las enfermedades crónicas degenerativas, disfunciones familiares, estrés del cuidador, problemas económicos, falta de apoyo familiar, deterioro funcional y la historia previa de violencia en la familia. (25).

Vulnerabilidad: Tomaremos en cuenta que las diferentes situaciones que acompañan en forma nociva el desarrollo de la patología hipertensiva del paciente geriátrico, así como un adecuado tratamiento del mismo ya sea por apoyo o ausencia de un cuidador, son predisponentes para el éxito o fracaso de dichos tratamientos, no solo es fundamental un adecuado tratamiento para el control de cualquier patología, sino que debido a las diferentes alteraciones propias del envejecimiento condicionan a estos pacientes a no llevar a cabo con orden, disciplina y apego al tratamiento, de ahí la importancia de revisar los diferentes resultados tanto benéficos como nocivos, con el apoyo de un cuidador en relación estrecha con el equipo de salud del paciente geriátrico. Por tal motivo consideramos importante no solo una adecuada atención integral del individuo por parte del médico familiar y servicios anexos a las unidades clínicas o medicas, si no también es imperioso el apoyo, cuidado y revisión de un cuidador o miembro de la familia que este al pendiente de los diferentes tratamientos, no solo de la hipertensión arterial si no en su conjunto de otras patologías concomitantes del paciente geriátrico.

Factibilidad: Los usuarios y las usuarias cuentan con redes de apoyo tales como la familia, grupos de ejercicios y grupos de socialización que les permite mantenerse en interacción con otros, evitando el sedentarismo y favoreciendo la aceptación de su estado de salud. El estudio es factible ya que se cuenta con el número suficiente de pacientes para tomar la muestra significativa, para darle la validez necesaria a dicho estudio; además el Instituto Mexicano del Seguro Social tiene los medios físicos y humanos para su realización.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la influencia del cuidador primario en el manejo del paciente hipertenso geriátrico.

Objetivo específico:

Identificar si el cuidador primario influye en el tratamiento y adecuado control del paciente hipertenso geriátrico en la UMF 94.

HIPÓTESIS:

El cuidador primario repercute en forma positiva y favorable para el adecuado control del paciente hipertenso geriátrico.

Hipótesis alterna

El cuidador primario no repercute en forma positiva y favorable para el adecuado control del paciente hipertenso geriátrico.

IDENTIFICACION DE LAS VARIABLES

Variables dependientes

-Hipertensión arterial sistémica

Variable independiente

-Cuidador primario

Variables universales

-Edad

-Estado civil

-Escolaridad

Ver Cuadro (ANEXO 1)

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Es un estudio con diseño prospectivo, transversal, comparativo, observacional.

UNIVERSO DE TRABAJO

Adultos mayores con Hipertensión Arterial Sistémica

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Adultos mayores con diagnóstico de Hipertensión arterial sistémica adscritos a la UMF No 94 del IMSS con o sin cuidador.

MUESTRA DE ESTUDIO

Pacientes adultos mayores con diagnóstico confirmado de hipertensión arterial sistémica, adscritos a la consulta externa de la UMF 94 del IMSS los cuales acuden a su control regular. Se realizó el muestreo a la salida de su consulta mensual durante el periodo del estudio, los cuales se invitaron a cooperar y ser parte de esta investigación, cumpliendo con los criterios de inclusión.

CALCULO DE LA MUESTRA:

Por medio de un censo y se realizará cálculo estadístico de la muestra mediante la fórmula para población finita; se detectará a los pacientes geriátricos con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica.

TIPO DE MUESTREO

Muestra no probabilística por conveniencia

PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA

Se realizará un censo de los pacientes y de acuerdo a la información proporcionada por ARIMAC (departamento de informática y estadística) de la UMF No. 94 para conocer el número total de pacientes registrados en dicha unidad siendo este de 5120 pacientes geriátricos hipertensos repartidos en 50 consultorios de ambos turnos, con una prevalencia de 12.5%.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Una muestra de 5120 pacientes. De acuerdo a la siguiente fórmula

$$n = \frac{Nz^2 pq}{i^2 (N-1) + z^2 pq}$$

Donde:

N: Población de hipertensión en la unidad de medicina familiar número 94.

n: Tamaño de la muestra.

p: Prevalencia = 50 %.

q: (1-p) = 50 %.

z: Nivel de confianza elegido.

i: error que se prevé cometer = 2%.

Tamaño de la muestra. Esta fórmula será utilizada en este estudio ya que es aplicable unidades de observación y que no accede a la entrada de nuevos casos.

$$n = \frac{NZ^2PQ}{d^2(N-1) + Z^2PQ}$$

$$d^2(N-1) + Z^2PQ$$

$$n = 311 \times (1.96)^2 \cdot .22 (1-.22)$$

$$(.05)^2 (311 - 1) + (1.96)^2 \times .22 (1 - .22)$$

$$= 311 \times 3.8416 \times .22 (0.78)$$

$$(0.0025) (300) + 3.8416 \times .22 (0.78)$$

$$= 311 \times 3.8416 \times 0.1716 = 205.01697 = 258.76669$$

$$0.775 + 3.8416 \times 0.1716 = 0.7922085$$

$$N = 258$$

N: total de la población estudiada (106).

n: tamaño de muestra.

P: probabilidad de éxito (0.22).

Q: probabilidad de fracaso (0.22)

d: error muestral.

Z: valor Z curva normal (1.96).

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios De Inclusión:

Pacientes geriátricos con Hipertensión Arterial Sistémica con o sin cuidador.

Pacientes geriátricos que acudan regularmente a sus consultas.

Pacientes con disposición a cooperar en esta investigación

Criterios de exclusión:

Pacientes geriátricos sin diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica

Pacientes hipertensos no geriátricos

Pacientes geriátricos con Hipertensión con alguna otra enfermedad asociada con o sin cuidador.

Paciente que no haya contestado en su totalidad la encuesta

Criterios de eliminación:

Pacientes sin disposición a participar en la investigación

Pacientes geriátricos hipertensos con alguna incapacidad que les permita participar en esta investigación.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se realizó estudio prospectivo, transversal, comparativo, observacional. Con el objeto de Identificar la Influencia del cuidador primario en el control del paciente geriátrico hipertenso en una UMF del IMSS. En pacientes geriátricos derechohabientes con diagnóstico de Hipertensión arterial sistémica adscritos a la UMF No 94 del IMSS con o sin cuidador.; Se realizó un censo y cuantificara el número de pacientes geriátricos derechohabientes, durante la duración del estudio con diagnóstico de Hipertensión Arterial; muestreo no probabilístico por medio de muestreo para población finita.

Con criterios de inclusión Derechohabientes del IMSS adscritos a la UMF No 94 turno matutino y vespertino. Que contaron con expediente clínico (electrónico o físico) con Diagnóstico en el registro de Arimac de Hipertensión Arterial, en el año 2011 al 2013 (Mayo). Análisis estadístico: Se aplicó estadística descriptiva, medidas de tendencia central; frecuencia y porcentajes. Tiempo del estudio: 2011-2013. Instrumento de medición: Lista de Cotejo. Los resultados son presentados en cuadros y gráficas.

FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio se realizó respetando la Ley General de Salud, en sus artículos 16 a 21 y apegándose a las normas en investigación para el Instituto Mexicano del Seguro Social, respetando la individualidad de cada participante.

El proyecto de investigación se considera con riesgo mínimo, por tratarse de la evaluación de expedientes clínicos y recolecta de datos necesarios sobre aspectos sociodemográficos y por otra parte el formato mencionado, de la consulta externa de la UMF 94 del IMSS; aunado a que contará con consentimiento informado. (Ver Anexo)

RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS, FINANCIEROS.

RECURSOS HUMANOS.

Médico; Alumno del curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS.

Asesor Metodológico: Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud UMF 94

RECURSO MATERIALES.

Computadora personal con procesador Intel Centrino.

Paquete estadístico programa SPSS versión 14 (en Español)

Instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar en estudio.

Material de papelería; hojas, lápices, bolígrafo, etc.

RECURSOS FINANCIEROS.

El IMSS cuenta con los recursos físicos y humano para la realización del presente proyecto. Los recursos de papelería serán costeados por el investigador principal. No requiere donación adicional para su realización.

Se cuenta con suficientes pacientes para completar el estudio programado.

La investigación será con el financiamiento del autor.

RESULTADOS

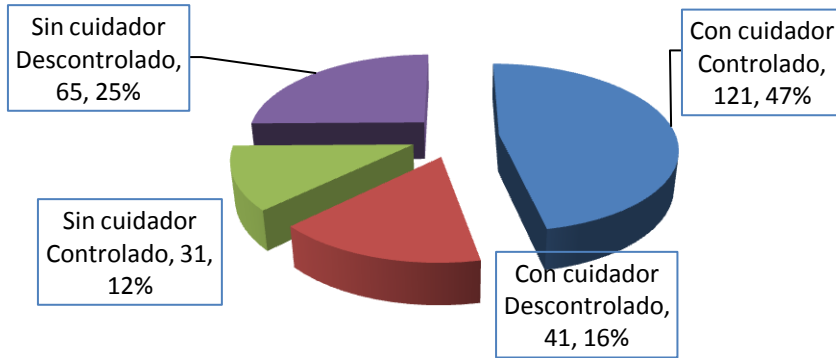
PACIENTES HIPERTENSOS			
Con Cuidador		Sin Cuidador	
FR	%	FR	%
162	63	96	37
Muestra 258 pacientes			
100%			

Muestra 258 pacientes



PACIENTES GERIATRICOS HIPERTENSOS		
	Controlado	Descontrolado
Con cuidador	121	45
Sin Cuidador	31	65

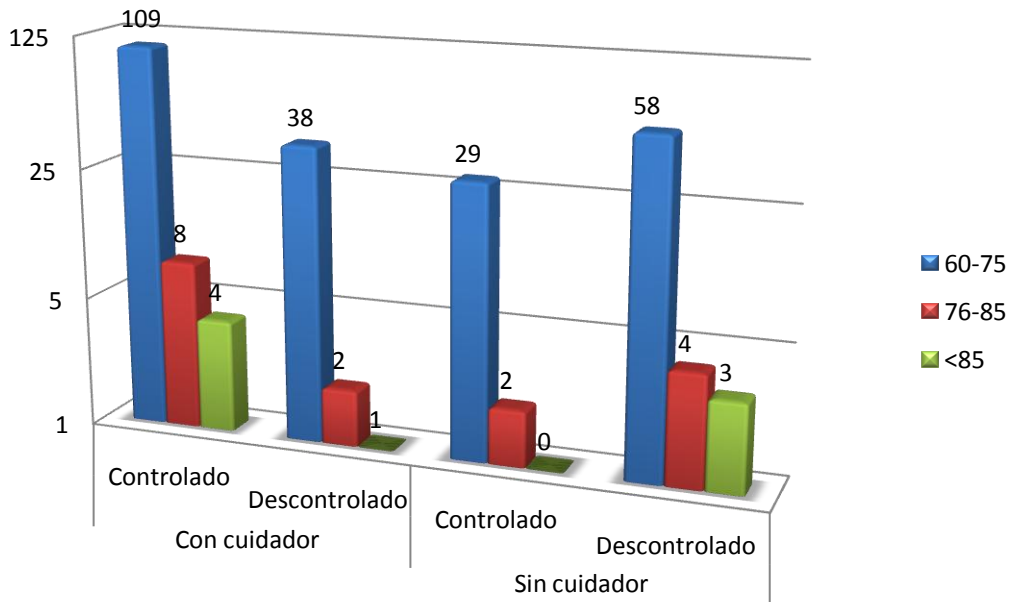
Control de pacientes hipertensos con y sin cuidador



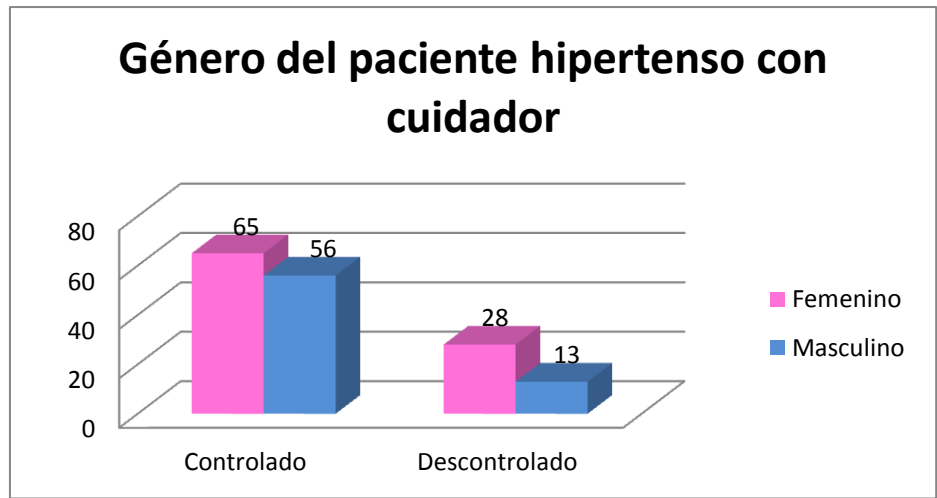
PACIENTES HIPERTENSOS

Grupos de Edad	Con cuidador				Sin cuidador				TOTAL	
	Controlado		Descontrolado		Controlado		Descontrolado		FR	%
	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%		
60 - 75	109	42.23	38	14.71	29	11.23	58	22.47	234	90.69
76 - 85	8	3.09	2	0.76	2	0.76	4	1.54	16	6.15
> 85	4	1.54	1	0.38	0	0	3	1.15	8	3.09
TOTAL	121	46.86	41	15.89	31	12.01	65	25.19	258	100

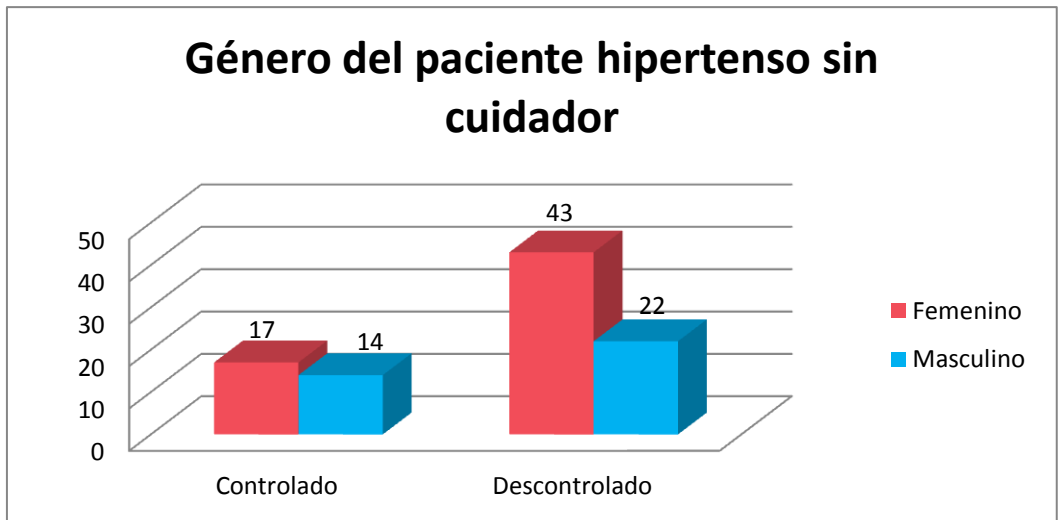
Edad del paciente Hipertenso con y sin cuidador



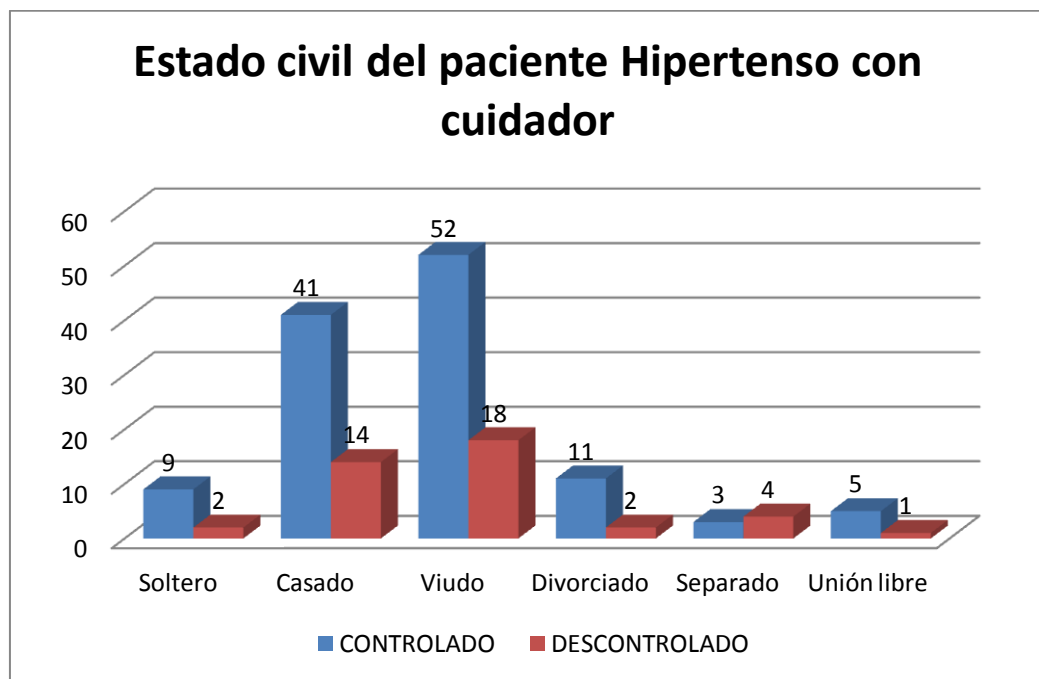
GENERO DEL PACIENTE HIPERTENSO CON CUIDADOR				
GENERO	Controlado		Descontrolado	
	FR	%	FR	%
Femenino	65	25.19	28	10.85
Masculino	56	21.70	13	5.03
Total	121	74.70	41	25.30



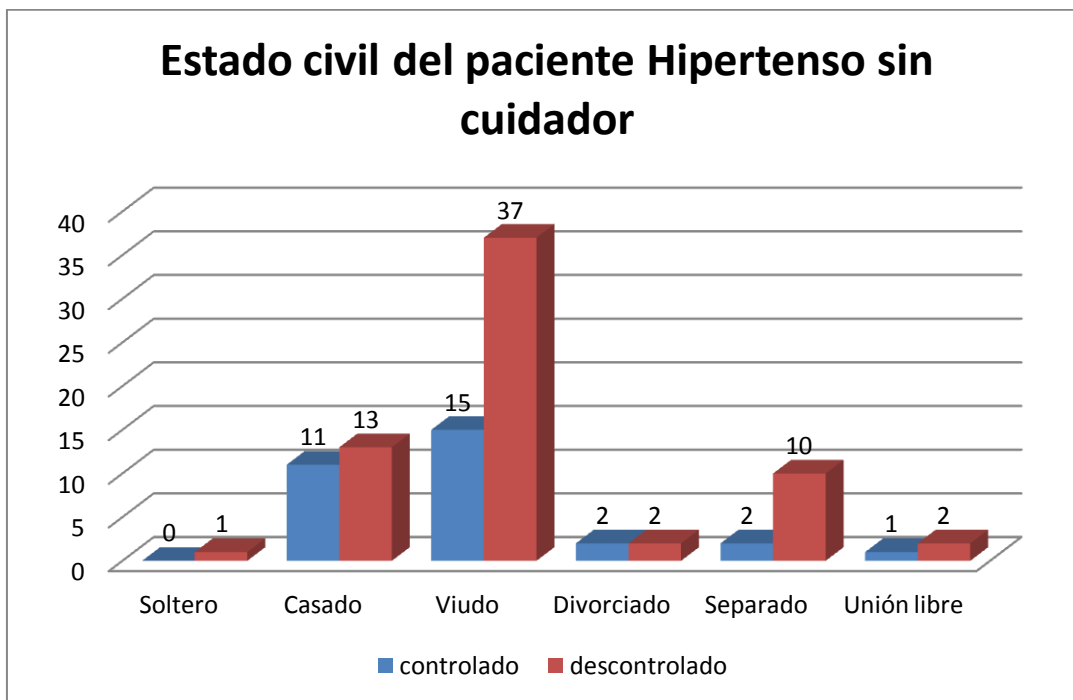
GENERO DEL PACIENTE HIPERTENSO SIN CUIDADOR				
GENERO	Controlado		Descontrolado	
	FR	%	FR	%
Femenino	17	6.58	43	16.66
Masculino	14	5.42	22	8.52
Total	31	12.01	65	25.19



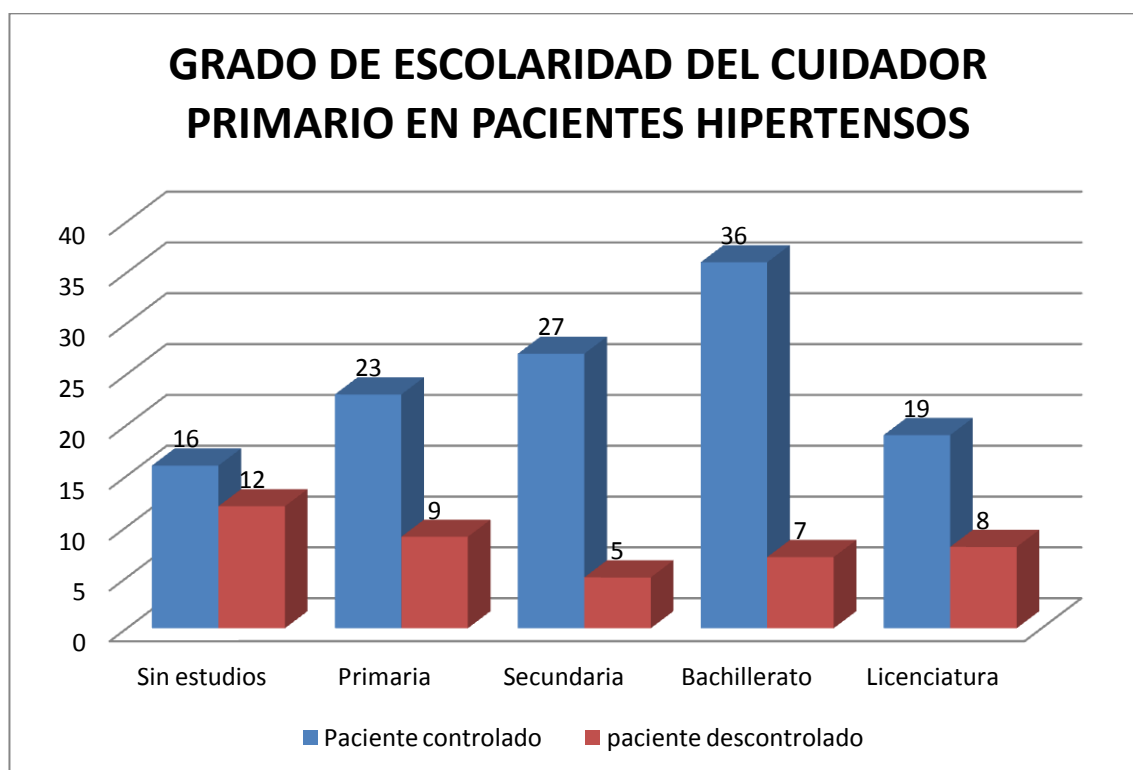
ESTADO CIVIL DEL PACIENTE HIPERTENSO CON CUIDADOR						
ESTADO CIVIL	Controlado		Descontrolado		Total	
	FR	%	FR	%	FR	%
Soltero	9	5.55	2	1.23	11	6.79
Casado	41	25.30	14	8.64	55	33.95
Viudo	52	32.1	18	11.12	70	43.20
Divorciado	11	6.8	2	1.24	13	8.10
Separado	3	1.9	4	2.47	7	4.32
Unión libre	5	3.1	1	0.62	6	3.70
Total	121	74.70	41	25.30	162	100



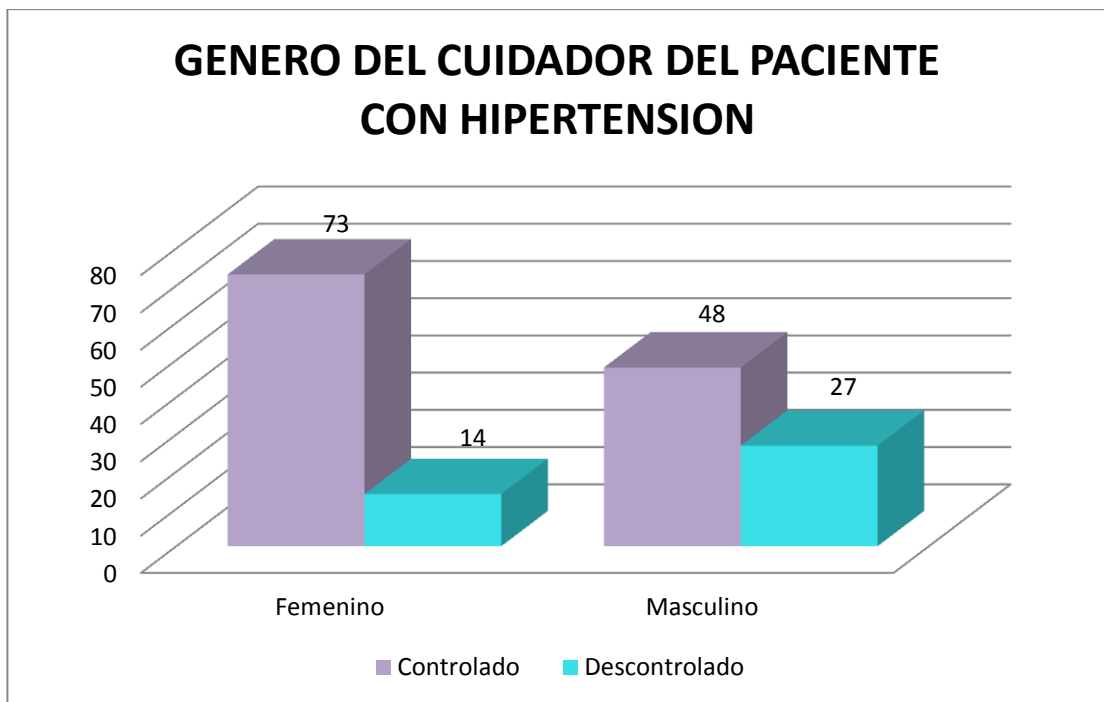
ESTADO CIVIL DEL PACIENTE HIPERTENSO SIN CUIDADOR						
ESTADO CIVIL	Controlado		Descontrolado		Total	
	FR	%	FR	%	FR	%
Soltero	0	0	1	1.04	1	1.04
Casado	11	11.45	13	13.55	24	25
Viudo	15	15.62	37	38.55	52	54.17
Divorciado	2	2.08	2	2.08	4	4.16
Separado	2	2.08	10	10.42	12	12.5
Unión libre	1	1.04	2	2.08	3	3.12
Total	31	32.30	65	67.70	96	100



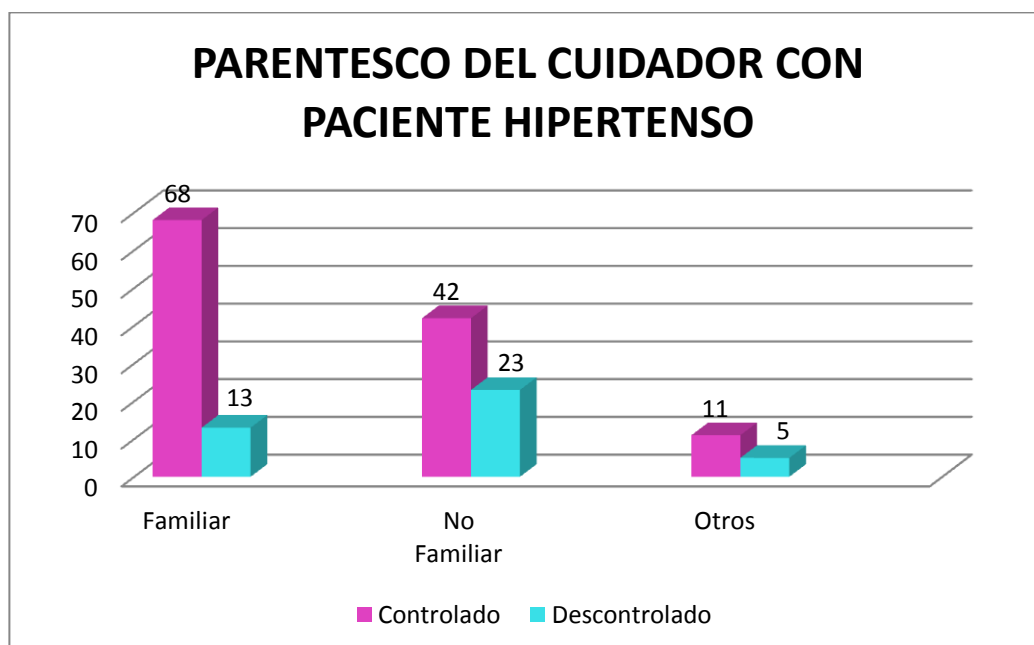
GRADO DE ESCOLARIDAD DEL CUIDADOR PRIMARIO EN PACIENTES HIPERTENSOS				
ESCOLARIDAD	Paciente controlado		paciente descontrolado	
	FR	%	FR	%
Sin estudios	16	9.87	12	7.40
Primaria	23	14.20	9	5.6
Secundaria	27	16.66	5	3.08
Bachillerato	36	22.22	7	4.32
Licenciatura	19	11.72	8	4.93
Total	121	74.70	41	25.30



GENERO DEL CUIDADOR DEL PACIENTE CON HAS				
GENERO	Femenino		Masculino	
	FR	%	FR	%
Controlado	73	45.06	48	29.62
Descontrolado	14	8.64	27	16.66
Total	87	53.70	75	46.29



PARENTESCO DEL CUIDADOR CON PACIENTE HIPERTENSO				
	Controlado		Descontrolado	
	FR	%	FR	%
Familiar (esposo, hijos)	68	41.98	13	8.03
No Familiar (amigo, vecino)	42	25.92	23	14.19
Otros (profesionales)	11	6.80	5	3.08
Total	121	74.70	41	25.30



ANALISIS DE RESULTADOS

Se observa que es fundamental el papel que desempeña el cuidador ya que es un pieza importante para el control del tratamiento del paciente geriátrico con Hipertensión Arterial y que mientras cuente con este pues es mejor el apego que el que no cuenta con cuidador.

El mayor número de cuidadores son mujeres debido que tradicionalmente la sociedad ha impuesto a la mujer con esta labor ya que son más sensibles al dolor, tiene mayor capacidad de abnegación, estrategias para afrontarlo y ofrecen un mayor apoyo emocional, consejos y ayuda así como el control del paciente.

Los cuidadores principales, en su mayoría corresponden a edades de adultos maduros y jóvenes respectivamente. Etapas en las cuales las personas tienen una alta productividad, desarrollo de potencialidades y actividades sociales.

Sobre el parentesco del cuidador hacia el control se observo que tienen mejor apego los que son familiares directos que los que no lo son ya que hay mas confianza.

De acuerdo al nivel de escolaridad en los pacientes controlados predomina el cuidador con nivel de estudios en bachillerato en comparación con grupo de hipertensos descontrolados donde la mayoría de los cuidadores no cuenta con ningún tipo de estudio, reflejando que a mayor nivel académico causa impacto favorable en el control del paciente hipertenso , aunque a pesar de tener en nuestra muestra cuidadores con nivel de licenciatura se piensa que no tienen tanto apego por la carga laboral y por tener menos tiempo de cuidar al paciente.

El estado civil de los pacientes geriátricos se observa que se encuentra en el de viudez y pues es seguramente por la etapa del ciclo de vida en el que se encuentra los pacientes.

CONCLUSIONES

Se podría cumplir con la hipótesis planteada ya que el mayor porcentaje de los pacientes controlados tienen un cuidador esto se infiere por los datos obtenidos en la tabla de contingencias.

Aunque podría tener mayor significancia si se aplicara una prueba estadística.

El control adecuado de esta patología en un paciente geriátrico, en especial con ayuda de un cuidador nos conduce a un tratamiento óptimo y evitando de esta manera las complicaciones incapacitantes y de mortalidad que pudiera presentar nuestros pacientes geriátricos.

SUGERENCIAS

Es importante seguir realizando estudios que permitan reconocer las debilidades y fortalezas de los cuidadores en la habilidad del cuidado de paciente con hipertensión arterial, con el fin de implementar acciones educativas en las unidades de medicina familiar que permitan mejorar el nivel de habilidad del cuidado en los tres componentes: conocimiento, valor y paciencia. Para así poder brindar un cuidado integral.

Crear espacios en las UMF o centros de salud para empezar a trabajar más en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, por medio de la educación a cuidadores y pacientes con riesgo o con diagnóstico de hipertensión arterial, que ayude a disminuir la posibilidad de presentar dicha enfermedad, si fuera el caso, o de disminuir el riesgo de mal pronóstico, reingreso o inestabilidad del paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. Organización mundial de la salud 2011.
2. Córdova-Villalovos JA, Barriguete-Meléndez JA, Lara-Esqueda A, Barquera S, Rosas-Peralta M, Hernandez-Avila M, y col. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: Sinopsis epidemiológica y prevención integral. Salud Pública de México. 2008; 50: 419-427.
3. Boletín de Practica Médica Efectiva. Hipertensión Arterial Sistemática (HAS) Diagnostico, Tratamiento y Prevención. Derechos Reservados Instituto Nacional de la Salud Pública y Secretaria de Salud. 2006.
4. Hernández y Hernández H, Díaz y Díaz E, Meaney ME, Meaney MA, Hernández AM, Lezana FM y col. Tratamiento farmacológico y control de la Hipertensión Arterial. Rev. Mex Cardiología. 2011; 22 Supl 1: 1 A- 21 A.
5. Tratamiento de la Hipertensión Arterial en situaciones especiales. 2005; 22 Sup 2; 58-69.
6. Gamboa AR, Rospiglios BA. Más allá de la Hipertensión Arterial. Acta Médica Peruana. 2010; 27 (1): 45-52.
7. Domínguez CS, Vega DN, Martínez IM, NietoLV, Alemán SJ, López FJ, y col. Actualización en el Tratamiento de la Hipertensión Arterial. Boletín Canario. 2011; 3: 1-8.
8. Guía de práctica Clínica, Diagnostico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Adulto Mayor y situaciones Especiales, México: Secretaria de salud; 2010.
9. Macías NJ, Robles PM, Herrera PJ, Ayus JC, Calabria F, Domínguez GH, y col. Recomendaciones para la detección y el tratamiento del anciano con Hipertensión Arterial. 2007; 1-15.
10. Lozano CA, La Evaluación del potencial rehabilitatorio en la 3ª edad. Rev. Tag Med UNAM. 2008; 2008; vol S1: 108-111.
11. Llanes BC, Evolución Funcional y anciano frágil. Rev. Cubana Enfermer. 2008; vol. 24 supl 2: 4-7.

12. Padrón CR. Consideraciones Bioético Sociales en Pacientes geriátricos y ancianos frágiles. Trabajo de Revisión .2008; 1-7.
13. Fong EJ, Zayas EE, Oliva FJ. Costo del Tratamiento antihipertensivo en ancianos ingresados en los servicios de geriatría y Medicina Interna. MEDISAN. 2011; 15(1): 1-7.
14. Jiménez Villafuerte MV. Perfil epidemiológico del cuidador en el servicio de atención domiciliaria geriátrica de la clínica. Tesis, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú 2003.
15. Esteban Gimeno AB, Mesa LP. Grado de tolerancia de los cuidadores ante los problemas de sus familiares con demencia. Rev. Esp Geriatr Gerontol. 2008; 43 (3): 146-53.
16. Pinto Panayotty AL. El manejo Farmacológico del Paciente Geriátrico. Rev. Medica Hondureña. 1992; 60: 167-170.
17. Carhuallanqui R, Diestra-Cabrera G, Tang-Herrera J, Málaga G. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. Rev. Med Hered. 2010; 21(4): 197-201.
18. Becerra-Martínez D, Godoy –Sierra ZL, Perez-Rios NS, Moreno-Gomez M. Opinion del adulto mayor con relación a su estancia en un asilo. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc . 2007; 15 (1): 33-37.
19. Martínez QC, Martinez MC. La hipertensión geriátrica, una prioridad en la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2010; 26 (3): 1-20.
20. Reyes LA, Garrido GA, Torres VL, Ortega SP. Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas. Psicología y Salud. 2010; 20: 111-117.
21. Álvarez- Martínez LG, Ponce-Rosas ER, Landgrave- Ibañez S, Irigoyen Coria A, Buendía-Suarez IA. Maltrato, abandono y negligencia en ancianos de una clínica de medicina familiar y un hospital general de la ciudad de Mexico. Archivos en Medicina Familiar. 2009; 11 (4): 159-165.
22. Santiesteban PI, Mateo AC, Perez FM, Cutiño RM, Garcia ON. Atención de la familia al anciano. Correo Cientifico Medico de Holguin. 2008; 12 (5): 1-10.

23. Felix RC, Hernandez OM. El abandono del adulto mayor como manifestación de violencia intrafamiliar. Archivos en Medicina Familiar. 2009; 11(4): 147-149.
24. Gutierrez-Robledo LM, Avila-Fematt FM, Montaña-Alvarez M. La geriatría en Mexico. Rev Geriatria. 2010; 5 (2): 43-48.
25. De Los Reyes MC. Construyendo el concepto cuidador de ancianos. Rev de Antropologia, 2011; 1-15.

ANEXO 1 VARIABLES

VARIABLE DE ESTUDIO						
IDENTIFICACION DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIZACION
Paciente geriátrico hipertenso	Hipertenso a todo anciano (mayor de 65 años) que presente cifras de TAS igual o mayor de 140 mmhg y 90 mmhg, o más de TAD o ambas, registradas en 3 mediciones tomadas en ocasiones distintas.	Cifra de TA tomada en la última consulta y 3 cifras anteriores reportadas en el expediente clínico.	TAS igual o mayor de 140 mm Hg y 90 mm o mas de TAD	Cualitativa	Nominal	Controlada y descontrolada

IDENTIFICACION DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIZACION
Cuidador Primario	Los cuidadores primarios son personas que, por diferentes motivos, dedican gran parte de su esfuerzo a permitir que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria (en el contexto concreto en el que se enmarca nuestro estudio son ancianos con demencia), ayudándoles a adaptarse a las limitaciones de carácter físico, mental, social o funcional que su enfermedad les impone.	Paciente que acuda con o sin cuidador	Encuesta sobre el apoyo de un cuidador primario	Cualitativa	Nominal	Influencia de un cuidador o sin cuidador

VARIABLES UNIVERSALES

IDENTIFICACION DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIZACION
Edad	Tiempo de vida transcurrido de un individuo a partir de su nacimiento expresada en años	Años cumplidos hasta la fecha del estudio	NN	Cuantitativa	Discontinua	Anciano joven 60-75 años Anciano mayor 76-85 años Ancianidad avanzada >86 años
Estado civil	Vinculo jurídico que se desarrolla alrededor del concepto institucional de la familia	La referida por el paciente	NN	Cualitativa	Nominal	-Soltero -Casado -Unión libre -Divorciado
Escolaridad	Grado académico obtenido y avalado por alguna institución educativa	La que tenga el cuidador	NN	Cualitativa	Nominal	-Analfabeta -Primaria -Secundaria -Preparatoria -Licenciatura

ANEXO 2

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

	MAR- JUN 2011	JUL- DIC 2011	ENERO 2012	FEB 2012	MAR 2012	ABRIL 2013	MAYO 2013	JUN 2013	JUL 2013	AGOST 2013	SEP 2013	OCT 2013	NOV 2013	DIC 2013
Seminario de investigación	P													
	R													
Selección del tema	P	P												
		R												
Búsqueda bibliográfica	P	P	P											
			R	R										
Realización de marco teórico	P	P	P	P										
				R	R									
Revisión de avances			P	P										
				R	R	R								
Solicitud de revisión por el CLIS						P	P							
						R	R							
Recolección de la muestra							P							
							R							
Análisis de resultados								P						
								R						
Difusión de la investigación									P	P	P		P	P

P: Programado

R: Realizado

ANEXO 3

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:
“Influencia del cuidador primario en el control del paciente geriátrico hipertenso de la UMF 94”
Registrado ante el Comité Local de Investigación 3515 de la UMF 94 del IMSS en la Delegación Norte del D.F.

El objetivo de este estudio es realizar una investigación clínica, indagar sobre la Influencia del cuidador primario en el control del paciente geriátrico hipertenso de la UMF 94 del IMSS.

Declaro que se me ha informado que dicho estudio será con toda la discreción, seriedad, responsabilidad y confidencialidad por el personal que lo realice.

Al participar en el estudio no tiene riesgo para mi salud. Si pertenezco al grupo de estudio, mi participación consistirá en apoyar al médico familiar que realizara el estudio respondiendo adecuadamente el cuestionario que me proporcionará en los momentos que el desee.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar dudas que le plantee acerca de los procedimientos que se llevan a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo de la Institución.

El investigador principal me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Para cualquier aclaración del presente estudio puede comunicarse al Teléfono: 5767-2977 Ext. 21407 con el Dr. Guillermo Arroyo Fregoso.

México D. F., a _____ de _____ del 2013.

Nombre y firma del entrevistado

Nombre y firma de un testigo

Dr. Guillermo Arroyo Fregoso
Investigador Responsable
Mat. IMSS 9765964
Tel. 5767-2977 Ext, 21407

ANEXO 4

ENCUESTA

“Influencia del cuidador primario en el control del paciente geriátrico hipertenso de la UMF 94”

NOMBRE: _____
 AFILIACION: _____

GENERO: M F
 CONS: _____

1. ¿Acude regularmente a sus citas médicas?	SI	NO
2. ¿Cuándo acude a sus citas lo acompaña alguna persona?	SI	NO
3. ¿Cuenta usted con apoyo de un familiar, amigo o vecino para el control de su presión alta?	SI	NO
4. ¿Ha tenido un control de su presión arterial adecuado?	SI	NO
5. ¿Cómo se encuentra de su presión arterial el día en hoy en su cita?	BIEN	MAL
6. ¿Es el mismo cuidador el que lo acompaña siempre en sus visitas médicas?	SI	NO
7. ¿Está de acuerdo con la persona que es su cuidador?	SI	NO
8. ¿Su cuidador es un familiar directo?	SI	NO

9. ¿Su cuidador es personal de salud?	SI	NO
10. ¿Su cuidador primario conoce que es la presión arterial alta?	SI	NO
11. ¿Grado de estudios de su cuidador primario?		
12. ¿Su cuidador primario identifica cuando tiene la presión arterial alta o baja?	SI	NO
13. ¿Su cuidador está capacitado para la toma de presión arterial?	SI	NO
14. ¿Su cuidador le otorga sus medicamentos?	SI	NO
15. ¿Qué edad tiene su cuidador?	SI	NO

FECHA				
CIFRAS DE TENSION ARTERIAL				