

NANDA, cuidados paliativos y dimensiones biopsicosociales afectadas en hipertensos y diabéticos

NANDA, Palliative Care and Biopsychosocial Dimensions Affected in Hypertensive and Diabetic Individuals

Katiuska Figueredo Villa¹ <https://orcid.org/0000-0003-3457-737X>

Carlos Gafas González^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-5361-5285>

María Tirado Falconí² <https://orcid.org/0000-0002-2682-4927>

Gisela Guaypacha Guallo³ <https://orcid.org/0000-0002-0796-5951>

Mónica Valdiviezo Maygua¹ <https://orcid.org/0000-0003-2002-5857>

Odette Martínez Batista⁴ <https://orcid.org/0000-0003-3753-7058>

¹Universidad Nacional de Chimborazo (UNACH). Riobamba, Chimborazo, Ecuador.

²Centro de Salud Colta. Cajabamba, Chimborazo, Ecuador.

³Centro de Salud ESPOSCH-Lizarzaburu. Riobamba, Chimborazo, Ecuador.

⁴Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Hospital Riobamba. Chimborazo, Ecuador.

*Autor para la correspondencia: cgafasg@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La relación entre los cuidados paliativos y las taxonomías enfermeras constituyen un problema en la atención al individuo con hipertensión arterial y diabetes mellitus en cualquiera de sus formas clínicas.

Objetivo: Relacionar las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales afectadas en adultos hipertensos y diabéticos, con la taxonomía enfermera y los cuidados paliativos declarados en las guías de práctica clínicas del Ecuador.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal, cuantitativo, entre mayo y agosto de 2020. Se trabajó con una población de 289 individuos atendidos en el primer nivel del Distrito de Salud Chambo-Riobamba, a los que se les aplicó la Escala de Calidad de Vida y Satisfacción en Pacientes para identificar dimensiones biopsicosociales afectadas.

Resultados: La limitación en la actividad física es el elemento de la dimensión biológica afectado en 51,20 % de los participantes. En la esfera psicológica se identificaron cambios referidos en su persona (49,81 %). El ámbito social reporta limitaciones al realizar actividades (46,71 %). Las guías de práctica clínica consultadas adolecen de intervenciones de cuidados paliativos con enfoque psicológico-social.

Conclusiones: Se identificó predominio de limitaciones en la esfera biológica, caracterizada por dificultades para realizar actividad física. Se estableció la correspondencia entre las categorías diagnósticas enfermera y el cuidado paliativo con ese enfoque en las guías de práctica clínica de hipertensión arterial y diabetes mellitus del Ecuador, en las que se constataron acciones orientadas a satisfacer necesidades de la esfera biológica y ausencia de intervenciones con enfoque psicológico-social.

Palabras clave: cuidados paliativos; hipertensión; diabetes mellitus; terminología normalizada de enfermería.

ABSTRACT

Introduction: The relationship between palliative care and nursing taxonomies is a problem concerning the care of the individual with arterial hypertension and diabetes mellitus in any of their clinical forms.

Objective: To relate the biological, psychological and social dimensions affected in hypertensive and diabetic adults with the nursing taxonomy and palliative care stated in the clinical practice guidelines of Ecuador.

Methods: A descriptive, cross-sectional and quantitative study was carried out between May and August 2020. The population included 289 individuals who received attention at the first level of the Chambo-Riobamba health district, to whom the Quality of Life and Patient Satisfaction Scale was applied in order to identify affected biopsychosocial dimensions.

Results: The limitation in physical activity is the element of the biological dimension affected in 51.20% of the participants. In the psychological sphere, changes referred to in their persons were identified (49.81%). The social sphere is reported to have limitations when the participants perform activities (46.71%). The consulted clinical practice guidelines lack palliative care interventions with a psychological-social approach.

Conclusions: A predominance of limitations was identified in the biological sphere, characterized by difficulties for performing physical activity. The correspondence between the nursing diagnostic categories and palliative care was established with such approach in

the clinical practice guidelines for arterial hypertension and diabetes mellitus in Ecuador, in which actions aimed at satisfying needs in the biological sphere were found, at the same time that absence of interventions with a psychological-social approach.

Keywords: palliative care; hypertension; diabetes mellitus; nursing standardized terminology.

Recibido: 23/07/2021

Aceptado: 02/11/2021

Introducción

La frecuencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) muestra un incremento que las posiciona como las primeras causas de muerte a nivel global. El doble comportamiento de la hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus (DM) como procesos patológicos y factores de riesgo en sí mismos, las ubica en el centro de atención en población adulta, grupo etario que demanda de estrategias enfocadas en la prevención de la comorbilidad y complicaciones, mediante el desarrollo de conductas generadoras de salud.⁽¹⁾

El aporte que la HTA y la DM generan a la carga global por todas las defunciones a nivel mundial muestra un incremento anual, resultado que expone que uno de cada tres adultos sufre de hipertensión y tres de cada cuatro padecen diabetes. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) pronostica un ascenso en la mortalidad por estas enfermedades para el 2030 en población con edades entre 20 y 64 años.^(2,3,4)

A nivel mundial ocurren 15 millones de decesos anuales en adultos con edades inferiores a los 70 años, resultado que se asocia al incremento de las ECNT y sus factores de riesgo, evento que aporta al aumento de años de vida perdidos en población laboral activa.⁽⁵⁾

En el caso de Ecuador, según reportes del Sistema Integrado de Conocimiento y Estadística Social (SICES)⁽⁶⁾ e Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC),⁽⁷⁾ la DM e HTA ocupan la segunda y cuarta posición entre las diez primeras causas de mortalidad.

En correspondencia con lo descrito, el SICES alerta un incremento en el porcentaje de muertes por ECNT,⁽⁶⁾ información nacional en la que se aprecia que de forma negativa, en

el Distrito de Salud Chambo-Riobamba de la provincia de Chimborazo, 44,83 % de todas las muertes obedecen a esa causa, lo que evidencia la necesidad de fomentar cambios en la forma de cuidar la salud en población general.

Desde esa perspectiva, el proceso de atención de enfermería (PAE) permite implementar acciones dirigidas a satisfacer necesidades identificadas en adultos con ECNT; mediante la aplicación de intervenciones basadas en la taxonomía enfermera.^(8,9,10,11) Marco conceptual que articula con el modelo de cuidados paliativos (CP) establecido por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP).⁽¹²⁾

Para modificar el perfil de las enfermedades cardiovasculares se requiere perfeccionar el quehacer sanitario y fortalecer la atención paliativa al individuo con diagnóstico de HTA y DM, debido a que estas entidades presentan un elevado peso clínico en la producción de factores de riesgo y comorbilidades.^(13,14,15)

La mejora de la atención paliativa al adulto hipertenso y diabético debe basarse en la adopción de acciones biopsicosociales; elemento que motivó al desarrollo de la investigación que se presenta, con el objetivo de relacionar las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales afectadas en adultos hipertensos y diabéticos, con la taxonomía enfermera y los CP declarados en las GPC del MSP del Ecuador.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, cuantitativo, entre mayo y agosto de 2020, en el que se trabajó con la totalidad de la población, conformada por 289 adultos con diagnóstico de HTA y DM, tratados en la red del primer nivel de atención del Distrito Chambo-Riobamba en Ecuador, integrada por 24 Centros de Salud. Para dar salida al propósito investigativo, los autores aplicaron la Escala de calidad de vida y satisfacción en pacientes (ECVS-P), validada por *Peñacoba* y otros,⁽¹⁶⁾ y adaptada al contexto ecuatoriano por *Figueredo* y otros.⁽¹⁷⁾

El instrumento explora 11 ítems, elaborados en forma de preguntas que permiten identificar los niveles de afectaciones de las dimensiones biopsicosociales; categorizadas según respuestas emitidas por los participantes de forma autorreferida en: nada, poco, medio y bastante.

La dimensión biológica indaga información sobre las alteraciones que la enfermedad ha provocado en el paciente en cuanto al ritmo y estabilidad de la relación descanso-sueño,

modificaciones en la independencia para su cuidado personal, adaptación y limitaciones para realizar actividad física.

La esfera psicológica recoge datos sobre afectaciones generadas por la enfermedad en la familia, alteración en el carácter o comportamiento, capacidad para relacionarse con los demás y cambios en su persona.

En el ámbito social explora la presencia de limitaciones para efectuar su trabajo, problemas económicos derivados de la enfermedad e instauración de limitaciones para realizar actividades de la vida diaria.

Se revisaron los documentos que regulan el CP en el contexto investigado: taxonomía enfermera,^(8,9,10) y GPC de CP,⁽¹²⁾ HTA⁽¹⁴⁾ y DM.⁽¹⁵⁾ Por razones de interés investigativo, se agruparon los niveles de nada y poco, en “nada-poco” y los de medio y bastante, en “medio-bastante”; categorías que permitieron parear los resultados observados con las dimensiones biopsicosociales afectadas en adultos hipertensos y diabéticos.

La recolección y procesamiento de los datos empleó el método descriptivo para analizar y representar las frecuencias absolutas y relativas de los resultados, mediante el uso de tablas.

A lo largo del proceso investigativo se cumplieron con los principios bioéticos de la investigación científica, referentes a la autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia.

El trabajo que se presenta responde al proyecto de investigación: Vínculo clínico enfermero entre cuidados paliativos y dimensiones de calidad de vida en adultos, aprobado por Resolución No. 115-CIV-21-06-2019 de la Comisión de Investigación de la Universidad Nacional de Chimborazo; del que se derivó una tesis de grado en Enfermería,⁽¹⁸⁾ aprobada mediante Resolución No. 0530-D-FCS-08-06-2020-TELETRABAJO y sus autoras forman parte de este manuscrito.

Resultados

Los documentos revisados sobre CP, manejo de la HTA y DM en el contexto investigado, reflejan predominio del enfoque biológico en la atención de salud, con acciones centradas en la actividad médica y segundo nivel de atención.

La tabla 1 recopila información sobre las dimensiones biopsicosociales afectadas en pacientes hipertensos y diabéticos, en la que se aprecia supremacía de la categoría “medio-bastante” en las tres dimensiones exploradas.

En cuanto al ámbito biológico, los encuestados consideraron que la limitación en su actividad física es la característica más afectada (51,20 %). En la esfera psicológica predominaron las respuestas que posicionan al incremento en los cambios en su persona (49,81 %) como limitante. En el aspecto social indicaron que las limitaciones al realizar actividades (46,71 %) y el trabajo (34,94 %) constituyen aspectos que interviene de forma negativa en el proceso de salud de los individuos consultados.

Tabla 1- Dimensiones biopsicosociales afectadas en pacientes hipertensos y diabéticos, según ECVS-P

Dimensiones	Afectaciones	ECVS-P (N=289)			
		Medio - Bastante		Nada - Poco	
		No.	%	No.	%
Biológica	Limitación en su actividad física	148	51,2	-	-
	Independencia en el cuidado personal	-	-	98	33,9
Psicológica	Cambios en su persona	144	49,81	-	-
Social	Limitaciones al realizar actividades	135	46,71	-	-
	Limitación en su trabajo	101	34,94	-	-

La aplicación de la ECVS-P permitió identificar aspectos de las dimensiones biopsicosociales afectadas en pacientes hipertensos y diabéticos del contexto de estudio; resultado que orientó el análisis de la correspondencia entre las categorías diagnósticas establecidas en la taxonomía enfermera y los CP declarados en las GPC del MSP del Ecuador para la atención a ese grupo poblacional. El cuadro 1 describe esa relación.

Cuadro 1- Relación de las dimensiones biopsicosociales afectadas en adultos diabéticos e hipertensos, los CP con enfoque enfermero según las GPC y la taxonomía NANDA, NOC y NIC

Dimensiones afectadas	Acciones de enfermería en hipertensos y diabéticos según GPC	NANDA I	NOC	NIC
Biológica - Limitación en su actividad física.	- Medir signos vitales. - Calcular IMC. - Realizar examen físico.	1.-(00094) Riesgo de intolerancia a la actividad R/C: problemas circulatorios	(1617) Autocontrol: Enfermedad cardiaca -(161702) Buscar información sobre métodos para	(5602) Enseñanza proceso de enfermedad (560205) Describir los signos y síntomas de la enfermedad.

<p>- Independencia en el cuidado personal.</p>	<p>- Control de los efectos secundarios de la medicación.</p> <p>- Orientar conductas generadoras de salud: hábitos nutricionales, actividad física, evitar el consumo de alcohol y tabaco.</p> <p>- Interpretar glucemia de seguimiento.</p> <p>- Examen de los pies.</p> <p>- Evaluación integral del dolor.</p>	<p>Definición: vulnerable a experimentar falta de energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas que pueden comprometer la salud.</p> <p>2.-(00182) Disposición para mejorar el auto cuidado</p> <p>M/P: expresa deseo en mejorar la independencia en cuestiones de salud.</p>	<p>mantener la salud cardiovascular.</p> <p>-(161705) Realizar el régimen terapéutico según lo prescrito.</p> <p>(1619) Autocontrol de la diabetes</p> <p>-(161903) Realizar prácticas preventivas de cuidados de los pies.</p> <p>-(161911) Controlar la glicemia</p>	<p>(560215) Comentar los cambios en el estilo de vida que puede ser necesarios para evitar futuras complicaciones y controlar el proceso de enfermedad.</p> <p>(6680) Monitorización de los signos vitales</p> <p>-(668001) Monitorizar la presión arterial, pulso y temperatura, según corresponda.</p> <p>-(668004) Monitorizar la presión arterial después que el paciente tome la medicación.</p> <p>(5614) Enseñanza dieta prescrita</p> <p>- (561404) Informar al paciente sobre los alimentos permitidos y prohibidos.</p> <p>-(561410) Ayudar al paciente a sustituir ingredientes para cumplir las recetas favoritas de la dieta prescrita</p> <p>-(561418) Incluir a la familia</p> <p>(5612) Enseñanza ejercicio prescrito</p> <p>-(561202) Informar al paciente sobre el propósito y los beneficios del ejercicio.</p>
--	--	--	--	--

		<p>Definición: patrón de realización de actividades por parte de la persona que ayuda alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado.</p> <p>3.-(00163) Disposición para mejorar la nutrición M/P: expresa deseos de mejorar la nutrición.</p>	<p>(3107) Autocontrol de la hipertensión</p> <ul style="list-style-type: none"> – (310701) Control de la HTA <p>(1009) Conocimiento dieta prescrita</p> <ul style="list-style-type: none"> – (100901) Dieta prescrita – (100905) Relación entre dieta, ejercicio y peso. 	<ul style="list-style-type: none"> – (561203) Enseñar al paciente a realizar los ejercicios prescritos. (2830) Manejo de la medicación – (283005) Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. – (283015) Controlar el régimen de la medicación. – (283016) Determinar los factores que pueden impedir al paciente tomar los fármacos según se han prescrito. – (283019) Enseñar al paciente y a los familiares el método de la administración de los fármacos. (5603) Enseñanza: cuidado de los pies – (560309) Recomendar que se explore diariamente la superficie de los pies y entre los dedos buscando la presencia de enrojecimiento, sequedad, maceración, sensibilidad dolorosa y zonas abiertas – (560313) Enseñar a hidratar diariamente la piel, poniendo los pies en remojo o realizando un baño a temperatura ambiente, aplicando
--	--	--	---	---

				<p>posteriormente una crema hidratante.</p> <ul style="list-style-type: none"> – (560322) Describir los calcetines y zapatos adecuados. – (560329) Aconsejar que se deje de fumar, según corresponda. <p>(0200) Fomento del ejercicio</p> <ul style="list-style-type: none"> – (020008) Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades. – (020012) Incluir a la familia-cuidadores del paciente en la planificación y mejoramiento del programa de ejercicios. <p>(5246) Asesoramiento nutricional</p> <ul style="list-style-type: none"> – (524602) Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios de los pacientes. – (524607) Proporcionar información si es necesario, acerca de la necesidad de modificar la dieta por razones de salud: pérdida o ganancia de peso, restricción de
--	--	--	--	--

				sodio, reducción del colesterol, restricción de líquidos.
<p>Psicológica</p> <p>– Cambios en su persona</p>	<p>En las guías consultadas no se evidencian acciones dirigidas a la atención a estas dimensiones.</p>	<p>(00158) Disposición para mejorar el afrontamiento</p> <p>M/P: expresa mejorar el uso de estrategias orientadas a las emociones.</p> <p>Definición: patrón de esfuerzos conductivos relacionados con el bienestar, que pueden ser reforzadas.</p>	<p>(1300) Aceptación estado de salud</p> <p>– (130010) Afrontamiento de la situación de salud.</p> <p>– (130017) Se adapta al cambio de su estado de salud.</p>	<p>(5230) Mejorar el afrontamiento</p> <p>– (523011) Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador.</p> <p>– (523015) Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</p> <p>– (523044) Estimular la implicación familiar según corresponde.</p> <p>(4920) Escucha activa</p> <p>– (492002) Mostrar interés por el paciente.</p> <p>– (492005) Mostrar conciencia y sensibilidad hacia las emociones.</p> <p>– (492012) Ofrecer la respuesta en el momento adecuado para que refleje la comprensión del mensaje recibido.</p>
<p>Social</p> <p>– Limitaciones al realizar actividades.</p> <p>– Limitación en su trabajo.</p>		<p>(00076) Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad</p> <p>M/P: expresa deseos de mejorar la responsabilidad de la comunidad para gestionar el estrés.</p> <p>Definición: patrón de actividades de la</p>	<p>(2801) Control del riesgo social: Enfermedad crónica.</p> <p>– (280102) Participación de la población diana en los programas de educación sobre reducción del riesgo de enfermedades crónicas.</p>	<p>(5510) Educación para la salud</p> <p>– (551029) Destacar la importancia de la forma saludable de comer, dormir, hacer ejercicio, entre otras, a las personas, familias y grupos que servirán de modelo de</p>

		<p>comunidad para la adaptación y solución de problemas que resulta adecuado para satisfacer las demandas o necesidades de la comunidad, que pueden ser reforzadas.</p>	<p>– (280105) Disponibilidad de programas sobre el autocontrol de enfermedades crónicas.</p>	<p>estos valores y conductas para otros.</p> <p>– (551031) Planificar un seguimiento a largo plazo para reforzar la adaptación de estilos de vida y conductas saludables.</p> <p>– (551016) Desarrollar materiales educativos descritos en un nivel de lectura adecuado a la audiencia diana.</p> <p>–(551026) Implicar a los individuos, familias u otros en la planificación e implementación de los planes destinados a la modificación de conductas de estilo de vida con respeto a la salud.</p> <p>–(551001) Identificar los grupos de riesgo, rangos de edad que se benefician más de la educación sanitaria.</p>
--	--	---	--	--

Discusión

En relación con lo observado, *Dos Santos* y otros⁽¹⁹⁾ reportan que las limitaciones para realizar actividades físicas, de la vida cotidiana y el trabajo contribuyen a la persistencia de la afectación de las dimensiones biopsicosociales en adultos hipertensos, elemento que favorece el daño a la salud e incrementa el grado de dependencia.

Para la atención integral al individuo con DM tipo 2 y prevención de complicaciones, *Petermann* y otros⁽²⁰⁾ demuestran asociación entre la enfermedad e inactividad física, riesgo considerado como alto en población con antecedentes patológicos familiares de diabetes.

La sistematización de la información referida,^(19,20) con la aportada por *Lagos* y otros,⁽²¹⁾ expresa congruencias en el objetivo dirigido a incorporar mejoras en la atención a estos pacientes para incrementar el control terapéutico. Al respecto, los miembros del equipo de investigación opinan que el mejoramiento aludido requiere satisfacer necesidades biopsicosociales, según dimensiones afectadas; para lo cual se recomienda incorporar el CP a lo largo del ciclo vital. Desestimar los criterios expuestos anticipan la instauración de comorbilidades y potencian la asociación de los factores de riesgo que puedan coexistir.

En coincidencia con la perspectiva salubrista argumentada, el Instituto Mexicano del Seguro Social recomienda identificar factores de riesgo modificables con la finalidad de evitar complicaciones en hipertensos y sugerir al paciente reformas en su estilo de vida, como vía para el mejoramiento de la salud.⁽²²⁾

Las recomendaciones expresadas forman parte de la GPC para el diagnóstico y tratamiento de la HTA en adultos atendidos en la red del Seguro Social en México,⁽²²⁾ lineamientos que coinciden con las normativas del MSP del Ecuador para la atención a este tipo de enfermos,^(12,14,15) con la guía europea de la sociedad de cardiología para el diagnóstico y tratamiento de la HTA⁽²³⁾ y la Colombiana⁽²⁴⁾ dirigida al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la DM tipo 2 en mayores de 18 años.

Estas actividades forman parte de la guía para el diagnóstico, control y tratamiento de DM tipo 2 de la Asociación Latinoamericana de Diabetes⁽²⁵⁾ y guías de CP de Colombia,⁽²⁶⁾ México⁽²⁷⁾ y Junta de Castilla y León en España.^(28,29)

A pesar de existir coincidencias de acciones para la atención a la HTA y DM en los documentos consultados, se constata que en los diferentes contextos predominan orientaciones dirigidas a la dimensión biológica, con ausencia de intervenciones psicológica-social y no se evidencian actividades de CP con enfoque enfermera.

En contraste con lo identificado, la GPC de CP del Ministerio de Salud de Colombia⁽²⁴⁾ declara acciones de apoyo psicosocial y espiritual, elementos de importancia para la atención integral al paciente con ECNT, indicación que pierde valor debido a que focaliza su prescripción en la fase final de la vida.

Los autores de este trabajo opinan que el CP constituye un modelo holístico-asistencial, que debe ser implementado desde la etapa de valoración y diagnóstico hasta el momento final de la vida. Este elemento constituye una forma de seguimiento integral al paciente a lo largo

de su ciclo vital y contribuye a la búsqueda de soluciones para las necesidades derivadas de las dimensiones afectadas y mejoras del proceso de afrontamiento y adaptación del individuo a su nueva condición de salud.

La taxonomía enfermera^(8,9,10) permite diagnosticar, establecer intervenciones y evaluar resultados alcanzados por el enfermo hipertenso y diabético, la cual es coherente con el Modelo de Atención Integral de Salud del Ecuador.⁽³⁰⁾

El marco regulatorio establecido para la asistencia sanitaria en el Sistema Nacional de Salud ecuatoriano⁽³⁰⁾ cobija a las GPC revisadas; sin embargo, estas adolecen de acciones de enfermería para el cuidado a estos enfermos. Al respecto, se considera que su incorporación puede contribuir a la mejora del proceso de atención y seguimiento al paciente hipertenso y diabético.

Se coincide con *Morfi*⁽³¹⁾ cuando plantea que para obtener salud se requiere proveer intervenciones integrales, oportunas y seguras, que sustentadas en la evidencia científica garanticen la continuidad de la atención y satisfacción del paciente. Criterio que ratifica que es preciso recuperar campos de acción profesional, delimitar funciones y consolidar liderazgo y autonomía enfermera en la prestación de los servicios.

La complejidad clínico-enfermera en la atención integral demanda del desarrollo de procesos cognitivos integrales en relación al cuidado biopsicosocial, que permitan conectar el conocimiento teórico con los modelos de actuación disciplinar para satisfacer las necesidades identificadas en los pacientes; con mayor autonomía en la aplicación de acciones autónomas y de colaboración.

Lo anterior permite comprender que a pesar de que la taxonomía enfermera^(10,11,12) establece diagnósticos y en consecuencia plantea un sistema validado para medir resultados y proponer intervenciones, la aplicación del PAE debe constituir expresión del pensamiento lógico que articule las teorías del conocimiento científico con las acciones a desarrollar para la atención integral, prevención de complicaciones y recuperación de la salud.

Los resultados encontrados en este trabajo permiten apreciar la necesidad de realizar acciones basadas en juicios críticos sobre las dimensiones biopsicosociales afectadas en hipertensos y diabéticos. Este posicionamiento es generalizable a la diversidad de enfermedades y grupos etarios; elemento que contribuye al perfeccionamiento de la atención holística a desarrollar en la actividad asistencial mediante la aplicación del PAE.

Tomando en consideración que en Ecuador la red de atención de salud tiene carácter público y privado (este último con énfasis curativo); las limitaciones de este estudio se concentran en su alcance local y desarrollo en unidades del MSP, aspecto que puede comprometer la

generalización de los resultados a contextos asistenciales de medicina prepagada y de segundo nivel de atención.

En conclusión, se identificaron las dimensiones biopsicosociales afectadas en hipertensos y diabéticos, con predominio de limitaciones en la esfera biológica, caracterizada por dificultades para realizar actividad física. Se relacionaron las categorías diagnósticas de la taxonomía de enfermería y el cuidado paliativo con enfoque enfermera declarados en las guías de práctica clínica de hipertensión y diabetes del Ecuador, en la que existe ausencia de intervenciones psicosociales, con hegemonía de acciones para satisfacer necesidades biológicas. El cuidado paliativo es considerado como la atención que se brinda al final de la vida y no como un modelo holístico-asistencial a desarrollar a lo largo del ciclo vital.

Referencias bibliográficas

1. OMS. Enfermedades no transmisibles. 2021 [acceso: 22/07/2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Miguel P, Sarmiento Y, Mariño A, Llorente Y, Rodríguez T, Peña M. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo en adultos mayores de Holguín. Rev. Finlay. 2017 [acceso: 15/11/2020];7(3):155-67. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000300002&lng=es
3. Vásquez Morales A, Horta Roa LF. Enfermedad crónica no transmisible y calidad de vida. Revisión narrativa. Rev. Fac. Cienc. Salud Univ. Cauca. 2018 [acceso: 05/07/2021];20(1):33-40. Disponible en: <https://revistas.unicauca.edu.co/index.php/rfcs/article/view/944>
4. Federación Internacional de Diabetes (FID). ATLAS DE LA DIABETES DE LA FID. 9a Edición. Editorial Inis Communication, EEUU. 2019 [acceso: 06/10/2020]. Disponible en: <https://www.diabetesatlas.org/es/sections/demographic-and-geographic-outline.html>
5. González-Rodríguez R, Cardentey-García J. Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. Revista Finlay. 2018 [acceso: 10/01/2021];8(2). Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/564>

6. Sistema Integrado de Conocimiento y Estadística Social (SICES) Ecuador. Porcentaje de muertes por enfermedades no transmisibles. 2016 [acceso: 08/12/2020]. Disponible en: <http://www.conocimientosocial.gob.ec/>
7. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Estadísticas de defunciones generales en el Ecuador. 2019 [acceso: 15/12/2020]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Sitios/Defunciones/>
8. Heather Herdman T, Kamitsuru S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I. Definiciones y Classification, 2018-2020. 11a Edición. Porto Alegre, Brasil: Editorial Artmed Publishing Ltd., 2017 [acceso: 14/10/2021]. Disponible en: <http://www.untumbes.edu.pe/vcs/biblioteca/document/varioslibros/1371.%20Diagn%C3%B3sticos%20de%20enfermagem%20da%20Nanda-I.%20Definicoes%20e%20classificacao.%202018-2020.pdf>
9. Silva NC, Oliveira A R, Carvalho E C. Knowledge produced from the outcomes of the "Nursing Outcomes Classification - NOC": integrative review. Rev. Gaúcha Enferm. 2015 [acceso: 11/01/2021];36(4):104-11. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000400104&lng=en
10. Bulechek G, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ma ed. Elsevier; 2018 [acceso: 11/01/2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/books/clasificacion-de-intervenciones-de-enfermeria-nic/butcher/978-84-9113-404-6>
11. Gálvez M, Pacheco IM, García AM, Saucedo MC, Calderón A, Carmona F. Abordaje fenomenológico de las estrategias de afrontamiento desarrolladas por cuidadoras familiares de pacientes con alto grado de dependencia. Biblioteca Lascasas. 2017 [acceso: 21/01/2021];V13. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/e11283.pdf>
12. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Cuidados paliativos, Guía de Práctica Clínica. 2014 [acceso: 21/01/2021]. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/GPC_guias_practica_clinica_msp/gpc_cuidados_paliativos_completa_2014.pdf
13. OPS/OMS. Ecuador: perfil de enfermedades cardiovasculares 2014 [acceso: 21/01/2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/ECUADOR-PERFIL-ECV-2014.pdf>

14. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Hipertensión Arterial. Guía de Práctica Clínica (GPC) 2019. 2019 [acceso: 21/01/2021]. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc_hta192019.pdf
15. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Diabetes mellitus Tipo 2. Guía de Práctica Clínica (GPC) 2017. 2017 [acceso: 21/01/2021]. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Diabetes-mellitus_GPC.pdf
16. Peñacoba C, Fernández A, Morato V, González-Gutiérrez JL, López A, Moreno R. Una aproximación a la calidad de vida de los enfermos ingresados en Unidades de Cuidados Paliativos. *Psicología y Salud*. 2004 [acceso: 28/01/2021];14(1):19-23. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/291/29114103.pdf>
17. Figueredo K, Gafas C, Roque Y, Criollo AD. Adaptación de la escala de calidad de vida y satisfacción del paciente al contexto ecuatoriano. *Rev Cubana Salud Pública*. 2019 [acceso: 28/01/2021];45(4):1-16. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1209>
18. Tirado MA, Guaypacha GE, Figueredo K. Taxonomías NANDA-NOC-NIC y dimensiones biopsicosociales en adultos diabéticos e hipertensos. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo; 2020 [acceso: 30/07/2021]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/7144>
19. Dos Santos Tavares DM, Oliveira Barreto G, Dias Flavia A, Sousa Pegorari M, Fernandes Martins NP, dos Santos Ferreira PC. Diferencias en los indicadores de calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial que vive en el área urbana y rural de Minas Gerais, Brasil. *Rev. perú. med. exp. salud pública*. 2015 [acceso: 16/06/2021];32(1):58-65. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000100009&lng=es
20. Petermann F, Díaz-Martínez X, Garrido-Méndez A, Leivad AM, Martínez MA, Salas C, *et al.* Asociación entre diabetes mellitus tipo 2 y actividad física en personas con antecedentes familiares de diabetes. *Gac Sanit*. 2018;32(3):230-5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.09.008>
21. Lagos ME, Salazar A, Sáez K. Perfil de usuarios con diabetes e hipertensión arterial y su relación con indicadores de resultado clínicos. *Rev Chil Cardiol*. 2018;37(3):161-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-85602018000300161>

22. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial en el adulto mayor. 2017 [acceso: 16/06/2021]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/238GER.pdf>
23. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti E, Azizi M, Burnier M, *et al.* Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol. 2019;72(2):1-78. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.10.1016/j.recesp.2018.11.022>
24. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años. Bogotá, Colombia. 2016 [acceso: 16/06/2021]. Disponible en: [https://www.iets.org.co/Archivos/47/DIABETES TIPO 2 COMPLETA.pdf](https://www.iets.org.co/Archivos/47/DIABETES_TIPO_2_COMPLETA.pdf)
25. Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD). Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia Edición. 2019 [acceso: 16/06/2021]. Disponible en: http://www.revistaalad.com/guias/5600AX191_guias_alad_2019.pdf
26. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica para la atención de pacientes en Cuidado Paliativo (adopción). Bogotá, Colombia. 2016 [acceso: 19/06/2021]. Disponible en: http://clinicadelapresentacion.com.co/wp-content/uploads/2017/08/Version_cortapaliativo2016_04_20.pdf
27. Consejo de Salubridad General. Guía de manejo integral de cuidados paliativos. Ciudad de México. Primera edición. Editorial: Instituto Mexicano del Seguro Social. México. 2018 [acceso: 19/06/2021]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5534718&fecha=14/08/2018
28. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud. Plan de Cuidados Paliativos de Castilla y León 2017-2020. Edición: 2017. Editorial: Junta de Castilla y León. Ciudad de Castilla y León. 2017 [acceso: 23/06/2021]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/cuidados-paliativos/plan-cuidados-paliativos-castilla-leon.ficheros/1119095-cuidados%20paliativos%20%28FINAL%20NAVEGABLE%29.pdf>
29. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud. Proceso Asistencial Integrado Cuidados Paliativos de Castilla y León. Edición: 2017 Editorial: Junta de Castilla y León. Ciudad de Castilla y León. 2017 [acceso: 23/06/2021]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/cuidados-paliativos/proceso-asistencial-integrado.ficheros/916572-Proceso%20Asistencial%20Integrado.pdf>

30. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS: Ministerio de Salud Pública, Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud. 3ra ed. Ecuador: Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud; 2018.

31. Morfi Samper Rosa. Gestión del cuidado en Enfermería. Rev Cubana Enfermer. 2010 [acceso: 02/08/2021];26(1):1-2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000100001&lng=es

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Conceptualización: Katuska Figueredo Villa.

Curación de datos: Katuska Figueredo; Carlos Gafas; Odette Martínez.

Análisis formal: Carlos Gafas; Katuska Figueredo.

Investigación: Katuska Figueredo; Carlos Gafas; María Tirado; Gisela Guaypacha; Mónica Valdiviezo; Odette Martínez.

Metodología: Carlos Gafas; Katuska Figueredo.

Administración del proyecto: Katuska Figueredo.

Supervisión: Katuska Figueredo; Carlos Gafas.

Redacción – borrador original: Katuska Figueredo; Carlos Gafas.

Redacción – revisión y edición: Carlos Gafas; Katuska Figueredo.