

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCION

La población humana desde sus inicios y etapa tras etapa del desarrollo humano, y gracias al propio crecimiento de las Ciencias Médicas como la Medicina y la Enfermería, han contribuido igualmente en el crecimiento de las expectativas de vida, por ello, hoy el hombre vive más que en cualquier otra época.

El adquirir nuevos conocimientos y el desarrollo de la ciencia con tecnologías de punta, así como la capacidad intelectual humana ha permitido que mejoren sus procesos y por ende su calidad de vida, ha crecido y se ha desarrollado.

La teoría de la transición epidemiológica, intenta explicar los cambios en los perfiles de salud y de enfermedad, en las poblaciones del mundo, a partir de las dinámicas demográficas, económicas y sociales: envejecimiento de las poblaciones, migración campo ciudad, acelerada industrialización en pocas ciudades con marcada inequidad económica, cambios de patrones alimentarios y sedentarismo, entre los más importantes.

En el país los cambios de la estructura poblacional: mayor esperanza de vida, disminución de la mortalidad general, sumados al importante incremento de coberturas de vacunación, mejora de los servicios básicos (luz, agua potable, eliminación de excretas), una acelerada urbanización, migración campo ciudad, aumento del grado de industrialización, constituyen los condicionantes directos que explican gran parte de los cambios epidemiológicos.

Actualmente las primeras causas de muerte y discapacidad son las enfermedades crónicas como diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, obesidad, insuficiencia renal, que aparecen como problemas emergentes.

Este grupo de enfermedades están relacionadas con un conjunto de factores de riesgo, comunes a la mayoría de ellas y que se las considera modificables y prevenibles como es el caso de la obesidad y sobrepeso, inactividad física y consumo de tabaco y alcohol.

Si por un lado es posible evidenciar la disminución de la mortalidad y morbilidad de varias enfermedades transmisibles, especialmente la inmunoprevenibles, por otro lado los cambios en los hábitos y comportamiento particularmente los relacionados con alimentación poco saludable (alta en grasa, azúcar y sal), la falta de actividad física y consumo de tabaco y alcohol, han provocado un aumento rápido de la carga de las enfermedades no trasmisibles, en poblaciones pobres cada vez más jóvenes (menores de 65 años) constituyen una pesada carga económica para los individuos que las padecen, las familias, la sociedad y el sistema de salud.

De las diez primeras causas de muerte en el Ecuador, seis corresponden a condiciones crónicas no trasmisibles, conexas entre sí, que están interrelacionadas con factores de riesgo comunes como: inactividad física, alimentación poco saludable, obesidad, tabaquismo y alcoholismo, cuya distribución se da por igual en poblaciones pobres y ricas. Estos eventos suelen provocar complicaciones como ceguera, insuficiencia renal, enfermedades cerebro vasculares, amputaciones y efectos negativos sobre la calidad de vida de las personas que las padecen y sobre los costos familiares y sociales.

Es necesario promover el conocimiento de la alimentación saludable en la sociedad, en instituciones educativas, en centros laborales, en medios de comunicación masiva, etc. De igual forma fomentar la actividad física, moderada aeróbica de por lo menos treinta minutos la mayoría de días de la semana y el abandono al alcohol y tabaco.

1.2 RESUMEN

En la actualidad nadie duda que la actividad física y el ejercicio, realizados de forma moderada y médicamente controlados, inciden de forma positiva sobre la salud y el estado de bienestar general de las personas, ya que un hábito de vida físicamente activo conlleva estilos de vida saludables, alejados del consumo de tóxicos y de los hábitos insanos.

Por otro lado, la socialización del estilo de vida puede ser considerada como un proceso por el cual las personas adquieren los patrones de conductas y de hábitos que constituyen su estilo de vida, así como las actitudes, los valores y las normas relacionadas con el mismo.

La calidad de vida es un concepto que va mas allá de lo físico pues implica valores y actitudes mentales, su búsqueda es una constante en la vida del ser humano desde el comienzo de los tiempos.

Así mismo, la intervención en el ámbito de los estilos de vida saludables siempre ha estado relacionado con el desarrollo de dos amplias disciplinas como son la Educación para la Salud y la Promoción de la Salud que más que una disciplina es un planteamiento filosófico global sobre la salud y la calidad de vida de las personas.

ABSTRACT

Nowadays, it is widely accepted that physical activity and exercise, when moderately carried out and properly followed up by physicians, have a positive impact on people's health and well being. In general, physically active life habits lead to healthy life styles, away from toxic consumption, unhealthy habits and sedentary habits.

On the other hand, the social life style can be defined as a process by which people acquire certain behaviour and habits that constitute their life style, as well as attitudes, values and patterns related to that.

The search of life quality has always been a main concern from the very beginning of mankind, thus, the field of healthy life styles has always been related with the development of two broad subjects which, on the one hand, are Health Education and on the other Health Promotion, which is not so much of a discipline, but, instead, a general philosophical approach on health and people's life quality.

1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diabetes y la hipertensión arterial son las principales patologías que afectan la salud de los individuos de la tercera edad, como también de colectivos sociales, en la mayoría de poblaciones del mundo, representan por sí mismas, una enfermedad como también un factor de riesgo importante para otras enfermedades, fundamentalmente para la cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, enfermedad cerebro vascular, insuficiencia renal y la retinopatía.

El 60% de muertes en el mundo son causadas por enfermedades crónicas como la diabetes, y la hipertensión. Cuatro de cada cinco casos ocurren en países de ingresos bajos y medios. ⁽¹⁾

En promedio, los hispanoamericanos tienen el doble de probabilidad de sufrir de hipertensión y diabetes, que los blancos no hispanos y de presentar complicaciones. Se calcula que en la actualidad existen más de 30 millones de diabéticos en las Américas y que esta cifra aumentará hasta 300 millones en el año 2025.

En la "Declaración de las Américas sobre la Diabetes" se plantea que cuando esta enfermedad está mal controlada, puede representar una pesada carga social y económica para el individuo y la sociedad, pero que es posible prevenir la enfermedad y las complicaciones en las personas con diabetes mellitus mediante un buen control de la glicemia.

⁽¹⁾ [http://www. OMS.com/2008](http://www.OMS.com/2008)

En el Ecuador la diabetes es la cuarta causa principal de muerte, se estima que en cada familia ecuatoriana hay por lo menos una persona con diabetes. Lo difícil de esta situación es que, si no se recibe un tratamiento adecuado, puede sufrir ceguera, complicaciones renales y en las arterias periféricas o coronarias.

Este mal se caracteriza por la elevación del nivel de azúcar en la sangre debido a la insuficiencia de la insulina, que es la hormona que metaboliza el azúcar. ⁽²⁾

La OMS estima que entre 10 y 30 por ciento de los adultos en todo el mundo tiene hipertensión arterial y entre 50 y 60 por ciento podría gozar de mejor salud si redujera sus cifras tensionales.

En el Ecuador del 15% al 30% de la población padece de hipertensión arterial y sus complicaciones figuran entre las primeras causas de muerte, es una enfermedad crónica, controlable de etiología multifactorial, caracterizada por aumento sostenido de las cifras de presión arterial (PA), presión sistólica (PS) igual o mayor a 140 mmHg y/o presión diastólica (PD) igual o mayor a 90 mmHg. ⁽³⁾

Actualmente la Hipertensión Arterial (HTA) y la diabetes se encuentran entre las principales causas de demanda de servicios de Salud de la población adulta asegurada e inclusive ocupan uno de los primeros lugares como causa de mortalidad hospitalaria, según datos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). No conociéndose la repercusión en el ámbito de la población adulta no asegurada.

⁽²⁾ [http://www.American Diabetes Association.com/2008](http://www.AmericanDiabetesAssociation.com/2008)

⁽³⁾ [http://Hipertensión Arterial \(RENAHTA\): Consolidación Mexicana de los Factores de Riesgo Cardiovascular. Cohorte Nacional de Seguimiento2005.](http://HipertensionArterial(RENAHTA):ConsolidacionMexicana.de.los.Factores.de.Riesgo.Cardiovascular.Cohorte.Nacional.de.Seguimiento2005)

En el IESS se registra que un 4 a 5 por ciento de los afiliados padece diabetes que refleja un número aproximado de 700 personas, y con un porcentaje entre 2 a 4 por ciento de los afiliados padece hipertensión que refleja un número aproximado de 500 personas, de los cuáles unas 100 personas son de la tercera edad, constituyendo una de las principales causas de demanda de los servicios de salud en nuestro País ocupando uno de los primeros lugares de morbilidad en los hospitales de la Seguridad Social. ⁽⁴⁾

Las enfermedades crónicas, se llaman así, porque se van desarrollando lentamente y de manera silenciosa, es decir, durante las primeras etapas de su desarrollo muchas de ellas no presentan síntomas o signos alarmantes, que hagan suponer que se están desarrollando.

Son irreversibles, porque van ocasionando el deterioro de uno o varios órganos del cuerpo limitando seriamente sus funciones, pero la mayoría, detectadas a tiempo son controlables, hasta el grado de permitir a las personas vivir con calidad y durante mucho tiempo. ⁽⁵⁾

Aunque existen factores hereditarios que predisponen a las personas a desarrollarlas, las enfermedades crónicas no son transmisibles o contagiosas y se originan principalmente por la personalidad, al valor que se otorgue a la salud y a la vida y sobre todo a los estilos de vida adquiridos, es decir los hábitos que desarrollamos cotidianamente, entre los que están: el tipo de alimentación, el consumo o uso de alguna droga, el sedentarismo y falta de ejercicio físico, la adopción de posturas incorrectas al caminar, sentarse o dormir, la forma de controlar y manejar las emociones y sentimientos, entre otros. ⁽⁶⁾

⁽⁴⁾ <http://Vivir con la diabetes Noticias IESS Ecuador.htm>

⁽⁵⁾ [http:// American Diabetes Association. Com / 2008](http://American Diabetes Association. Com / 2008)

⁽⁶⁾ MOSBY, DOYMA. Tratado de Enfermería. Ed. española. Segunda edición, Volumen II 1995.

Se desconoce si este tipo de pacientes cumplen con los aspectos fundamentales en lo relativo a sus estilos de vida que forman parte de su calidad de vida como son:

1. Asistencia mensual a los procesos educativos que se imparten en las unidades de salud sobre Instrucción Diabetológica (club de diabéticos)
2. Asistencia anual a control de medicina preventiva, y trimestral o periódica a la consulta médica de especialidad.
3. Asistencia mensual al nutricionista o enfermera, a fin de ser evaluado periódicamente su proceso alimentario nutricional (cumplir normas dietéticas)
4. Asistencia anual al odontólogo y podólogo.
5. Alcanzar y/o mantener el peso ideal.
6. Practicar sistemáticamente ejercicios físicos de acuerdo con la edad.
7. No fumar o ingerir alcohol

Las soluciones de estos graves problemas no se encuentran en el mejoramiento de la eficiencia de los servicios asistenciales, sino en la implementación de estrategias y enfoques de atención preventiva, que se anticipen a las causas, en lugar de limitarse solo a atenuar los daños producidos por las enfermedades crónico degenerativas.

1.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuál es el beneficio que tiene el paciente adulto mayor, usuario del Hospital Regional 8 del IESS Ibarra con diagnóstico de Diabetes e hipertensión, en seguir las normas instauradas sobre un estilo de vida saludable?

1.5 JUSTIFICACIÓN

La presencia de un gran número de usuarios de la tercera edad con enfermedades crónico degenerativas como la diabetes e hipertensión arterial, produce un impacto y genera un conjunto de dificultades tanto en el entorno familiar como en el social; por lo cual en el Hospital regional 8 del IESS, se han instaurado grupos de apoyo como el club de diabéticos, el club de hipertensos entre otros talleres, encaminados a mejorar su estilo de vida, ya que este es el pilar fundamental en la terapéutica de estas patologías, permitiendo llevar una vida saludable sin complicaciones aunque se tenga la enfermedad, de igual manera también brinda una educación profesional y trata de mantener sus glicemias y presiones arteriales dentro de los parámetros normales.

Pero a pesar de todo se ha evidenciado que un cierto porcentaje de los usuarios no cumplen en su totalidad con el régimen establecido, es por esto que se llevará a cabo la presente investigación; a fin de identificar los factores que influyen en la alteración de la calidad de vida del grupo estudiado, procurando enmendar sus estilos de vida; y acepten, como tomen conciencia de su enfermedad y de la calidad de vida que ellos mismos pueden gobernar, evitando las complicaciones que se pueden presentar al no cumplir con un estilo de vida saludable, pues estas dos patologías se han convertido en serio problema de Salud Pública.

Se debe considerar que ejerciendo un buen estilo de vida y cumpliendo con el tratamiento farmacológico, se permite retrasar y tratar las enfermedades crónicas, sin necesidad de recurrir a procedimientos más agresivos, como la cirugía y otras complicaciones.

Como una de las estrategias para contribuir en el conocimiento de este problema, se realizará el presente estudio, que permitirá establecer los estilos de vida en los usuarios y usuarias del hospital del IESS de Ibarra,

el objetivo que se busca es el de impulsar en estos pacientes una mejor calidad de vida, promoviendo estilos de vida más saludables en la población estudiada.

En ocasiones a los adultos les cuesta seguir estrictamente un estilo de vida saludable y farmacológico apropiado para su tratamiento, por falta de conocimiento, o porque no aceptan su enfermedad, también influyen los hábitos de la vida actual, o conductas intrascendentes o ciertos mitos sobre su actual condición, aspectos que interfieren en el cambio sustancial de los estilos de vida.

Por esta razón, es primordial promover un cambio radical en las manifestaciones conductuales de estas personas, utilizando como material de apoyo una guía dirigida a los usuarios.

1.6 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- ANALIZAR los estilos de vida saludables de los usuarios con diabetes e hipertensión arterial del Hospital del IEES Ibarra

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar los factores que intervienen para que los usuarios no cumplan con un estilo de vida saludable.
- Estudiar el estilo de vida saludable.
- Evaluar mediante el control médico el actual estado de salud de los usuarios del IEES.
- Elaborar una guía de normas y procedimientos sobre estilos de vida saludables en los pacientes con diabetes e hipertensión arterial.

1.7 HIPÓTESIS

¿Con un cumplimiento estricto de los estilos de vida, el usuario con diabetes e hipertensión del IEES, puede mejorar su calidad de vida y evitar complicaciones graves?

¿El estilo de vida influye sobre los procesos Salud/Enfermedad en pacientes con diabetes e hipertensión de la tercera edad que acude al IEES?

¿Con la educación proporcionada se mejorará el estilo de vida del usuario?

¿La educación permanente mediante un manual guía de normas y procedimientos influye en mejorar los estilos de vida saludables de los pacientes hipertensos y diabéticos?

¿El seguimiento basado en un continuo control médico favorece a los pacientes hipertensos y diabéticos del IEES a modificar su estilo de vida?

1.8 METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO:

El presente estudio es una investigación de tipo transversal, descriptivo y de acción.

Descriptivo porque permite detallar la realidad de los usuarios que padecen de enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión arterial; este tipo de investigación tiene mucha aplicación dentro del ámbito educativo, facilitando así, la enseñanza de todo lo que implica estas patologías.

De acción porque está orientada a producir cambios en el grupo estudiado.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio tiene un diseño cualicuantitativo porque el problema requiere de una investigación interna, compartiendo las experiencias y vivencias de las personas investigadas.

POBLACIÓN Y MUESTRA:

La población es de aproximadamente 600 usuarios escogidos al azar, con Dg de diabetes e hipertensión arterial captados en los grupos ya existentes y que asisten a la consulta externa del IESS.

SELECCIÓN DE POBLACIÓN MUESTRA

POBLACIÓN O UNIVERSO.- la población total es de 600 usuarios adultos mayores diagnosticados con hipertensión y diabetes

MUESTRA.- para obtener la muestra se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N}{(E^2)(N-1)+1}$$

Donde el significado de cada elemento que interviene en la fórmula es:

n = tamaño de la muestra

N = universo o población a estudiarse

E = error máximo admisible desde 0.01 hasta 0.08

$$n = \frac{600}{(0.05)^2(600-1)+1}$$

$$n = \frac{600}{(0.0025)(599)+1}$$

$$n = \frac{600}{(1.49)+1}$$

$$n = \frac{600}{2.49}$$

$$n = 240$$

De los 240 usuarios serán sometidos a un tipo de muestreo aleatorio simple de los cuales fueron seleccionados 80 quienes han sido encuestados y entrevistados con el fin de recolectar los datos necesarios para la presente investigación.

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recopilación de los datos para la realización de esta investigación contará con tres técnicas de recolección de datos como son: la revisión bibliográfica, la entrevista, y test.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se empleará material fotográfico, libretas de apuntes, manual, recortes, complementando así la investigación.

1.9 VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE:

Factores que intervienen en la hipertensión y diabetes con el estilo de vida del paciente.

VARIABLE INDEPENDIENTE:

1.- Factores modificables

- Nivel de actividad
- Costumbres alimentarias
- IMC
- Hábitos Tóxicos

2.- Calidez de la atención brindada

3.- Factores Conductuales

- Conocimiento acerca de su enfermedad
- Irresponsabilidad con su salud.

4.- Glucemia

5.- Presión arterial

1.10 OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES
Estilo de vida	Conjunto de patrones conductuales que poseen repercusiones para la salud de las personas.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estilo de vida saludable. ▪ Estilo de vida no saludable. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hábito de vida alejada de malas costumbres. ▪ Mal hábito de vida.
Nivel de actividad	Grado de dinamismo de una persona.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Activo ▪ Sedentario 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estar en continuo movimiento. ▪ Inactividad física
Costumbres alimentarias	Hábito que una persona tiene para comer.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Buena ▪ Mala 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lleva una disciplina correcta de alimentación. ▪ Lleva una disciplina incorrecta de alimentación.
Índice de masa corporal	Parámetro que sirve para determinar si existe o no un exceso de peso.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Peso ideal ▪ Sobrepeso leve ▪ Obesidad ▪ Obesidad grave 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De 20 - 25 ▪ De 25 – 29,9 ▪ De 30 – 40 ▪ > 40
Hábitos tóxicos	Consumo regular de una droga que produce adicción. (alcohol y tabaco)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consumidor problema ▪ Consumidor social ▪ No consumidor 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Persona que al fumar o tomar demasiado es incontrolable. ▪ Persona que fuma o toma solo en eventos sociales. ▪ Persona que no consume dichas drogas.

Calidez de atención	Trato humano y empátia hacia otra persona, por parte del profesional.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Excelente ▪ Buena ▪ Mala 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Humanitario. ▪ Poco humanitario. ▪ No humanitario.
Conocimiento acerca de su enfermedad.	Grado de educación que tiene el usuario acerca de su patología.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocimiento abundante ▪ Mediano Conocimiento ▪ desconocimiento 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Buena comprensión acerca de su patología. ▪ Mala comprensión acerca de su patología.
Irresponsabilidad con su salud.	Tomar decisiones sin meditar en las consecuencias.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comprometido con su salud ▪ No comprometido con su salud 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cumple en su totalidad con el régimen sugerido. ▪ No es responsable con su salud.
Glucemia	Medida de los niveles de azúcar en la sangre.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 70 – 110 ▪ 120 – 200 ▪ > 200 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Parámetro de la glucosa normal. ▪ Parámetro de la glucosa moderada ▪ Parámetro de la glucosa elevado.
Presión arterial	Es la fuerza que ejerce la sangre, bombeada desde el corazón en los vasos sanguíneos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 110/70 (± 10) ▪ 130/85 – 139/89 ▪ 140/90 – 159/99 ▪ 160/100 – 100/109 ▪ 180/110 – 209/119 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normal ▪ Normal alta ▪ Hipertensión ligera ▪ Hipertensión moderada ▪ Hipertensión severa

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

ANTECEDENTES DEL HOSPITAL DEL IESS IBARRA.

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social es una entidad, cuya organización y funcionamiento se fundamenta en los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiariedad y suficiencia. Se encarga de aplicar el Sistema del Seguro General Obligatorio que forma parte del sistema nacional de Seguridad Social

VISIÓN

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social se encuentra en una etapa de transformación, el plan estratégico que se está aplicando, sustentado en la Ley de Seguridad Social vigente, convertirá a esta institución en una aseguradora moderna, técnica, con personal capacitado que atenderá con eficiencia, oportunidad y amabilidad a toda persona que solicite los servicios y prestaciones que ofrece.

MISIÓN

El IESS tiene la misión de proteger a la población urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella, contra las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, discapacidad, cesantía, invalidez, vejez y muerte, en los términos que consagra la Ley de Seguridad Social.

HISTORIA

AÑO 1928: CAJA DE PENSIONES

Decreto Ejecutivo N° 018 publicado en el Registro Oficial N° 591 del 13 de marzo de 1928.

El gobierno del doctor Isidro Ayora Cueva, mediante Decreto N° 018, del 8 de marzo de 1928, creó la Caja de Jubilaciones y Montepío Civil, Retiro y Montepío Militares, Ahorro y Cooperativa, institución de crédito con personería jurídica, organizada que de conformidad con la Ley se denominó Caja de Pensiones.

La Ley consagró a la Caja de Pensiones como entidad aseguradora con patrimonio propio, diferenciado de los bienes del Estado, con aplicación en el sector laboral público y privado.

Su objetivo fue conceder a los empleados públicos, civiles y militares, los beneficios de Jubilación, Montepío Civil y Fondo Mortuario. En octubre de 1928, estos beneficios se extendieron a los empleados bancarios.

AÑO 1935: INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN

En octubre de 1935 mediante Decreto Supremo No. 12 se dictó la Ley del Seguro Social Obligatorio y se crea el Instituto Nacional de Previsión , órgano superior del Seguro Social que comenzó a desarrollar sus actividades el 1º de mayo de 1936. Su finalidad fue establecer la práctica del Seguro Social Obligatorio, fomentar el Seguro Voluntario y ejercer el Patronato del Indio y del Montubio.

En la misma fecha inició su labor el Servicio Médico del Seguro Social como una sección del Instituto.

AÑO 1937: CAJA DEL SEGURO SOCIAL

En febrero de 1937 se reformó la Ley del Seguro Social Obligatorio y se incorporó el seguro de enfermedad entre los beneficios para los afiliados. En julio de ese año, se creó el Departamento Médico, por acuerdo del Instituto Nacional de Previsión.

En marzo de ese año, el Ejecutivo aprobó los Estatutos de la Caja del Seguro de Empleados Privados y Obreros, elaborado por el Instituto Nacional de Previsión. Nació así la Caja del Seguro Social, cuyo funcionamiento administrativo comenzó con carácter autónomo desde el 10 de julio de 1937.

AÑOS 1942 A 1963

El 14 de julio de 1942, mediante el Decreto No. 1179, se expidió la Ley del Seguro Social Obligatorio. Los Estatutos de la Caja del Seguro se promulgaron en enero de 1944, con lo cual se afianza el sistema del Seguro Social en el país.

En diciembre de 1949, por resolución del Instituto Nacional de Previsión, se dotó de autonomía al Departamento Médico, pero manteniéndose bajo la dirección del Consejo de Administración de la Caja del Seguro, con financiamiento, contabilidad, inversiones y gastos administrativos propios.

Las reformas a la Ley del Seguro Social Obligatorio de julio de 1958 imprimieron equilibrio financiero a la Caja y la ubicaron en nivel de igualdad con la de Pensiones, en lo referente a cuantías de prestaciones y beneficios.

AÑO 1.963. - FUSIÓN DE LAS CAJAS: CAJA NACIONAL DEL SEGURO SOCIAL

En septiembre de 1963, mediante el Decreto Supremo No. 517 se fusionó la Caja de Pensiones con la Caja del Seguro para formar la Caja Nacional

del Seguro Social . Esta Institución y el Departamento Médico quedaron bajo la supervisión del ex -Instituto Nacional de Previsión.

En 1964 se establecieron el Seguro de Riesgos del Trabajo, el Seguro Artesanal, el Seguro de Profesionales, el Seguro de Trabajadores Domésticos y, en 1966, el Seguro del Clero Secular.

En 1968, estudios realizados con la asistencia de técnicos nacionales y extranjeros, determinaron “la inexcusable necesidad de replantear los principios rectores adoptados treinta años atrás en los campos actuariales, administrativo, prestacional y de servicios”, lo que se tradujo en la expedición del Código de Seguridad Social , para convertirlo en "instrumento de desarrollo y aplicación del principio de Justicia Social, sustentado en las orientaciones filosóficas universalmente aceptadas en todo régimen de Seguridad Social: el bien común sobre la base de la Solidaridad, la Universalidad y la Obligatoriedad”. El Código de Seguridad Social tuvo corta vigencia.

En agosto de 1968, con el asesoramiento de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, se inició un plan piloto del Seguro Social Campesino.

El 29 de junio de 1970 se suprimió el Instituto Nacional de Previsión.

AÑO 1970: INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Mediante Decreto Supremo N° 40 del 25 de julio de 1970 y publicado en el Registro Oficial N° 15 del 10 de julio de 1970 se transformó la Caja Nacional del Seguro Social en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social .

El 20 de noviembre de 1981, por Decreto Legislativo se dictó la Ley de Extensión del Seguro Social Campesino.

En 1986 se estableció el Seguro Obligatorio del Trabajador Agrícola, el Seguro Voluntario y el Fondo de Seguridad Social Marginal a favor de la población con ingresos inferiores al salario mínimo vital.

El Congreso Nacional, en 1987 , integró el Consejo Superior en forma tripartita y paritaria, con representación del Ejecutivo, empleadores y asegurados; estableció la obligación de que consten en el Presupuesto General del Estado las partidas correspondientes al pago de las obligaciones del Estado.

En 1991 , el Banco Interamericano de Desarrollo, en un informe especial sobre Seguridad Social, propuso la separación de los seguros de salud y de pensiones y el manejo privado de estos fondos.

Los resultados de la Consulta Popular de 1995 negaron la participación del sector privado en el Seguro Social y de cualquier otra institución en la administración de sus recursos.

La Asamblea Nacional, reunida en 1998 para reformar la Constitución Política de la República, consagró la permanencia del IESS como única institución autónoma, responsable de la aplicación del Seguro General Obligatorio.

El IESS, según lo determina la vigente Ley del Seguro Social Obligatorio, se mantiene como entidad autónoma, con personería jurídica, recursos propios y distintos de los del Fisco.

El 30 de noviembre del 2001, en el Registro Oficial N° 465 se publica la LEY DE SEGURIDAD SOCIAL, que contiene 308 artículos, 23 disposiciones transitorias, una disposición especial única, una disposición general.

2.2 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

2.2.1 DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

DEFINICIÓN:

La hipertensión arterial (HTA) constituye una elevación crónica de la presión arterial (PA).

OTRAS DEFINICIONES

HTA lábil

Aquella situación en la que un mismo sujeto podría presentar cifras de PA por encima o por debajo de 140/90 mmHg en intervalos cortos y cercanos de tiempo sin que exista repercusión visceral.

HTA limítrofe

Valores de presión arterial en el límite de la normalidad, que requiere habitualmente confirmación por medio del registro ambulatorio de 24 horas.

HTA definida

Cifras de PA constantemente elevadas por encima del valor considerado normal.

HTA refractaria

Cifras de PA no controladas tras tratamiento con tres fármacos en dosis y asociación adecuadas, debiendo ser uno de ellos un diurético.

HTA maligna

PAD > 140 mmHg que se acompaña de retinopatía grado III o IV y que se asocia a afectación de otros órganos nobles.

Urgencia hipertensiva

Elevación de la PA por encima de 210 mmHg para el valor sistólico y de 120 mmHg para el diastólico. Habitualmente no se observan manifestaciones clínicas relevantes. El control se suele hacer con antihipertensivos por vía oral siendo casi siempre buena la respuesta.

Emergencia hipertensiva

Elevación de la PA por encima de 230/130 mmHg, y que representa un riesgo vital para el individuo, acompañándose de repercusión significativa en órganos diana (edema pulmonar, angina, encefalopatía, etc.).

CLASIFICACIÓN

Clasificación de la hipertensión arterial según los criterios de la OMS.

Categoría	P. sistólica	P. diastólica
Optima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Normal alta	130 - 139	85 - 89
Hipertensión	P. sistólica	P. diastólica
Estado 1	140 - 159	90 - 99
Estado 2	160 - 179	100 - 109
Estado 3	180 o más	110 o más

2.2.2 FACTORES DE RIESGO

Se valorará la existencia de otros factores de riesgo diferenciando entre los no modificables y los modificables.

Factores de riesgo asociados con la hipertensión arterial

MODIFICABLES

Tabaquismo

Obesidad

Sedentarismo

Alcohol

Dieta

NO MODIFICABLES

Género

Edad

Antecedentes familiares

Hiperlipidemia

Diabetes

2.2.3 REGULACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL

La presión arterial (PA) viene regulada por dos factores como son el gasto cardíaco (GC) y las resistencias periféricas (RP) expresada según la siguiente fórmula: $PA = GC \times RP$. A su vez el GC depende de la frecuencia cardíaca (FC), de la contractilidad y del volumen sanguíneo.

Las RP dependen de la viscosidad sanguínea, de la elasticidad de la pared arterial y de los mecanismos vasorrelajantes y vasoconstrictores. El conjunto de factores que influyen sobre el GC y las RP son:

Factores que influyen sobre el gasto cardíaco

- Estimulación simpática
- Estimulación vagal
- Retorno venoso
- Fuerza contráctil del miocardio

Factores que influyen sobre las resistencias periféricas

- Metabolitos locales
- Acido láctico
- CO₂

Factores hormonales

Sistema reninaangiotensinaaldosterona (SRAA)

Serotonina

Óxido nítrico

Prostaglandinas (PG)

Catecolaminas

Sistema colinérgico

Histamina

2.2.4 MECANISMOS PATOGENICOS DE LA HIPERTENSIÓN

1. MECANISMOS AMBIENTALES Y DIETÉTICOS

Sal. Aunque se sabe que un consumo excesivo de sal aumenta la prevalencia de HTA, parece que es necesaria una cierta condición de «sal sensibilidad» para el desarrollo de HTA. Se especula con que esta condición venga mediatizada genéticamente.

Alcohol. El consumo exagerado de alcohol y de grasas saturadas, así como una dieta hipercalórica que induzca obesidad, son reconocidos factores habitualmente asociados a la HTA. Parece, sin embargo, que cantidades pequeñas de alcohol no elevan la PA.

Calcio, potasio, magnesio. Existen datos epidemiológicos que indican que suplementos cálcicos, potásicos y de magnesio se asocian a una menor incidencia de HTA. De modo experimental ha podido comprobarse, que una elevación de las cifras de PA inducida por un aumento en la ingesta de sodio, puede ser contrarrestada por el empleo del potasio.

Sobrepeso. La obesidad es un factor habitualmente asociado a la HTA, siendo en ocasiones el único elemento presente, lo que ha suscitado la teoría de atribuirle propiedades desencadenantes de HTA. Está comprobado que la reducción de peso se sigue de un descenso significativo de las cifras tensionales. Se debe considerar además, que el obeso lo es por un exceso de grasas saturadas y carbohidratos, lo que además supone un factor desfavorable añadido.

Tabaco. Si bien la sobrecarga aguda de nicotina puede elevar poderosamente la PA, los estudios epidemiológicos indican que no existen una relación ni negativa ni positiva entre tabaco y HTA.

Café y te. Al igual que con el tabaco aunque la ingestión aguda de café y en menor medida de té pueden inducir una subida brusca de PA, no existen datos que demuestran una relación evidente entre estas sustancias y la HTA.

Sedentarismo y ejercicio físico. No existen pruebas de que el sedentarismo incremente las tasas de HTA. Por el contrario, el ejercicio físico aeróbico reduce significativamente los valores de PAD y PAS. El ejercicio vigoroso isométrico eleva poderosamente la PAS mientras que el isotónico la eleva inicialmente para posteriormente reducirla. Por tanto, es éste el tipo de ejercicio a recomendar a los hipertensos.

El sueño y la relajación son los principales factores normalizadores de la PA, por lo que el reposo, junto a otras técnicas de relajación pueden ayudar a rebajar las cifras tensionales.

Factores psicosociales. La influencia del estrés no está actualmente bien definida. Parece ser que la actividad diaria produce elevaciones de la PA, si bien su significado permanece desconocido en el momento actual.

2. FACTORES HORMONALES Y METABÓLICOS

Sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA). El SRAA es posiblemente el de mayor trascendencia en el mantenimiento de la homeostasis arterial.

Existen dos tipos de activación del SRAA:

- a. Sistémico, responsable de las respuestas homeostáticas aguda
- b. Tisular (SRAAt), localizado en múltiples tejidos como corazón: riñón, endotelio vascular, etc. y responsable de la homeostasis a largo plazo.

La angiotensina 11 (ANG-II) actúa básicamente por cuatro mecanismos:

- a. Efecto presor directo muy potente.
- b. Estímulo del sistema nervioso simpático (SNS).
- c. Síntesis de aldosterona y retención de Na.
- d. Efecto proliferativo miocárdico y vascular.

Los niveles de renina en la población hipertensa son variables existiendo un 50% de normorreninismo, un 25% de hiperreninismo y un 25% de hiporreninismo.

Sistema calicreína-cinina (SCC). A partir del bradiginógeno se sintetiza bradiginina (BC) por la acción de la enzima calicreína. La BC tiene un efecto vasodilatador que compite a nivel sistémico y tisular con la ANG-II. La enzima conversiva de la angiotensina (ECA) actúa igualmente sobre la bradiginina degradándola en péptidos vascularmente inactivos, inhibiendo por tanto la acción vasodilatadora de la BC. Tan importante es esta acción en la homeostasis cardiocirculatoria, que se sospecha que la acción de los agentes inhibidores de la ECA (IECA) ejerce su acción terapéutica de modo más selectivo a través del circuito de la BC, que por el bloqueo de la ANG-II.

Sistema nervioso autónomo (SNA) y central (SNC). El efecto del SNA sobre la regulación del tono vasomotor es un fenómeno fuera de toda duda y sus efectos dependen únicamente de los mediadores humorales predominantes. Si el neurotransmisor dominante es la adrenalina o la noradrenalina, el resultado final será una vasoconstricción, mientras que si son bradiquininas el efecto será justamente el contrario.

Vasopresina. Tiene un efecto hipertensor débil mediado por vasoconstricción, reabsorción de agua e inhibición de la síntesis de renina

Endotelio. El endotelio vascular juega un papel muy activo en la regulación de la PA. En este sentido, se han descubierto recientemente dos factores interrelacionados de gran relevancia: el óxido nítrico con efecto vasodilatador y endotelina con efecto vasoconstrictor.

Insulina. Se ha demostrado la existencia de mayor resistencia a la insulina en la población hipertensa independientemente del grado de obesidad. La insulina eleva las cifras tensionales a través del estímulo del SNA, y por la retención de Na.

2.2.5 Recomendaciones para valorar la PA según la Sociedad Internacional de Hipertensión Arterial

- El ambiente debe ser tranquilo y relajado, con una temperatura ambiente de aproximadamente 20°C.
- El paciente no habrá fumado ni tomado estimulantes, (café, té, etc.) durante la hora previa a la determinación de PA.
- Tomar la PA en posición de pie (tiende a subir ligeramente) y acostado tiende a bajar ligeramente). Con este procedimiento podremos además verificar si existe tendencia a la hipotensión ortostática primaria o la inducida por medicamentos.
- El paciente debe estar sentado, relajado y con su brazo apoyado en la misma mesa en la que el observador hace la medida. No debe haber ropa oprimiendo el brazo.
- El manguito debe situarse a la misma altura aproximada que la del corazón del paciente, debiendo ser el tamaño del brazalete por lo menos 2/3 superior al perímetro del brazo, y su borde inferior estar entre 2 y 3 cm por encima de la flexura del codo, para poder ubicar el estetoscopio con comodidad sobre la arteria braquial.
- La columna de mercurio debe ser subida unos 30 mmHg por encima del punto.
- En el que el pulso radial desaparece, para a continuación hacer un desinflado lento (2-3 mm/seg). El primero o segundo latido (primera fase de Korotkoff), se tomará como el valor de la PAS, mientras que el inicio del silencio auscultatorio se tomará como el valor de PAD (quinta fase de Korotkoff). En aquellas circunstancias en que no desaparezcan los ruidos auscultatorios (ancianos, niños, insuficiencia aórtica) se utilizará para la PAD la cuarta fase de Korotkoff (amortiguación del pulso).

2.2.6 COMPLICACIONES DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

COMPLICACIONES CARDIÓLOGAS

La cardiopatía hipertensiva representa la más prevalente, precoz y grave, de todas cuantas complicaciones viscerales provoca la HTA, siendo por tanto la que motiva un mayor gasto sanitario.

La afectación cardíaca de la HTA se localiza fundamentalmente a cuatro niveles:

1. Hipertrofia ventricular izquierda (HVI).
2. Insuficiencia cardíaca (IC).
3. Isquemia miocárdica.
4. Arritmias.

Estas tres últimas complicaciones son consecuencia directa de la primera (HVI)

1. HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA

La HVI es conocida actualmente como un factor de riesgo independiente y de primer grado para la aparición de complicaciones cardíacas en la HTA. Su importancia en este campo es equiparable, si no superior a los factores de riesgo clásicos, de forma que su existencia se equipara en riesgo al padecimiento previo de un infarto de miocardio.

En la hipertrofia miocárdica son cuatro los agentes causales:

- 1) Sobrecarga hemodinámica (hipertensión)
- 2) Alteraciones iónicas (desequilibrio en la homeostasis del Ca^{++} , Na^+ , K^+ y Mg^{++})
- 3) Trastornos neurohumorales (ANG-II y noradrenalina)
- 4) Factores genéticos, raciales, ambientales, y el sexo.

En su estructura y desarrollo intervienen la hipertrofia de los miocitos, que no aumentan en número sino en volumen, y la hiperplasia del tejido conectivo (colágeno) que aumenta tanto en número de células como en volumen.

El grado de HVI condiciona la presencia de disfunción ventricular, disminuye la reserva coronaria; a nivel de la microcirculación por disfunción endotelial y por cambios en la arquitectura de la pared arteriolar, y a nivel de la macrocirculación (vasos epicárdicos) por inducir desarrollo ateromatoso obstructivo. Las arritmias ventriculares son consecuencia de las anteriores modificaciones, HVI, disfunción e isquemia.

Consecuencias clínicas de la HVI

1. Insuficiencia cardíaca.

La adaptación del miocardio implica una alteración cuantitativa (hipertrofia) y cualitativa (colágena). Ello implica:

Disfunción diastólica del VI por disminución de la distensibilidad. Presente desde las primeras fases de la HTA. En esta fase el corazón, por la pérdida de la capacidad de relajación secundaria a la hiperplasia del tejido conectivo que «encorseta» al tejido muscular (igualmente hipertrófico), eleva su presión telediastólica, la cual, transmitida retrógradamente al circuito menor, eleva la presión capilar pulmonar llegando a provocar disnea de esfuerzo por trasudado alveolar. En esta fase precoz de la HTA, el hipertenso, sin cardiomegalia radiológica, ni HVI en el ECG, y con normal fracción de eyección y contractilidad puede quejarse de disnea de esfuerzo, cuyo origen está en la pérdida de la capacidad de relajación diastólica.

Disfunción sistólica. A medida que la enfermedad progresa, y la sobrecarga hemodinámica aumenta, el corazón pierde progresivamente su capacidad contráctil y entra en ICC con todo su cortejo sintomático clásico. El pronóstico de la enfermedad en este período es malo a corto plazo, estimándose que la mortalidad a 2 años supera el 50%.

2. Insuficiencia coronaria.

El propio aumento de la masa del VI, así como los cambios estructurales que tienen lugar a nivel del miocardio y de los vasos coronarios pueden desencadenar episodios de cardiopatía isquémica.

3. Arritmias.

El remodelado intersticial y el aumento de la masa del VI son factores predisponentes a la aparición de arritmias ventriculares y muerte súbita.

COMPLICACIONES NO CARDIOLÓGICAS

CEREBRO

Para el sistema nervioso central (SNC) la HTA representa la primera causa de complicación cerebrovascular, de forma que el 50% de los pacientes que hacen un ACVA son hipertensos, y un 20% de los hipertensos severos desarrollan un ACVA. En el cerebro de pacientes hipertensos se pueden observar anomalías que no suelen estar habitualmente presentes en la población normotensa, como infartos lacunares múltiples, arteriosclerosis generalizada o parcelar, degeneración vacular hialina, o aneurismas de Charcot-Bouchard.

Estas anomalías puedan facilitar la ruptura de los vasos secundariamente al aumento de las fuerzas hemodinámicas del torrente sanguíneo. Las hemorragias cerebrales del hipertenso pueden producirse tanto a nivel intraparenquimatoso como en el espacio subaracnoideo.

Pero a pesar de ser la hemorragia la causa más común de ACVA, en razón de las anomalías arteriales antes citadas es frecuente encontrar también una alta prevalencia de infartos isquémicos cerebrales (trombosis intravascular) en pacientes hipertensos.

La encefalopatía hipertensiva secundaria a una situación de hiperperusión cerebral induce edema y papiledema, siendo característico un estado de confusión más o menos avanzado, cefalea intensa, que en caso de progresión provocaría convulsiones y coma. Al ser una emergencia hipertensiva se impone una actuación médica inmediata.

RIÑÓN

El riñón en la HTA desempeña un doble papel, de forma que puede ser la víctima de la enfermedad o por el contrario ser causa de la misma. Así enfermedades renales como la glomerulonefritis, pielonefritis, poliquistosis, nefrosis, nefropatía diabética, tumores o las alteraciones vasculares que reducen el flujo, son las causas inductoras más prevalentes de HTA secundaria, responsables del 2-5% de todas las causas de HTA. La causa hemodinámica inmediata es un aumento del volumen circulante.

No obstante, la complicación renal más importante que se produce en el curso evolutivo de la HTA es la nefroangioesclerosis relacionada proporcionalmente al grado de severidad hipertensiva.

A medida que la HTA evoluciona se va instaurando lentamente una insuficiencia renal progresiva, evaluable a través de la pérdida urinaria de proteínas, el nivel de nitrógeno ureico plasmático, o el aclaramiento de la creatinina, hasta llegar al fracaso renal absoluto subsidiario de tratamiento con diálisis periódicas.

Dos son sus causas etiológicas principales; la aterosclerosis de la arteria renal (2/3 de todos los casos) predominante en varones de edad media o avanzada, localizándose la lesión habitualmente en el ostium o en el tercio proximal, y la displasia fibrosa de la capa media, que supone 1/3 de todas las causas de HTA vascularrenal.

Es más frecuente en mujeres jóvenes, suele ser bilateral en el 25% de los casos, y se localiza en los 2/3 distales de la arteria.

2.2.7 BASES DEL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

El primer paso en el tratamiento, una vez confirmado el diagnóstico de HTA será la adopción de medidas no farmacológicas.

Está bien establecido, como la adopción de cambios en el estilo de vida puede reducir las cifras de tensión arterial sistólica y diastólica entre 8 y 10 mmHg.

MEDIDAS DIETÉTICAS

REDUCCIÓN DE PESO

La obesidad se asocia al menos a un 30% de hipertensos y se correlaciona bien con elevación de la presión arterial.

Además la obesidad se asocia con hiperinsulinismo y mayor resistencia a la insulina que produce vasoconstricción y retención de sodio, por ello, la disminución de peso está indicada en todos los hipertensos obesos, pudiendo suponer la pérdida de 10 kg un descenso de 10 mm Hg.

Las recomendaciones generales son:

- Reducción de la ingesta de calorías
- Una dieta de 1.200 cal puede ser suficiente en la mayoría de los obesos hipertensos dependiendo de su actividad diaria.
- Dietas más estrictas deben ser valoradas individualmente. Las dietas estrictas deben ser suplementadas con proteínas, minerales y vitaminas.
- Se debe contemplar siempre un bajo aporte en grasas.

DIETA POBRE EN SODIO

Se ha comprobado una estrecha correlación entre la ingesta de Na y la HVI independientemente de las cifras de presión arterial. En cualquier caso, una dieta baja en Na no tiene efectos nocivos, sino más bien saludables independientemente de los niveles de presión arterial.

Las recomendaciones generales las podemos resumir en:

- Restricción de ClNa por debajo de 6 g/día.
- Evitar alimentos ricos en Na: precocinados, enlatados y procesados.
- Fomentar la utilización de alimentos naturales: verduras y frutas. Estos alimentos además llevan cantidades mayores de potasio.
- Evitar añadir sal en la mesa. Los alimentos ya llevan suficiente sal.

El control de la ingesta diaria de Na puede realizarse por medio de la excreción urinaria de 24 o mejor 48 horas.

SUPLEMENTOS DE POTASIO

Aunque se ha comprobado que los suplementos de K reducen las cifras de presión arterial, habitualmente no son necesarios y basta con incorporar a la dieta alimentos naturales ricos en este elemento que a su vez suelen tener menor contenido de Na.

CALCIO

Aunque se ha comprobado que los suplementos de Ca reducen la presión arterial, su uso en cantidades de 1-2 g /día puede favorecer episodios de litiasis. No se deben por ello recomendar universalmente.

AUMENTO DE LA FIBRA

Independientemente de un posible efecto reductor de la presión arterial no bien demostrado, suponen un efecto saludable para la dieta en general.

RESTRICCIÓN DE ALCOHOL

Su efecto crónico sobre la presión arterial es modesto, la ingesta excesiva de alcohol incrementa el número de calorías, además de incidir sobre otros factores de riesgo cardiovascular. A su vez, pequeñas cantidades de alcohol tienen un efecto protector, por ello puede ser recomendada la ingesta de pequeñas cantidades que no superen los 30 g/día.

EJERCICIO

Tiene un efecto reductor de la presión arterial por diversos mecanismos:

- Vasodilatación a nivel de la musculatura.
- Reducción o escasa modificación de la presión diastólica.
- Mejora de la resistencia a la insulina y por lo tanto del hiperinsulinismo secundario.
- Mejora del metabolismo lipídico.

Por ello debe ser recomendado a todos los hipertensos reuniendo las siguientes características:

- Debe ser de carácter isotónico, con movilización de todos los grupos musculares: pasear, nadar, etc.

- Individualizarlo para cada individuo.
- Debe de realizarse periódicamente, 20-30 minutos 2-3 veces por semana.
- Evitar ejercicios isométricos, ya que producen elevaciones de la presión arterial y por tanto elevan el consumo miocárdico de oxígeno.

REDUCCIÓN DEL ESTRÉS

Esta medida, casi siempre difícil de llevar a la práctica, es útil ya que se conoce como la actividad y el estrés se correlacionan estrechamente con los niveles de presión arterial y los picos hipertensivos, cuyo significado aún no está totalmente establecido. Pueden asociarse diferentes técnicas de relajación, aunque su efecto hipotensor no se ha demostrado vaya más allá de la duración del procedimiento. De todos modos, debe estimularse a aquellos individuos que se encuentren motivados y obtengan algún beneficio.

ABANDONO DEL TABACO

El hábito tabáquico supone un factor de riesgo cardiovascular de primer orden, la nicotina tiene un efecto presor directo agudo, si bien no parece que eleve la presión arterial crónicamente. No se conoce el significado de múltiples elevaciones tensionales tras cada cigarrillo en los fumadores.

FÁRMACOS

Deben evitarse la utilización crónica de determinadas sustancias que pueden tener un efecto presor. Podemos mencionar las siguientes: antiinflamatorios en tratamiento crónico, anticonceptivos orales, simpaticomiméticos y esteroides.

2.2.8 RECOMENDACIONES PARA MODIFICAR EL ESTILO DE VIDA

- Dieta baja en Na (4-6 g/día) fomentando la ingesta de alimentos naturales ricos en potasio.
- Reducción de peso aproximándolo al peso ideal.
- Realización de ejercicio isotónico de forma rutinaria, no superando la PA >180/110 mmHg ni la FC más allá del 70% de la máxima prevista
- Suprimir el tabaco, alcohol y café.
- Evitar fármacos con efecto presor (descongestionantes nasales, AINE, etc.)

2.2.9 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA HIPERTENSIÓN

Este es el grupo de medicamentos para emplear en el tratamiento de los pacientes hipertensos:

- Diuréticos: el principal representante es la hidroclorotiazida
- Betabloqueadores
- Inhibidores de la enzima convertidora: los ieca
- Antagonistas de calcio
- Antagonistas de la agiotensina II: ARA II
- Bloqueantes alfa adrenérgicos

El tratamiento siempre debe ser individualizado, un medicamento que le sirva a un paciente, no necesariamente le va a servir a otro, los efectos colaterales se pueden presentar en unos y en otros no. Si tras efectuar adecuadamente los cambios en el estilo de vida que se han comentado anteriormente, la PA persiste elevada en controles periódicos sucesivos, debe contemplarse entonces un abordaje farmacológico del proceso.

2.3 DIABETES

2.3.1 DEFINICIÓN

La diabetes mellitus humana es una compleja enfermedad metabólica en la que el organismo afectado no es capaz de asimilar en medida suficiente la glucosa aportada por la nutrición, por lo que los niveles sanguíneos de este azúcar se elevan por encima de los límites fisiológicos normales, con la consiguiente manifestación de síntomas de mayor o menor gravedad.

Es una enfermedad crónica, actualmente incurable y, generalmente evolutiva. Sin embargo puede ser abordada con un tratamiento constante, que bien llevado, permite al paciente una vida plena y útil.

La mayor parte de los alimentos que comemos se convierten en glucosa, el páncreas, crea una hormona que se llama insulina para ayudar al cuerpo a usar la glucosa. En las personas con diabetes, la insulina no funciona bien. Como consecuencia, el contenido de azúcar y grasas en su sangre aumenta.

2.3.2 RIESGOS PARA CONTRAER DIABETES

- Aquella persona con sobrepeso u obesidad.
- Aquella persona que posee familiares cercanos con diabetes.
- Aquella persona que no mantiene una alimentación balanceada.

2.3.3 SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA DIABETES

Alteraciones funcionales:

- Aumento de la frecuencia y el volumen de orina eliminada, como consecuencia de niveles de azúcar en la sangre.

- Sed excesiva para reponer el agua eliminada por la orina.
- Polifagia para proporcionar energía al organismo.
- Pérdida brusca de peso, debida a la falta de asimilación de energía por las alteraciones metabólicas.

Alteraciones generales:

- Astenia.
- Piel reseca.
- Prurito.
- Infecciones frecuentes.
- Algunas personas notan pérdida de peso.
- Se sienten enfermas, vomitan, o les da dolor de estómago.
- Xantoma diabético.- aparecen protuberancias o chichones amarillos en la piel, pero desaparecen cuando la enfermedad está bajo control.

2.3.4 CLASIFICACIÓN DE LA DIABETES

Existen cuatro tipos principales de diabetes mellitus:

- Tipo I o insulino dependiente
- Tipo II o no insulino dependiente
- Tipo III o diabetes gestacional
- Tipo IV, que incluye otros tipos de diabetes relacionadas con enfermedades del páncreas, cambios hormonales, efectos secundarios de ciertas drogas o defectos genéticos, cirugías del páncreas.

Diabetes Tipo I: Insulinodependiente

A la diabetes tipo 1 también se le denominaba diabetes mellitus insulinodependiente (DMID) o diabetes juvenil. La diabetes tipo 1 se desarrolla cuando el sistema inmunológico del cuerpo destruye las células beta del páncreas, las únicas células del cuerpo que producen la hormona insulina que regula la concentración de glucosa en la sangre.

Se llama así ya que el paciente depende exclusivamente de la insulina administrada para existir y actuar eficientemente. Se debe a la falta absoluta de insulina por la carencia total de células beta. El páncreas de las personas con diabetes Tipo 1 no produce su propia insulina.

Las personas que tienen diabetes Tipo 1 normalmente la desarrollan cuando son niños o jóvenes, aunque la aparición de la enfermedad puede producirse a cualquier edad. Las personas con diabetes Tipo 1 requieren inyecciones de insulina para poder vivir. Se puede controlar la diabetes Tipo 1 manteniendo un equilibrio entre la comida, la actividad física, y el uso apropiado de las inyecciones de insulina.

La inyección de insulina tiene por finalidad reemplazar la que le falta al organismo, la insulina debe utilizarse en forma inyectable para que ejerza su acción. El requerimiento insulínico del niño diabético aumenta a medida que éste crece y generalmente se estabiliza cuando llega a la adultez. Se aconseja efectuar la insulinoterapia con insulina de acción intermedia en dos dosis: una a la hora del desayuno y la segunda antes de la cena. Se la encuentra en niños y jóvenes. En la inmensa mayoría de los casos, la diabetes en el niño es insulinodependiente. También se halla en una pequeña proporción de diabéticos que comienzan su enfermedad como adultos.

La diabetes insulino dependiente una vez instalada, rara vez retrocede, y puede aparecer bruscamente, dando lugar a la manifestación clínica del trastorno en poco tiempo.

Puede aparecer en pacientes sin antecedentes familiares de diabetes y sus manifestaciones clínicas son llamativas desde el comienzo.

Los síntomas de poliuria, polifagia y polidipsia son los que hacen que el paciente recurra al médico, porque son demasiado intensos. Tiene tendencia a la acidosis, coma e hipoglucemia. La tendencia a la hipoglucemia se debe a que son insulinosensibles, es decir que un leve cambio en la dosis insulínica puede producir grandes perturbaciones. En los diabéticos juveniles, con grandes variaciones de la glucemia en el curso del día, es prácticamente imposible impedir la hipoglucemia si no se mantiene constante el factor dieta.

Es necesario que hagan una distribución estricta de los alimentos en las cuatro comidas diarias, y complementarlas con pequeñas cantidades (entre 10 y 20 g) de glúcidos para evitar la hipoglucemia. Esta colación se puede dar a media mañana o a última hora de la noche, para evitar una descompensación durante el sueño.

La aparición de complicaciones es más común en los diabéticos graves.

Es indispensable que el diabético lleve consigo siempre una tarjeta o medalla que lo identifique como tal. Esta simple medida facilitará su tratamiento en situaciones de emergencia donde por pérdida de sensorio no pueda resolver por sí mismo su descompensación.

Diabetes tipo II: No insulino dependiente:

A la diabetes tipo 2 también se le denomina como diabetes mellitus no insulino dependiente (DMNID) o diabetes del adulto. La diabetes tipo 2 representa entre el 90% y el 95% de todos los casos diagnosticados de diabetes.

Generalmente comienza con resistencia a la insulina, un trastorno en el cual las células no utilizan la insulina de manera adecuada. A medida que aumenta la necesidad de insulina, el páncreas pierde gradualmente su capacidad de producir insulina. La diabetes tipo 2 está asociada con la vejez, la obesidad, antecedentes familiares de diabetes, antecedentes de diabetes gestacional, trastornos en el metabolismo de la glucosa, inactividad física, y raza/ origen étnico.

En este tipo de diabetes, la carencia de acción insulínica no es absoluta, sino relativa. La producción o la liberación de insulina existe, pero en cantidades menores que las necesarias para una correcta función del organismo (llegan a alcanzar un valor medio de, aproximadamente, el 70 % del valor normal), o en forma tal que no puede ser aprovechada como corresponde. Desde el punto de vista histológico, el páncreas posee aún un buen número de células beta, aunque apenas se muestren activas o sean menos sensibles a sus estímulos normales.

Esta insuficiencia insulínica es parcial en las siguientes circunstancias:

- Cuando la secreción está disminuida pero no abolida por completo.
- Cuando la secreción es normal pero el requerimiento de insulina está aumentado.
- Cuando existe “resistencia a la insulina” por factores que interfieren o bloquean extracelular o intracelularmente, su acción fisiológica.

Se ha encontrado que la diabetes de los adultos frecuentemente resulta de una disminución en el número de sitios receptores de insulina en las membranas, y no de una escasez de insulina. Estos pacientes se tratan más eficientemente con una dieta.

La mayoría de las personas que tienen diabetes, tienen el Tipo 2, uno de cada diez personas padece de diabetes Tipo 1.

El páncreas de las personas con diabetes Tipo 2 sigue produciendo insulina, pero el cuerpo no la utiliza bien. La mayoría de las personas con diabetes Tipo 2 la adquieren después de los 30 años de edad. Hay factores de riesgo que pueden causar la diabetes Tipo 2, estos factores incluyen una historia de diabetes en la familia, tener más de 30 años de edad, la falta de ejercicio y el exceso de peso.

Para ayudar a controlar la diabetes Tipo 2, hay que controlar el peso, seguir un plan de alimentación y hacer actividad física o ejercicio con frecuencia. Algunas personas con diabetes Tipo 2 también pueden requerir pastillas o píldoras para diabetes (agentes orales hipoglicémicos) o insulina para ayudar a controlar su diabetes.

Diabetes gestacional:

La diabetes gestacional se desarrolla durante el embarazo y desaparece casi inmediatamente después del parto. Al igual que en otras formas de diabetes, los niveles de glucosa en la sangre son elevados porque la mujer no metaboliza los carbohidratos de manera adecuada, ya sea por insuficiencia de insulina o por alguna incapacidad para utilizar adecuadamente la hormona. Cuando los niveles de glucosa en la sangre de la madre son muy altos, el feto produce insulina adicional que actúa como una hormona del crecimiento durante el desarrollo fetal.

El resultado es un bebé muy grande y enfermizo. El exceso de insulina fetal también interfiere en el metabolismo del potasio, lo cual puede causar arritmias potencialmente fatales, o bien un ritmo cardíaco irregular.

La diabetes gestacional es la causa más común de mortinatos o de muerte fetal tardía. El trastorno también aumenta la posibilidad de defectos congénitos.

Entre los factores que contribuyen al riesgo de diabetes gestacional está el embarazo después de los 35 años, la obesidad y haber tenido un hijo previo con un peso superior a 4 kilogramos. Las mujeres que pesaron más de 4 kilogramos al nacer también tienen mayor incidencia de diabetes gestacional, que a su vez implica desarrollar, tarde o temprano, cualquiera de los otros tipos de diabetes.

Evolución del embarazo en las diabéticas:

El embarazo presenta una serie de hechos que conviene analizar detalladamente:

- Mayor cantidad de abortos.
- Gigantismo fetal.
- La mortalidad materna es una circunstancia rara en el embarazo de las diabéticas, pues las cifras estadísticas la ubican en proporción inferior al 1%.

La mortalidad perinatal (muerte en el último mes de vida intrauterina y en las primeras 48 horas posteriores al parto), sólo se corrigió en parte con el descubrimiento de la insulina.

En el embarazo de las diabéticas hay un primer trimestre peligroso por la facilidad de que sobrevengan abortos espontáneos y por el desequilibrio frecuente de la diabetes que obliga a un período de reajuste de la insulina y de la dieta, siendo usual la aparición de acidosis e hipoglucemias. La presencia de vómitos complica la dietoterapia, pues es necesario llegar a veces a la alimentación parenteral. El segundo trimestre es tranquilo.

Durante el tercer trimestre el embarazo puede complicarse o no con toxemia gravídica, y es posible que aparezca polihidramnios.

El problema mayor es el riesgo grande para el feto. A partir de la semana 35 el embarazo, a menudo en diabéticas bien compensadas, sin vasculopatías, aún sin alto requerimiento insulínico, sin toxemia que complique el embarazo y sin signos clínicos premonitores, se produce la muerte adentro del útero.

Las mujeres que han tenido diabetes gestacional tienen una probabilidad de entre un 20% y un 50% de desarrollar diabetes en los 5-10 años siguientes. El 70% de las mujeres que tuvieron diabetes gestacional desarrollarán diabetes tipo 2 en algún momento de su vida.

Diabetes insípida:

Otra clase de diabetes menos frecuente, es la diabetes insípida. Se debe esta enfermedad a carencias en la síntesis de la llamada hormona antidiurética, ADH o vasopresina, o bien a un bloqueo en su acción, o una falla en los riñones para responder al ADH. Esta sustancia es secretada por la neurohipófisis y tiene como principal misión regular y limitar la eliminación de agua a través de la orina y actúa en el túbulo renal, impidiendo de esta forma la eventual deshidratación del organismo.

Si se registra una disfunción o destrucción de los núcleos hipotalámicos (centros cerebrales donde se sintetiza la ADH), o de los conductos a través de los cuales se conduce la ADH, tiene lugar el desarrollo de la diabetes insípida. Si la producción de la hormona es normal y son los túbulos renales los que no responden a la acción de la vasopresina, se produce la diabetes insípida nefrogénica. En cualquiera de los dos casos se registra una gran poliuria, llegándose a eliminar hasta quince litros de orina por día.

Al mismo tiempo, los pacientes padecen una intensa sensación de sed y existe riesgo de deshidratación. A diferencia de la diabetes mellitus en este proceso no se detecta exceso de glucosa en sangre ni orina; de ahí el nombre de insípida.

En muchos casos el tratamiento no es necesario, pero pueden administrarse hormonas de composición afín a la vasopresina, drogas para ayudar a los riñones a que respondan al ADH, o administrarse fármacos diuréticos.

Existen otros tipos de diabetes que se producen debido a trastornos genéticos específicos (como diabetes de adulto en la juventud), cirugías, medicamentos, desnutrición, infecciones y otras enfermedades. Esos tipos de diabetes representan entre el 1% y el 5% del total de los casos diagnosticados.

2.3.5 COMPLICACIONES DE LA DIABETES

La diabetes tiene diferentes manifestaciones según el tipo de paciente y son diversas las causas. Tiene las siguientes complicaciones:

La hipoglucemia

Glicemia es menor de 50 mg/dl en el adulto promedio. Las variaciones se dan con la escasez de glucosa para cumplir con las necesidades energéticas del sistema nervioso central.

La Cetoacidosis diabética

Complicación aguda de la diabetes mellitus, originada por la deficiencia de insulina que conduce a una hiperglicemia y acidosis derivada de la oxidación de ácidos grasos hacia cuerpos cetónicos, es más frecuente en la Diabetes tipo I. Causas: Infección agregada, incumplimiento de régimen terapéutico.

Coma Hiperosmolar

Es una hiperglicemia grave caracterizado por deshidratación e hiperosmolaridad, sin cetoacidosis. Mayormente común en DBM tipo I y luego de una enfermedad infecciosa.

La diabetes está asociada a un aumento del riesgo de sufrir una cantidad de complicaciones serias, muchas veces graves, y algunas poblaciones están expuestas a un riesgo aún mayor. Un control adecuado de la diabetes puede ayudarlo a reducir ese riesgo. Sin embargo, muchas personas no saben que tienen diabetes hasta que se manifiestan alguna de esas complicaciones.

Enfermedad cardíaca y derrame cerebral

Las tasas de mortalidad por enfermedad cardíaca de adultos con diabetes son de 2 a 4 veces mayores que las correspondientes a adultos sin diabetes. El riesgo de sufrir un derrame cerebral es de 2 a 4 veces mayor, y el riesgo de muerte por derrame cerebral es 2,8 veces mayor entre las personas con diabetes. En las mujeres con diabetes, la muerte por enfermedad cardíaca aumentó el 23 por ciento durante los últimos 30 años, en comparación con una disminución del 27 por ciento en las mujeres sin diabetes.

Las muertes por enfermedad cardíaca en hombres con diabetes disminuyeron solo el 13 por ciento en comparación con una disminución del 36 por ciento en hombres sin diabetes.

Presión arterial alta

Aproximadamente el 73% de los adultos con diabetes presentan una presión arterial mayor o igual a 130/80 mm Hg o utiliza medicamentos recetados para la hipertensión.

Ceguera

La retinopatía diabética causa entre 12.000 y 24.000 nuevos casos de ceguera cada año, lo que ubica a la diabetes como la causa principal de los nuevos casos de ceguera en adultos de 20 a 75 años de edad.

En las personas con diabetes tipo 1, la terapia que mantiene el nivel de azúcar en la sangre tan próximo a los valores normales cómo es posible reduce el daño ocular en un 76%. Los expertos consideran que esos resultados pueden aplicarse también a aquellas personas con diabetes tipo 2. Los estadounidenses de origen mexicano tienen casi el doble de probabilidades de desarrollar retinopatía diabética que los blancos no hispanos y entre los negros no hispanos esa probabilidad es del 50%.

Enfermedad renal

La diabetes es la causa principal de insuficiencia renal; constituyó el 44% de los nuevos casos en el año 2002. En 2002, 44.000 personas con diabetes comenzaron tratamiento para la enfermedad renal en etapa terminal [ESRD, *end-stage renal disease*]

En las personas con diabetes tipo 1, la terapia que mantiene el nivel de azúcar en la sangre cerca de los valores normales reduce el daño renal en 35% a 56% de los casos. Los expertos consideran que esos resultados pueden aplicarse también a aquellas personas con diabetes tipo 2.

Los negros no hispanos tienen una probabilidad de 2,6 a 5,6 veces de sufrir enfermedad renal, con más de 4.000 casos nuevos de ESRD cada año. En el caso de los estadounidenses de origen mexicano, la probabilidad de sufrir enfermedad renal es de 4,5 a 6,6 veces mayor, mientras que esa probabilidad entre los indios norteamericanos es 6 veces mayor.

Enfermedad del sistema nervioso

Alrededor del 60% a 70% de las personas con diabetes sufren algún tipo de daño moderado o grave del sistema nervioso. Entre los resultados de ese daño se incluyen: falta de sensibilidad o dolor en las manos o en los pies, digestión lenta de los alimentos en el estómago, síndrome del túnel carpiano y otros problemas nerviosos.

Casi el 30% de las personas con diabetes mayores de 40 años sufren la falta de sensibilidad en los pies (es decir, al menos una zona en la que carecen de sensibilidad). Los casos graves de enfermedad nerviosa en personas con diabetes constituyen una de las causas principales de la amputación de los miembros inferiores.

Amputaciones

Más del 60% de las amputaciones no traumáticas de los miembros inferiores se producen en personas con diabetes.

La tasa de amputación para las personas con diabetes es 10 veces mayor que la de las personas sin diabetes. La tasa de amputación para los hombres con diabetes es de 1,4 a 2,7 veces mayor que la de las mujeres con diabetes.

Enfermedad dental

La enfermedad periodontal (encías) es más frecuente en las personas con diabetes. Entre los adultos jóvenes, las personas con diabetes presentan casi el doble de riesgo que las personas sin diabetes. Aproximadamente un tercio de las personas con diabetes sufren enfermedad periodontal grave con una pérdida de la adhesión de las encías a los dientes de 5 milímetros o más.

Complicaciones durante el embarazo

El control inadecuado de la diabetes antes de la concepción y durante el primer trimestre del embarazo puede provocar malformaciones congénitas importantes en un 5% a 10% de los embarazos, y abortos espontáneos en un 15% a 20% de los casos. El control inadecuado de la diabetes durante el segundo y tercer trimestre del embarazo puede ser la causa de bebés excesivamente grandes, lo cual representa un riesgo para la madre y para el bebé.

Disfunción sexual

Los hombres con diabetes tienen una probabilidad dos veces mayor de sufrir disfunción eréctil que la de los hombres sin diabetes.

Las mujeres con diabetes tipo 1 tienen una probabilidad dos veces mayor de experimentar alguna disfunción sexual que la de las mujeres sin diabetes.

2.3.6. CONTROL DE LA DIABETES

Los dos tipos de diabetes (Tipo 1 y Tipo 2) pueden causar graves daños cuando los niveles de azúcar y grasa están constantemente elevados en la sangre.

Los problemas más comunes son del corazón, los riñones, la vista, el sistema nervioso y los pies. Estudios recientes sobre diabetes indican que se pueden controlar estos problemas si el azúcar en la sangre se mantiene en un nivel lo más normal posible, pierde peso, y hace ejercicios físicos.

Control de la glucosa

- Un mejor control glucémico beneficia tanto a las personas con diabetes tipo 1 como a las personas con diabetes tipo 2.

Control de la presión arterial

- El control de la presión arterial reduce el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares (enfermedad cardíaca o derrame cerebral) entre 33% y 50% en las personas con diabetes, así como también reduce el riesgo de sufrir complicaciones microvasculares (enfermedades oculares, renales y de los nervios) en aproximadamente 33%.
- En general, cada reducción de 10 mm Hg en la presión arterial sistólica reduce en 12% el riesgo de sufrir cualquier complicación relacionada con la diabetes.

Control de los lípidos en la sangre

- Un mejor control del colesterol o lípidos en la sangre (por ejemplo, HDL, LDL y triglicéridos) puede reducir las complicaciones cardiovasculares entre 20% y 50%.

Prácticas de cuidado preventivo para la vista, los riñones y los pies

- La detección y el tratamiento de la enfermedad ocular en personas con diabetes mediante la terapia con láser puede reducir el desarrollo de una pérdida grave de la visión entre 50% y 60%.
- Los programas integrales para el cuidado de los pies pueden reducir las tasas de amputación entre 45% y 85%.

- La detección y el tratamiento temprano de la enfermedad renal en personas con diabetes mediante la disminución de la presión arterial puede reducir el deterioro de la función renal entre 30% y 70%. El tratamiento con inhibidores de la ECA y bloqueadores de los receptores de angiotensina (BRA) es más eficaz para reducir el deterioro de la función renal que el tratamiento con otras drogas para disminuir la presión arterial.

Principios nutricionales básicos

Se consideran cuatro principios básicos:

1. Evitar la hiperglucemia:

La falta de secreción adecuada de insulina mediada por la glucemia, necesita para regular las comidas evitar los azúcares de absorción rápida, recomendándose la ingesta de alimentos conteniendo azúcares complejos y cantidades sustanciales de fibra que retarden la absorción de los alimentos.

2. Evitar la hipoglucemia:

Se recomienda una cierta puntualidad en el horario de comidas y la distribución de estas a lo largo de la jornada en tres comidas principales y tres refrigerios intermedios. Si tiene lugar la hipoglucemia, el paciente debe saber corregirla ingiriendo una cantidad adecuada de hidratos de carbono que le ayuden a pasar el episodio sin que aparezca una hiperglucemia excesiva.

Se recomienda la utilización de leche no descremada como mejor método para combatir los episodios hipoglucémicos.

3. Previsión de circunstancias especiales:

Ocasionalmente el diabético puede romper con su plan alimentario básico o su actividad rutinaria. Para mantener el control glucémico cuando cualquiera de los tres componentes de la terapia se altera (dieta, medicación, actividad física) al menos otro de los componentes debe ser también alterado con objeto de compensar el desequilibrio.

Así, durante una actividad que no corresponda a la rutina diaria, el paciente debe saber administrarse cantidades suplementarias de alimentos, y por otra parte ante la ingesta de una comida copiosa o demasiado frugal, debe compensar ajustando la dosis de medicación y/o la actividad física.

4. Consideraciones especiales:

Edulcorantes:

- Se desaconseja el uso de edulcorantes comunes a base de azúcar de mesa y miel.
- Los edulcorantes calóricos o nutritivos (fructosa, dextrosa, sorbitol, manitol, maltitol y xilitol) no se recomiendan , ya que aparte de su poder calórico pueden elevar las cifras de glucemia
- Los edulcorantes no nutritivos aprobados por la FDA son el aspartamo y la sacarina:
 - El aspartamo no influye en el metabolismo hidrocarbonado (Nozucar ®, Bio-manan endulzante ®, Canderel ®, Tip ®, Asugrin clasic ®)
 - Se puede usar la sacarina (la O.M.S establece un límite permisible de 10-15 comp diarios).
 - Existen controversias sobre la dulcina y el ciclamato por su posible acción cancerígena.

Bebidas alcohólicas

- No es conveniente la ingesta incontrolada de alcohol.
- En condiciones de control metabólico aceptable se puede permitir la toma de un vasito de tinto en comida y cena.
- Es importante calcular las calorías que aporta el alcohol.
- Hay que tener en cuenta la posible aparición de hipoglucemias, sobre todo cuando se toman hipoglucemiantes orales, y con alguno de los cuales además puede provocar efecto antabús.
- La restricción es especialmente importante en hipertrigliceridémicos.

Bebidas no alcohólicas:

- Hay que considerar que llevan en su composición distintos carbohidratos, por lo que su valor calórico no es despreciable a la hora de consumirlas.
- No hay inconveniente en el uso de bebidas acalóricas como Diet-Pepsi, Coca-Cola Light, Tab, Gaseosa edulcorada con sacarina.

Sal.- No es necesario suprimirla, aunque sí podemos ir recomendando restringir su uso como medida preventiva ante la mayor prevalencia de hipertensión arterial entre los individuos diabéticos.

"Alimentos para diabéticos" No recomendables por diversos motivos:

- No se conoce la composición exacta y contenido calórico en la mayor parte de las ocasiones
- En su fabricación suele intervenir azúcares tipo fructosa, sorbitol o xilitol, que además su poder calórico, en un buen porcentaje se transforman en glucosa en el hígado.
- No contribuyen a mejorar la adherencia del paciente a la dieta,
- Precio desproporcionado a la dudosa utilidad que podrían tener.

Alimentos ricos en fibra

Salvo que existan problemas intestinales, es importante incluirlos en la dieta, ya que además de ser prácticamente inabsorbibles, retrasan la absorción de los glúcidos presentes en la dieta. En el momento actual se recomienda un moderado aumento de fibra en la dieta a través del uso de grano integral, legumbres y frutas o verduras frescas o poco cocidas.

Coma alimentos bien balanceados. Los alimentos saludables en cantidades moderadas, ayudan a mantener su peso normal y a controlar su diabetes. Su cuerpo necesita diariamente alimentos de los cuatro grupos más importantes.

- Frutas y vegetales (naranjas, manzanas, bananas, zanahorias)
- Granos enteros, cereales y pan (trigo, arroz, avena, salvado, cebada)
- Productos lácteos (leche, queso, yogurt)
- Carnes, pescado, aves de corral, frijoles secos, nueces.

Recuerde: Demasiada grasa y colesterol en su dieta pueden ser muy dañinos para personas con diabetes. Los alimentos altos en colesterol y grasa incluyen la carne roja, productos lácteos (leche completa, crema, queso y helados) yemas de huevos, mantequilla, aderezos para ensaladas, aceites vegetales, postres y dulces.

Ejercicios

Son importantes para el buen control de la diabetes, los ejercicios usualmente bajan el nivel del azúcar de la sangre y pueden ayudar a que la insulina trabaje mejor. Los ejercicios y una dieta saludable pueden ayudar también a eliminar libras adicionales para los que están de sobrepeso.

Consulte con su médico antes de empezar un programa de ejercicios físicos. Es posible que usted necesite un refrigerio antes o durante esta actividad para evitar un nivel bajo de azúcar en la sangre.

2.3.7 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO PARA LA DIABETES

Las actitudes frente a la diabetes pueden variar desde la indiferencia hasta el temor y angustia extremos. Por lo tanto, un entendimiento claro de la enfermedad, ayudará a promover una actitud proactiva orientada a su manejo. Para decirlo de manera simple, la diabetes es la dolencia en la cual la cantidad de glucosa en la sangre es demasiado alta, porque el cuerpo no la puede manejar apropiadamente. Es producto de la inhabilidad del páncreas para producir suficiente cantidad de insulina.

La insulina es la hormona que permite que el organismo use apropiadamente la glucosa, dirigiéndola a las células donde es usada como combustible. La glucosa proviene de la digestión de los carbohidratos. Con el fin de manejar exitosamente la diabetes, se debe encontrar un instrumento para asistir al cuerpo en la digestión y metabolización apropiada de la glucosa.

Manejar la Diabetes — Pasos Prácticos

Hay algunas maneras exitosas para manejar la diabetes, sin embargo, todo programa de manejo de diabetes, requerirá el cambio de mentalidad y estilo de vida.

- El primer paso para manejar la diabetes es ponerte al cuidado de un profesional de la salud. Será él o ella quien determine la severidad de la diabetes del paciente y decidirá si se requieren inyecciones de insulina. En algunos casos menos severos, se podrían recetar píldoras para ayudar al cuerpo a usar la glucosa. Uno de los objetivos del médico es instruir al paciente sobre el control del nivel de glucosa en la sangre. Tomar las píldoras o inyectarse a la hora indicada, cumple este objetivo.
- Además de la intervención médica, el más importante método para manejar la diabetes es un cambio en el estilo de vida. Este cambio incluirá una cuidadosa atención a la dieta y a incrementar la actividad

física. Dado que la diabetes es una dolencia en la que los niveles de glucosa en la sangre son demasiado altos, los planes dietéticos para manejar la diabetes, incluirán mantener niveles consistentes de glucosa en la sangre durante el día. Un nutricionista calificado podrá determinar cuáles son los niveles óptimos para cada individuo. Estos niveles serán determinados por muchos factores físicos, incluyendo el género, edad, ocupación y otros factores de salud. Es importante notar (y tomar conciencia) que modificar la dieta para manejar la diabetes no significa que un alimento debe ser eliminado de tu menú.

- La clave para una dieta adecuada, es el balance; y una dieta saludable para diabéticos, es sencillamente una dieta saludable, una que todos los individuos deberían adoptar. Un manejo dietético adecuado de la diabetes, incluye la ingesta regular de alimentos basados en una variedad de granos enteros en el pan, cereales y pasta. Por lo menos cinco porciones de frutas y vegetales deben ser comidas diariamente. La ingesta de fruta debe estar repartida a lo largo del día, para mantener los niveles óptimos de glucosa en la sangre. Una dieta también deberá contemplar la ingesta de menos sal y grasa. Los alimentos con azúcar deben ser reducidos al mínimo. Si se consume postres, la ingesta de otras grasas o carbohidratos, debe ser drásticamente reducida.
- Otro factor en el manejo diabético, requiere incrementar la actividad física. Caminar es un ejercicio natural que la mayoría de la gente puede hacer. Cuando sea posible, camina en lugar de conducir y usa las escaleras en lugar de los elevadores y escaleras eléctricas. Incrementar la actividad física, hace más que regular el azúcar en la sangre, también beneficia al corazón, pulmones y articulaciones, dando una sensación de bienestar.

Nadie necesita sucumbir a los efectos colaterales a largo plazo de la diabetes. Uno necesita someterse al cuidado regular de un profesional de la salud y tomar la medicación prescrita.

Desarrollar un nuevo estilo de vida y una nueva mentalidad, son la clave vital para el éxito. Comer sabiamente, cuidar tu peso y aumentar la actividad física, hacen que el manejo de la diabetes entre al reino de lo posible. Estos cambios en el estilo de vida, hacen que todos a tu alrededor tengan buena salud.

2.3.8 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA DIABETES

Hipoglucemiantes orales

Se han desarrollado fármacos que, administrados por vía oral, actúan reduciendo los niveles de glucosa en sangre. Este tipo de compuestos son de utilidad en el tratamiento de diabetes de tipo II.

Entre las drogas de última generación del grupo de las sulfonilureas se encuentra la glimepirida, que se administra una sola vez por día.

Las biguanidas tales como la metformina, son otros hipoglucemiantes. Se usan con mucha menor frecuencia que las sulfodrogas hipoglucemiantes. Pueden actuar aún en ausencia de insulina, por lo que pueden hacer descender la glucemia en diabéticos juveniles. Producen aumento del ingreso de glucosa en las células y deprimen la gluconeogénesis.

Insulina

Es de uso obligatorio en los pacientes con diabetes mellitus tipo 1 y que en el caso de la diabetes mellitus tipo 2 se reserva, habitualmente, para los pacientes que no logran mantener rangos aceptables de glucemia a

pesar del uso adecuado de la combinación de dieta, ejercicios y medicamentos orales. La insulina puede ser: de acción rápida, prolongada o intermedia; y cada una de ellas tienen un modo de acción y dosificación diferentes. En algunos casos puede ser necesario mezclar distintos tipos de insulina.

Las indicaciones sobre su aplicación deben ser dadas por el médico, teniendo en cuenta la evolución de la enfermedad según el paciente, y deben ser corregidas con el tiempo, con el objetivo principal de evitar complicaciones, manteniendo la normoglucemia, y sin llegar a la acetosis, o a la hipoglucemia, provocada por excesivas dosis de insulina en comparación con las requeridas por el organismo. Existe una tendencia a aumentar la dosis de la hormona a medida que aumenta la antigüedad de la diabetes. La dosis en general es de 60 unidades cuando se inicia en la juventud o en la juventud.

Acciones de la insulina:

- Produce hipoglucemia, mantiene la normoglucemia y previene y corrige la hiperglucemia y los estados diabéticos.
- Incrementa la utilización de la glucosa de los tejidos.
- Acrecienta la transferencia de la glucosa al interior de las células.
- Aumenta la formación de grasas (glucosa a ácidos grasos), e inhibe el pasaje de grasas a ácidos grasos.
- Transforma la glucosa en glucógeno hepático (anticetogénesis) y muscular y acelera el proceso (efecto glucogenético).
- Permite la síntesis de péptidos (proteínas) a partir de aminoácidos.
- Disminuye la gluconeogénesis proteica.
- Hace descender el fósforo inorgánico y el potasio del suero.
- Los diabéticos carecen de insulina, por lo que no se producen las anteriores acciones.

2.3.9 TRATAMIENTO DE LOS NIVELES BAJOS DE GLUCEMIA

La hipoglucemia, se puede presentar en diabéticos cuando utilizan demasiada insulina, hacen mucho ejercicio o cuando no han consumido suficiente alimento. La hipoglucemia se puede desarrollar rápidamente en los diabéticos y los síntomas aparecen particularmente cuando el nivel de azúcar cae por debajo de 70. Se debe estar atento en caso de debilidad, temblor, sudoración, dolor de cabeza, nerviosismo y hambre.

Si estos síntomas se presentan y la persona tiene un equipo disponible para medir el nivel de glucemia, debe verificarlo. Si es bajo, la persona diabética debe comer algo con azúcar: jugo de frutas, algunas cucharaditas de azúcar, una taza de leche descremada o una gaseosa normal. Si la persona no tiene el equipo a la mano, debe consumir azúcar de todas maneras, lo cual no le hace daño. Los síntomas deben desaparecer en un período de 15 minutos, de lo contrario, se debe consumir más azúcar y verificar de nuevo el nivel de glucemia.

Después de que los síntomas desaparezcan, se puede consumir más alimento sustancial, pero primero comer azúcares simples para tener la situación bajo control. Incluso, si la persona tiene hambre, el alimento "real" no se debe consumir hasta que el nivel de azúcar suba, ya que el alimento real no produce suficiente azúcar y toma mucho tiempo para ser digerido.

Si se trata de los padres, parientes o amigos de alguien que está experimentando estos síntomas, deben vigilar a la persona muy de cerca y si éstos empeoran (confusión, convulsiones o pérdida del conocimiento) deben administrarle a la persona una inyección de glucagón. Si no se tiene glucagón, se debe llevar a una casa de salud de inmediato.

Se recomienda tener algo de glucagón almacenado para casos de emergencia y asegurarse de que todos en la casa, incluyendo niñeras y

cuidadores, sepan cómo usarlo, periódicamente, se le debe recordar a todos la forma de usarlo y verificar la fecha de vencimiento.

No hay por qué alarmarse ya que el glucagón hace efecto muy rápido, generalmente en un período de 15 minutos. Mientras se espera que la persona se reanime, se la debe mantener de lado para evitar que se ahogue y si la persona no mejora en 15 minutos, se debe llevar a una casa de salud de inmediato.

2.3.10 TRATAMIENTO DE NIVELES ALTOS DE CETONAS

Cuando no hay suficiente insulina para movilizar la glucosa a las células, dicha glucosa se puede acumular en la sangre. El cuerpo busca entonces otras formas de energía y utiliza la grasa como fuente de combustible. A medida que las grasas son descompuestas, unos ácidos llamados cetonas se acumulan en la sangre y en la orina. Las cetonas, en niveles altos, son tóxicas para los tejidos corporales y es una afección conocida como cetoacidosis.

Los niveles de cetonas se pueden verificar con una prueba simple de orina disponible en las farmacias. Dicha prueba se debe llevar a cabo cada 4 a 6 horas en cualquier momento que la persona diabética esté registrando un nivel de azúcar por encima de 240, esté enferma, experimente sed inusual o resequedad en la boca, orine frecuentemente o vomite.

Los signos de advertencia de que la cetoacidosis está empeorando podrían ser enrojecimiento facial, resequedad en la piel y en la boca, náuseas o vómitos, dolor estomacal, respiración rápida y profunda y aliento con olor a frutas. Si se presentan estos síntomas, se debe llamar al médico o acudir al servicio de urgencias de inmediato, ya que si esta afección no recibe tratamiento puede conducir a coma e incluso a la muerte.

2.4 ESTILO DE VIDA SALUDABLE

El estilo de vida saludable es un conjunto de patrones conductuales o hábitos que guardan una estrecha relación con la salud.

Por patrones conductuales entendemos formas recurrentes de comportamiento que se ejecutan de forma estructurada y que pueden entender como hábito cuando constituyen el modo habitual de responder a diferentes situaciones.

Estos hábitos se aprenden a lo largo del proceso de socialización del individuo y una vez adquiridos son difíciles de modificar.

Los comportamientos o conductas son determinantes decisivos de la salud física y mental y del estado de la salud pública, estando fuertemente vinculados al bienestar.

Se calcula que un tercio de las enfermedades en el mundo pueden prevenirse mediante cambios en el comportamiento. La manera como las personas se comporten determinará el que se enferme o permanezca sana, y en caso de que enferme, su papel va a ser decisivo en la recuperación.

2.4.1 EDUCACIÓN ASISTIDA

La educación para la salud es la disciplina encargada de comunicar a las personas de lo que es la salud, considerando las tres facetas que la conforman: biológica, psicológica y social, así como de transmitir información sobre los comportamientos específicos que suponen un riesgo para la salud. La promoción de los estilos de vida saludables debe realizarse a partir del diseño de programas adaptados a las características de la población objetivo.

Deben ir orientados a modificar los determinantes más potentes de las distintas conductas de salud, si bien, algunos de estos son imposibles de modificar, como el género, las características biológicas o el estatus socioeconómico; los determinantes psicológicos son los que más suelen introducirse en los programas, sin embargo, su influencia es más débil.

Los determinantes ambientales son de los más potentes y suelen ser dejados de lado en los programas.

Los cambios en estos determinantes son vitales para modificar los estilos de vida de la población, cambios como por ejemplo alterar la influencia de los medios de comunicación, restringir el acceso al consumo de productos perjudiciales para la salud y facilitar el acceso a programas de ejercicio.

Gracias al proceso educativo, la persona con diabetes se involucra activamente en su tratamiento y puede definir los objetivos y medios para lograrlos de común acuerdo con el equipo de salud.

Los objetivos básicos del proceso educativo son:

- Lograr un buen control metabólico.
- Prevenir complicaciones.
- Cambiar la actitud del paciente hacia su enfermedad.
- Mantener o mejorar la calidad de vida.
- Asegurar la adherencia al tratamiento.
- Lograr la mejor eficiencia en el tratamiento teniendo en cuenta costo-efectividad, costo-beneficio y reducción de costos.
- Evitar la enfermedad en el núcleo familiar.

La educación debe hacer énfasis en la importancia de controlar los factores de riesgo asociados (obesidad, sedentarismo, dislipidemia, hipertensión arterial y tabaquismo).

2.4.2 CONTROL MÉDICO

El control médico adecuado y oportuno ayuda a detectar lo antes posible la aparición de condiciones de riesgo, como ACV, hiperlipidemia, coma diabético, insuficiencia renal, etc. Y a controlar otros factores como el sobrepeso, el tabaquismo o el estrés que, según han comprobado diversas investigaciones, esos factores deterioran la elasticidad de los vasos sanguíneos, primer paso para eventos trombóticos como el infarto cardíaco o ataque cerebral. Igualmente, se podrá determinar el nivel de riesgo vascular de acuerdo a los antecedentes de familiares consanguíneos con problemas vasculares.

La prevención de las enfermedades cardiovasculares depende en gran medida de la buena cooperación entre el paciente y su doctor, con el suficiente intercambio de información entre ambos. A pesar de los avances de la medicina y sistemas de diagnóstico, nada sustituirá a la entrevista entre médico y paciente para elaborar una buena historia clínica. Para tener un efectivo tratamiento, es clave establecer una buena comunicación con el médico tratante.

2.4.3 PROCESO ALIMENTARIO NUTRICIONAL

Una dieta saludable es una forma de alimentarse que reduce el riesgo de presentar complicaciones tales como enfermedad cardíaca y derrame cerebral. Comer de manera saludable implica el consumo de una gran variedad de alimentos que incluye vegetales, granos integrales, frutas, productos lácteos no grasos, habichuelas y carnes magras, de ave y pescado.

No existe un alimento perfecto, por lo que incluir una variedad de alimentos diferentes y controlar los tamaños de las porciones son las claves para mantener una dieta saludable. Además, asegúrese de que cada alimento que elija de los grupos de alimentos contenga los nutrientes de mayor calidad posible. En otras palabras, elija alimentos ricos en vitaminas, minerales y fibras en lugar de alimentos procesados.

Las personas con diabetes pueden consumir los mismos alimentos que el resto de la familia. Todos se benefician al alimentarse de manera saludable, por lo que toda la familia puede adoptar un plan de alimentación saludable, debe llevar a cabo una planificación, pero puede incluir sus alimentos favoritos en el plan de alimentación y controlar su nivel de glucosa en la sangre, la presión arterial y el colesterol.

Las recomendaciones dietéticas transmitidas por la OMS concuerdan con la dieta mediterránea, siendo un ejemplo de cómo debe ser una dieta saludable, especialmente por su efecto beneficioso sobre las enfermedades cardiovasculares. La dieta mediterránea se caracteriza por un consumo abundante de alimentos de origen vegetal (verduras, frutas, cereales, pan, nueces y aceitunas), pescado, aceite de oliva, poca carne y lácteos, de 0 a 4 huevos a la semana y vino con moderación.

2.4.4 ASISTENCIA AL PODÓLOGO

La persona debe revisarse los pies a diario para detectar la aparición de signos tempranos de lesiones o infecciones y asegurarse de que el médico le revise los pies en cada visita. Es el estudio del pie en sus diferentes caracteres anomalías enfermedades y distrofias que puede adquirir el ser humano en el transcurso de su vida o traer consigo genéticamente.

Pie diabético

La Diabetes, es una enfermedad, crónica y silenciosa, una de las complicaciones de la diabetes, es el Pie Diabético, que en un número considerable de estos pacientes crónicos, se observan lesiones en sus pies, caracterizadas por trastornos tróficos, relacionados con la isquemia de los tejidos, con los producidos por la neuropatía o las alteraciones ortopédicas; estos trastornos, pueden ser individuales o estar asociados entre sí.

El Pie Diabético puede ser prevenido en un alto porcentaje, siempre y cuando el paciente diabético siga las indicaciones, de su médico, su nutricionista y el podólogo; surgen como pilares de estas indicaciones, el control diario de su glucemia, la medicación, la dieta, el ejercicio, el mirar diariamente sus pies, el leer y llevar a la práctica.

2.4.5 ASISTENCIA AL ODONTÓLOGO

Se debe acudir al odontólogo para una limpieza y un examen dental completo cada 6 mese.

Si no ha existido una prevención ni un tratamiento dental adecuados, nos encontramos entre la dramática realidad de que un alto porcentaje de adultos mayores presentan pérdida parcial o total de piezas dentarias, lo cual tiene como consecuencias que: no puede masticar bien, menos aún si se trata de alimentos duros, impidiendo la ingesta de nutrientes esenciales; no puede relacionarse en forma cómoda porque su dicción y fonación están alteradas por falta de dientes; la apariencia estética es deficiente, todo lo cual le impide mantener una relación social normal, tendiendo a caer en el aislamiento.

2.4.6 CONTROL DE PESO IDEAL

El peso corporal es un factor que se maneja en medicina por su importancia en la aparición de muchas patologías o enfermedades, saber cuál es su peso ideal es una herramienta básica antes empezar a hacer dieta, ya que si busca tener una buena salud, debe intentar que su peso sea proporcional a su estatura. Saber cuál es su peso ideal y llegar a alcanzarlo es una medida para evitar enfermedades, aumentar la esperanza de vida, estar más joven, mejorar su calidad de vida y sentirse bien por fuera y por dentro.

Se ha demostrado que el sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo para la salud, actualmente las enfermedades que mayores casos de muerte e invalidez se producen al año, están directamente relacionadas con los hábitos alimenticios, que en nuestros países occidentales han empeorado mucho.

2.4.7 PRÁCTICAS DEPORTIVAS Y FÍSICAS.

En el estilo de vida actual, la automatización y otras tecnologías han contribuido a aumentar la inactividad física que tienen muchas personas en su ocupación; el uso de los medios de transporte, elevadores, computadoras y otras máquinas, han contribuido a tener un alto porcentaje de población con riesgos y daños a la salud. Entre ellos se encuentran las personas que padecen sobrepeso u obesidad, que generalmente son menos activas que aquellas que tienen un peso normal.

Por otro lado, la falta de actividad física también hace que gradualmente se pierda la capacidad de realizar acciones que requieren esfuerzo físico;

además de que se pierde fuerza, resistencia y flexibilidad muscular, las actividades diarias se vuelven cada día más difíciles; y hay casos extremos que incluso se les dificulta la respiración.

¿QUIÉN ES UNA PERSONA SEDENTARIA?

- La que pasa la mayor parte del día sentada.
- Rara vez camina más de 100 metros.
- Tiene actividades recreativas que no requieren traslado de un lugar a otro.
- Tiene un trabajo que lo (la) mantiene inactivo (a).
- No toma por lo menos 20 a 30 minutos una vez por semana para hacer ejercicio.

La inactividad física prolongada es un importante factor de riesgo, no sólo para las enfermedades cardiovasculares. Cambiar estos hábitos sedentarios en las personas adultas puede resultar difícil, por no decir imposible. Por ello, quizás sea más rentable y, sobre todo más factible, educar en estilos de vida más saludables relacionados con la actividad física y en contra del sedentarismo, durante la edad evolutiva de la persona.

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DEL EJERCICIO FÍSICO?

- Mejora la confianza, la autoestima y la imagen personal.
- Disminuye la ansiedad y protege contra la depresión.
- Ayuda a dejar de fumar.
- Ayuda a perder los kilos de más y por lo tanto, en gran parte, reduce el riesgo de desarrollar hipertensión arterial, diabetes mellitus, colesterol alto y todas las complicaciones que estas enfermedades producen, como angina de pecho, infarto cardiaco, enfermedad cerebro vascular o insuficiencia renal, entre otras, además de problemas digestivos, musculares y articulares.

2.4.8 CIGARRILLO Y ALCOHOL

El alcoholismo es el consumo exagerado de alcohol, que ocasiona al bebedor problemas físicos, mentales, emocionales, laborales, familiares, económicos y sociales. Desafortunadamente, el consumo de alcohol aumenta de manera constante, sobre todo entre los jóvenes. Las defunciones por accidentes relacionados con el alcohol (choques, atropellamientos y suicidios) ocupan los primeros lugares entre las causas de muerte en muchos países.

El alcohol puede causar hipoglicemia, una disminución en el azúcar sanguíneo, que es especialmente peligrosa para las personas con diabetes que están tomando insulina. Las personas que están intoxicadas quizás no puedan reconocer los síntomas de la hipoglucemia, una enfermedad particularmente peligrosa.

El abandono del tabaco es tal vez la medida aislada más eficaz en la prevención de las enfermedades tanto cardiovasculares como no cardiovasculares en las personas hipertensas. Aquellos fumadores que abandonan el tabaco antes de los cincuenta años tienen una expectativa de vida similar a los no fumadores, aunque el efecto presor del tabaco es muy pequeño y el abandono del mismo no reduce la PA, el riesgo cardiovascular total sí se ve claramente reducido al dejar de fumar.

El abandono del tabaco es en ocasiones un objetivo difícil ante la importante adicción que provoca el hábito, la conciencia del peligro del hábito y la voluntad de su abandono son las principales herramientas que garantizan el éxito, en muchos casos el soporte psicológico y el tratamiento sustitutivo con nicotina puede servir de ayuda a las personas que por voluntad quieren dejar de fumar.

2.4.9 ACTIVIDADES ONÍRICAS Y LÚDICAS

El sueño con la edad sufre modificaciones, en relación al el sueño nocturno en las personas de la tercera edad este parece fragmentarse, disminuye la duración total de éste y la cantidad de sueño profundo, por tanto de sueño reparador, con la consiguiente sensación subjetiva de no sentirse descansado al despertar.

Entre los 60 y 70 años de edad o más, el sueño lento y profundo está casi ausente. Esto trae por consecuencia la presencia de sueño ligero. El tiempo que los ancianos pasan en cama sin dormir aumenta marcadamente a partir de los 60 años, al igual que la frecuencia de idas al baño en la noche y despertar temprano por las mañanas. Los despertares durante la noche son mucho más frecuentes en esta edad, aunque no se conoce muy bien la causa de esto, sin embargo, pueden inferirse factores tales como afecciones cardiopulmonares, apnea del sueño y dolores en general.

Interacción Social

El mantenimiento de la salud mental de los ancianos se debe realizar desde la prevención primaria a través de la educación de ellos y de sus familiares, para que estos sepan atenderlos y apoyarlos. Es fundamental promover la autovalencia a quienes entran en la tercera edad y que participen en cursos que los preparen a enfrentar esta etapa de vida.

En este aspecto, las acciones que realicen tanto los familiares como los propios adultos mayores, contribuyen a establecer encuentros más significativos entre ambos. Muchos adultos mayores pueden caer en depresión si cambian de hábitat, son institucionalizados o se les cambian radicalmente sus costumbres. Un buen ambiente donde vivir en la tercera edad contribuye a tener una mejor salud mental.

2.5 GERIATRIA

2.5.1 El adulto mayor

El envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, sino que significa disminución de la capacidad de adaptación del organismo ante situaciones de estrés, determinando así una mayor susceptibilidad. Esta pérdida de función conlleva una respuesta diferente ante la enfermedad, por ejemplo existe una mayor susceptibilidad a las infecciones a causa de reducción en la protección que da una mucosa intacta, a la disminución en la eficacia de los cilios bronquiales, y a los cambios de composición de los tejidos conectivos de los pulmones y el tórax.

Es posible observar en los adultos mayores:

- Mayor vulnerabilidad a la presencia de enfermedad y muerte.
- Mayor incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas (enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, artrosis entre otras)
- Manifestaciones clínicas diferentes frente a las enfermedades (menor sensibilidad al dolor agudo, confusión, ausencia de fiebre frente a las infecciones)
- Mayor tiempo para la recuperación de la normalidad después de un proceso agudo.
- Cambios en la composición y la función corporal que afectan la cinética y la dinámica de los fármacos (descenso de masa muscular y agua corporal total, aumento de la grasa corporal, deterioro de la función renal, alteración de la sensibilidad de receptores tisulares) lo que lleva a que tengan reacciones adversas frente a ciertos fármacos en dosis terapéuticas.

2.5.2 PSICOLOGÍA DEL ADULTO MAYOR

Cambios físicos

Con el paso de los años se va produciendo un envejecimiento en el organismo lo que trae consigo cambios morfológicos cardiovasculares, cambios patológicos estructurales del aparato respiratorio, muscular, óseo, digestivo, genito-urinario, cambios en la boca y dientes, cambios en los órganos sensoriales tales como disminución de la agudeza visual y pérdida auditiva, la piel denota enrojecimiento, se acompaña frecuentemente de una mayor lentitud en la capacidad psicomotriz y de una disminución en los mecanismos termorreguladores del anciano, todo ello puede suponer un riesgo para la salud del individuo.

Cambios psíquicos

Con el paso de los años se va produciendo un envejecimiento en las capacidades intelectuales.

A partir de los 30 años se inicia un declive de las capacidades intelectuales que se va acelerando con la vejez. En la vejez hay una pérdida de la capacidad para resolver problemas, esta se acompaña de falta de espontaneidad en los procesos de pensamiento. La capacidad de lenguaje y de expresión suelen estar alteradas. La creatividad y capacidad imaginativas se conservan. Existen alteraciones en la memoria y suelen padecer de amnesia focalizada en el tiempo.

El carácter y personalidad no suelen alterarse, a menos que se produzcan alteraciones patológicas. La capacidad de adaptación suele estar disminuida por el miedo ante situaciones desconocidas.

Depresión en la tercera edad

La depresión es una forma frecuente de alteración psíquica en la edad senil, independiente de la melancolía habitual del anciano, se habla de depresión cuando aparecen síntomas cualitativamente distintos a la melancolía.

A veces la depresión se traduce en el Anciano por un menoscabo de las funciones intelectuales. Presenta el paciente dificultad para pensar, memoria pobre e incapacidad para concentrarse; se tiene un cuadro de pseudodemencia.

Una depresión puede ser la causa de una alimentación deficiente que lleva al paciente a la desnutrición, con consecuencias de un trastorno metabólico cerebral.

Cuando un paciente muy deprimido, se hará un tratamiento con antidepresivos, tomando en cuenta porque hay que evitar la mezcla de varias drogas, porque al juntarse los efectos secundarios, estos se aumentan, y se hace más difícil evaluar la efectividad terapéutica.

Cambios sociales

En la vejez hay un cambio de Rol individual, el mismo se presenta o se plantea desde tres dimensiones:

El anciano como individuo

Los individuos en su última etapa de vida se hace patente la conciencia de que la muerte está cerca. La actitud frente la muerte cambia con la edad. Uno de los aspectos del desarrollo del individuo es la aceptación de la realidad de la muerte. Esta es vivida por los ancianos como liberación, como el final de una vida de lucha, preocupaciones y problemas, para otros es una alternativa mejor aceptada que el posible deterioro o la enfermedad.

Otros ancianos rechazan el hecho de morir y suelen rodearse de temor y angustia.

El anciano como integrante del grupo familiar

Las relaciones del anciano con la familia cambian, porque suelen convivir con sus nietos e hijos. Las etapas de relación con sus hijos y nietos pasan por distintas etapas. La primera etapa cuando el anciano es independiente y ayuda a los hijos y actúa de recadero. La segunda etapa cuando aparecen problemas de salud, las relaciones se invierten, y la familia suele plantearse el ingreso del anciano en una residencia.

El anciano como persona capaz de afrontar las pérdidas

La ancianidad es una etapa caracterizada por las pérdidas (facultades físicas, psíquicas, económicas, rol, afectivas, etc.) Las pérdidas afectivas caracterizadas por la muerte de un cónyuge o un amigo van acompañadas por gran tensión emocional y sentimiento de soledad. El sentimiento de soledad es difícil de superar.

Cambio de rol en la comunidad

La sociedad valora sólo al hombre activo, que es aquel que es capaz de trabajar y generar riquezas. El anciano suele estar jubilado y es una persona no activa, pero tiene más posibilidades de aportar sus conocimientos y realizar nuevas tareas comunitarias. Su papel gira alrededor de dos grandes actividades: la actividad laboral y las tareas comunitarias, tales como asociaciones, sindicatos, grupos políticos. No debemos olvidar que el hecho de envejecer modifica el rol que se ha desarrollado, pero no el individual.

Cambio de rol laboral

El gran cambio es la jubilación del individuo, pero el anciano debe de tomar alternativas para evitar al máximo sus consecuencias negativas.

La jubilación es la situación de una persona que tras haber cumplido una determinada edad y haber desarrollado durante un considerable número de años una actividad laboral, cesa en su oficio y tiene derecho a una pensión. El cambio en las costumbres laborales que llega con la jubilación tiene sus consecuencias, la adaptación es difícil porque la vida y sus valores están orientados en torno al trabajo y la actividad. Las relaciones sociales disminuyen al dejar el ambiente laboral y los recursos económicos disminuyen. El anciano deberá de prepararse antes de la jubilación, debe conocer las consecuencias de la jubilación para prevenir sus efectos negativos: Será necesario en algunos casos buscar aficiones supletorias para que la jubilación en vez de suponer un detrimento en la calidad de vida, por el contrario suponga un incremento de la misma.

Cambios sexuales

El comportamiento sexual en la vejez depende de muchos factores: salud en general, disponibilidad de un compañero (a) sano (a), personalidad, actitudes hacia y de los otros, nivel de educación, nivel social, creencias sexuales, actitud sexual previa, intereses y prácticas previas, grado de satisfacción con la vida, etc. La sexualidad en el anciano debe considerarse en una forma amplia e integral, incluyendo en ella tanto componentes físicos como emocionales. Por ello, se acepta como normal en el anciano ciertas modificaciones en el patrón sexual considerado como estándar si se relaciona con el adulto joven; estas serían: disminución del número de coitos y el aumento proporcional de otras actividades sexuales como las aproximaciones físicas, caricias, ratos de intimidad emocional, de complicidad, relaciones de compañía o masturbaciones.