



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CÁTEDRA DE ADMINISTRACIÓN**

HÁBITOS ALIMENTARIOS DE PERSONAS HIPERTENSAS DE 25 A 64 AÑOS RELACIONADOS CON SU NIVEL SOCIOECONÓMICO MONTEVIDEO - 2014.

Autores:

Br. Jessica Acosta
Br. Ana Laura Alegre
Br. Agustín Ocampo

Tutor:

Prof. Agdo. Mg. Milton Sbárbaro

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2016

HOJA DE APROBACIÓN

Nombre de los autores:

Br. Jessica Acosta

Br. Ana Laura Alegre

Br. Agustín Ocampo

Título del trabajo:

“Hábitos alimentarios de personas hipertensas de 25 a 64 años relacionados con su nivel socioeconómico Montevideo – 2014.”

Tipo de trabajo y grado pretendido: Trabajo Final de Investigación. Licenciado en Enfermería.

Institución que lo concede: Facultad de Enfermería. Universidad de la República.

Fecha de aprobación:

Conformación del tribunal:

Firma del tutor _____

Milton Sbarbaro

AGRADECIMIENTOS

El grupo investigador agradece a las siguientes personas por el apoyo y colaboración brindada, gracias a las cuales se pudo llevar adelante esta tarea tan importante para nuestra profesión.

- A nuestro tutor, Lic. Milton Sbarbaro, por acompañarnos y guiarnos durante el desarrollo de la misma.
- A la Consultora Xinésis que nos brindó la base de datos para la realización de la Investigación, y por consiguiente a las personas que accedieron a responder la Encuesta.
- Al personal de la Biblioteca de la Facultad de Enfermería por la orientación en el manejo bibliográfico.
- A nuestros familiares y amigos que con su constante apoyo incondicional nos motivaron a continuar y superar obstáculos.

LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

ENT- Enfermedades no transmisibles

ESPNA- Equipo de salud del primer nivel de atención

HDL- Lipoproteínas de alta densidad

HTA- Hipertensión arterial

INE- Instituto Nacional de Estadística

INSE- Índice de nivel socioeconómico

INSE-RED- Índice de nivel socioeconómico reducido.

NaCl- Cloruro de Sodio

OMS- Organización Mundial de la Salud

RHS- Recursos humanos en salud

SNIS- Sistema nacional integrado de salud

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo conocer los hábitos alimenticios de personas diagnosticadas con hipertensión arterial entre 25 y 64 años, residentes en Montevideo, en función de su nivel socioeconómico durante el año 2014.

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, y de corte transversal.

Los autores de la presente Tesis realizaron el estudio sobre la base de datos cedida por Consultora Xinésis; de una encuesta realizada sobre una muestra aleatoria, estratificada.

Las variables de dicha investigación se dividen en: diagnóstico de hipertensión, socioeconómicas y las variables relacionadas a la alimentación.

Como resultado se obtuvo que la prevalencia de Hipertensión de Montevideo es de un 20%, se logró caracterizar y describir el perfil de la muestra.

Mediante la investigación realizada se logró evidenciar que el nivel socioeconómico influye en los hábitos alimentarios de la población adulta hipertensa de Montevideo.

Para reducir el impacto de las enfermedades no transmisibles de los individuos y la sociedad se deberá aplicar un enfoque integral que fuerce a todos los sectores a colaborar para reducir los riesgos asociados a estas enfermedades, así como promover las intervenciones que permitan prevenirlas y controlarlas.

Si bien el Sistema Nacional Integrado de Salud propone un cambio significativo en el Modelo de atención de la población, falta mucho camino por recorrer y se deberá continuar trabajando en el proceso de implementación.

PALABRAS CLAVES: Hábitos Alimenticios, Hipertensión, Clase social.

Factores de riesgo. Enfermedad crónica

TABLA DE CONTENIDOS

Págs.

Hoja de aprobación.....	1
Agradecimientos.....	2
Lista de Abreviaturas y Siglas.....	3
Resumen.....	4
Introducción.....	6
Objetivos.....	8
Antecedentes.....	9
Marco teórico.....	14
Metodología.....	25
Consideraciones éticas.....	29
Resultados y Discusión.....	30
Conclusiones.....	38
Referencias bibliográficas.....	40
Bibliografía.....	41
Anexos 1-Tabla de Kish.....	43
Anexo 2- Descripción de variables.....	45
Anexo 3- INSE-RED.....	48
Anexo 4- Cronograma de actividades.....	49
Anexo 5- Tablas y gráficos.....	50

INTRODUCCIÓN:

En el marco del trabajo final de la carrera de Licenciatura de Enfermería, es que se presenta la siguiente Investigación realizada por tres estudiantes pertenecientes al plan Carrera Escalonada de Enfermería, generación 2009 y 2011.

Las Enfermedades No Transmisibles (ENT) son la principal causa de muerte en el mundo, siendo particularmente devastadoras en las poblaciones pobres, habiendo causado 28 millones de fallecimientos en países de bajos ingresos en el año 2012.

Uruguay no está ajeno a ésta realidad, el 70% de las muertes son causadas por ENT, ubicando el primer lugar las enfermedades cardiovasculares. Comparando los resultados de la 1° y la 2° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ENFR-ECNT) en nuestro país (2006- 2013), se ve un aumento en la prevalencia de la Hipertensión y el sobrepeso-obesidad.

Los Factores de Riesgo comportamentales modificables, como es el caso de las dietas mal sanas aumentan el riesgo de contraer enf. cardiovasculares como la Hipertensión; en los últimos años millones de muertes se han atribuido a la ingesta excesiva de Sodio (sal). Se calcula que los uruguayos consumen el doble de sal de sodio recomendado diariamente.

La fuente principal de sal de sodio son los alimentos elaborados, las comidas precocidas y la sal agregada durante y después de la preparación. Al aumentar la disponibilidad de alimentos elaborados en los países de bajos y medios ingresos, las fuentes de sodio rápidamente están pasando a ser tales alimentos.

En Uruguay, el 5 de mayo del 2014 comenzó a regir el Decreto N° 34.952 bajo el eslogan “Menos sal, más vida, el consumo excesivo de sal de sodio es perjudicial para

la salud”, por el que se adoptan medidas con el objetivo de reducir el uso excesivo de sal.

La presente Investigación se centra en dar respuesta a cómo se alimentan las personas hipertensas en Montevideo según su nivel socioeconómico. Se considera de gran aporte a la disciplina ya que no se han encontrado estudios anteriores sobre el tema en nuestro país y es preciso remarcar la importancia que tiene la prevención, la atención de la salud, la vigilancia y el monitoreo constante como herramienta indispensable en la lucha contra las ENT.

Es por esto que el objetivo general de la investigación es “conocer los hábitos alimenticios de personas hipertensas, residentes en Montevideo, de 25 a 64 años en función de su nivel socioeconómico, en el año 2014.”

Metodológicamente corresponde a una investigación cuantitativa, que presenta un diseño descriptivo, de corte transversal, se trabajó sobre una base de datos proporcionada por la consultora Xinesis (investigador principal), la técnica utilizada por dicha consultora para la recolección de datos fue la encuesta a 1008 personas residentes en Montevideo de forma aleatoria estratificada que cumplían ciertos requisitos de inclusión y exclusión.

Los datos obtenidos son ordenados y procesados por programas informáticos Microsoft office, Excel 2010. Se realiza un análisis descriptivo, concluyendo según el objetivo de la investigación.

OBJETIVO DE INVESTIGACION GENERAL:

- Conocer los hábitos alimenticios de personas HTA entre 25 y 64 años residentes en Montevideo en función de su nivel socioeconómico durante el año 2014.

OBJETIVO DE INVESTIGACION ESPECIFICOS:

- Conocer la prevalencia de hipertensos en Montevideo.
- Caracterizar y clasificar el perfil de la muestra según sus hábitos alimenticios.
- Describir el perfil de los las personas con hipertensión según su estrato socioeconómico.

ANTECEDENTES

El motor de búsqueda sobre los antecedentes de ésta investigación se focalizó en las palabras claves desde una mirada macro, tanto a nivel mundial como de Latinoamérica, hacia una mirada micro con un estudio de Investigación realizado en Montevideo, Uruguay.

Un reciente estudio de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) realizado en el año 2014 a nivel mundial manifiesta que las Enfermedades no Transmisibles acarrear consecuencias humanas, sociales y económicas en todo el mundo, pero son particularmente devastadoras en las poblaciones pobres y vulnerables. La reducción de estas enfermedades es de gran prioridad y es condición necesaria para un desarrollo sostenible. Se estima que las mismas son la principal causa de muerte en el mundo entero, causaron 38 millones (el 68%) de los 56 millones de defunciones registradas en 2012. El 40% de ellas fueron muertes prematuras que sucedieron antes de los 70 años de edad. Alrededor de 28 millones de defunciones causadas por ENT y la mayoría de los fallecimientos prematuros (el 82%) se produjeron en países de ingresos bajos y medios.

En una de sus metas mundiales la OMS propone “la reducción relativa de la ingesta poblacional media de sal o sodio en un 30% para 2025”¹. El excesivo consumo de Sodio en la dieta está directamente asociado al aumento del riesgo de hipertensión y enfermedades cardiovasculares. Se estima que la ingesta media mundial de sal es del orden de 10 g diarios. La OMS recomienda que se reduzca esta ingesta a menos de 5 g/día, lo que equivale a una cucharadita de moca, para reducir la presión arterial y el riesgo de cardiopatía coronaria y accidente cerebrovascular. Los productos elaborados y las comidas precocinadas, así como también la sal añadida durante la cocción y luego de la misma, son la fuente principal de sodio en países con altas tasas de ENT.

Se espera que los ministerios de salud elaboren y apliquen políticas encaminadas a reducir el consumo de Sodio de las poblaciones de riesgo. Estas políticas deberían estar encaminadas a la intersectorialidad, multidisciplinariedad, y participación de las partes interesadas; aplicables en diferentes entornos y hacer uso de los medios disponibles para la reformulación y ejecución de leyes para modificación de ciertos productos, como también incentivos fiscales que alientan al consumo de alimentos de bajo contenido de sodio, acompañado de educación a los consumidores para efectivizar su consumo, y priorizar una alimentación saludable que consista en comer menos alimentos hipercalóricos, especialmente los alimentos ricos en grasas saturadas y azúcar; realizar actividad física; consumir preferentemente grasa no saturada en vez de saturada, y menos sal; ingerir frutas, hortalizas y legumbres y dar preferencia a los alimentos de origen vegetal y marino.

En ciertos países se ha avanzado considerablemente en la ejecución de estas actividades. Como lo ilustran muchos estudios de caso motivacionales, “los países cuyos dirigentes han asumido un firme compromiso ya están avanzando significativamente en la lucha contra las ENT. Sin embargo, los progresos siguen siendo desparejos e insuficientes”¹.

Acercándonos a las estadísticas dentro de Latinoamérica, se realizó en Brasil un estudio descriptivo de tipo exploratorio, fue una investigación de campo cuantitativa dentro de una muestra poblacional de hipertensos, usuarios de tres Unidades Básicas de Salud de la región oeste de la ciudad de São Paulo, quienes fueron escogidos de forma aleatoria.

Fueron 440 hipertensos entre 12 y 57 años de los cuales 66% eran mujeres, 51 % blancas, 57% casadas con educación primaria y 44% con renta de 1 a 3 sueldos mínimos para caracterizar las variables biosociales, creencias, actitudes y conocimientos, faltas a las consultas e interrupción del tratamiento y asociar el nivel socioeconómico con las

variables estudiadas. Se elaboró un índice de bienes acumulados, a partir de la posesión de electrodomésticos convertidos en valores de sueldo mínimo/mes, para poder evaluar la condición económica. Los hipertensos que discordaron con que la presión alta no se puede evitar presentaron un índice mayor de bienes acumulados y los que dijeron nunca haber llegado atrasados a sus consultas presentaron un menor índice de bienes acumulados. Los resultados mostraron que la situación económica presenta pocas variables para caracterizar a los hipertensos estudiados. Los datos afirman que: “ La condición socioeconómica de forma aislada puede no ser la única responsable del escaso seguimiento al tratamiento y en consecuencia poco control de la enfermedad, sobretodo en nuestro medio en el cual la enfermedad es un indicador social importante y su acción sin duda, se reflejará en la problemática de la enfermedad y del tratamiento”².

Si bien no es un estudio actual (2006), sirve de referencia ya que no se encontraron estudios referentes al tema en Latinoamérica.

En marzo 2011 se realizó en Uruguay una encuesta en una población específica. Su objetivo general fue conocer la prevalencia de los factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en la población de adultos jóvenes universitarios uruguayos. Dentro de los objetivos específicos, entre ellos caracterizar la población desde el punto de vista sociodemográfico. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. El estudio constó de la realización de una encuesta estructurada a la población de estudio cuya finalidad fue conseguir la máxima comparabilidad de la información recabada. Se trató de un cuestionario autocumplimentado, integrado por preguntas cerradas. Las mismas son parte del cuestionario empleado en la 1ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles publicado en el 2009 modificado. Dicha encuesta se aplicó a los estudiantes que se encontraban en la universidad la semana en que se realizó la misma, en forma anónima, vía internet.

Ingresaron al estudio 484 estudiantes que aceptaron participar y cumplieron los criterios de inclusión.

Este estudio constató que 359 de los estudiantes respondió afirmativamente sobre su control de cifras tensionales, y se encontró que 16 de los mismos son hipertensos y cumplen una dieta prescrita por un médico. El 50% de estos últimos respondió que este diagnóstico fue reciente.

La población total encuestada manifestó la ingesta de los siguientes alimentos 2 o más veces por semana: alimentos preparados fuera del hogar 60.7%, alimentos fritos el 63%, pescado 17%.

De 403 sujetos el 58% le agrega sal extra a los alimentos ya preparados. El 28% de los encuestados afirma consumir embutidos menos de dos veces por semana y el 36% afirma consumir en cadenas de alimentos internacionales, una o más veces por semana.

Al interrogar a la población sobre su auto preocupación en relación a su salud: el 86.6% refiere haber consultado a un médico en los últimos 12 meses.

Se destacó como muy positivo que un elevado número de participantes accedió a realizar voluntariamente la encuesta planteada por internet y anónima. Dentro de ellos se evidenció un ligero predominio del sexo femenino (58%) con una media de edad de 20 años y un rango de 17 a 51 años. La mayor parte de la población estudiantil universitaria integra el grupo de adolescentes según la definición de la Organización Mundial de la Salud³.

Este estudio, como antecedente, no prueba que el nivel socioeconómico influya directamente en la dieta de una población hipertensa. Sólo nos brinda un perfil de una población universitaria dentro de Montevideo en el año 2011. En cambio la Tesis que los autores presentan a continuación si representa al Universo estudiado ya que es un

estudio probabilístico y sobre todo las variables que se utilizaron son específicas al tema ya que los resultados permiten describir claramente la alimentación de las personas hipertensas según su estrato socioeconómico.

MARCO TEÓRICO:

Enfermedades No Transmisibles

Las ENT no se transmiten de persona a persona. Las mismas son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente. Las principales enfermedades no transmisibles son las enfermedades cardiovasculares (como ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes.

Las ENT afectan ya desproporcionadamente a los países de ingresos bajos y medios, donde se registran casi el 75% de las muertes por este motivo a nivel mundial, alrededor de 28 millones de personas.

¿Quiénes son vulnerables a estas enfermedades?

Afectan a todos los grupos de edad y a todas las regiones. Estas enfermedades se suelen asociar a los grupos de edad más avanzada, pero la evidencia muestra que más de 16 millones de las muertes atribuidas a las enfermedades no transmisibles se producen en personas menores de 70 años de edad; el 82% de estas muertes “prematuras” ocurren en países de ingresos bajos y medianos. Niños, adultos y ancianos son todos ellos vulnerables a los factores de riesgo que favorecen las enfermedades no transmisibles.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo modificables son el consumo de tabaco, la inactividad física, las dietas malsanas y el uso nocivo del alcohol, éstos aumentan el riesgo de las ENT. Según la OMS cerca de 1,7 millones *de* muertes anuales en 2010 fueron debidas a causas cardiovasculares y se han atribuido a la ingesta excesiva de sal, Cloruro de Sodio (NaCl)⁴.

Los factores de riesgo metabólicos/fisiológicos, como es el factor hereditario propician el aumento de contraer ENT: como por ejemplo, la hipertensión arterial, el sobrepeso/obesidad, la hiperglucemia (niveles elevados de glucosa en sangre) y la hiperlipidemia (niveles altos de lípidos en la sangre).

En términos de muertes atribuibles, el principal factor de riesgo metabólico de estas enfermedades a nivel mundial es el aumento de la presión arterial (a lo que se atribuyen el 18% de las defunciones a nivel mundial, seguido por el sobrepeso, la obesidad y el aumento de la glucosa sanguínea).

¿Qué impacto socioeconómico tienen las ENT?

Estas enfermedades son una amenaza de los progresos hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas. La pobreza está estrechamente relacionada con las ENT. Se cree que el rápido aumento de estas enfermedades será un obstáculo para las iniciativas de reducción de la pobreza en los países de ingresos bajos, en particular porque dispararán los gastos familiares por atención sanitaria. Las personas vulnerables y socialmente desfavorecidas enferman más y mueren antes que las personas de mayor posición social, sobre todo porque corren un mayor riesgo de exposición a productos nocivos, como el tabaco o alimentos poco saludables, y tienen un acceso limitado a los servicios de salud.

En los entornos con pocos recursos, los costos de la atención sanitaria para las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades pulmonares crónicas pueden agotar rápidamente los recursos de las familias y abocarlas a la pobreza. Los costos desorbitados de las ENT, en particular el a menudo prolongado y costoso tratamiento y la desaparición del sostén de familia, están empujando a unos millones de personas a la pobreza cada año, sofocando el desarrollo.

En muchos países, el uso nocivo del alcohol y el consumo de alimentos malsanos se dan tanto en los grupos de ingresos altos como en los de ingresos bajos. Sin embargo, los primeros pueden acceder a servicios y productos que los protegen de los riesgos más importantes, mientras que los grupos de ingresos bajos no suelen poder permitirse esos productos y servicios.

Prevención y control de las ENT

Para reducir el impacto de las ENT en los individuos y la sociedad, hay que aplicar un enfoque integral que fuerce a todos los sectores, incluidos entre otros los relacionados con la salud, las finanzas, los asuntos exteriores, la educación, la agricultura y la planificación, a colaborar para reducir los riesgos asociados a estas enfermedades, así como a promover las intervenciones que permitan prevenirlas y controlarlas.

Una táctica importante para reducir las ENT consiste en reducir los factores de riesgo asociados a esas enfermedades. Hay soluciones de bajo costo para reducir los factores de riesgo modificable más común y para cartografiar la epidemia de ENT y sus factores de riesgo.

Otra opción para combatir estas enfermedades son algunas intervenciones esenciales de alto impacto que pueden aplicarse mediante un enfoque de atención primaria que refuerce la detección precoz y el tratamiento oportuno. La evidencia muestra que

este tipo de intervenciones son una excelente inversión económica, dado que, si se instauran tempranamente, pueden reducir la necesidad de tratamientos más caros. Estas medidas pueden aplicarse además en contextos con distintos niveles de recursos. Para conseguir el máximo efecto hay que formular políticas públicas saludables que promuevan la prevención y el control de las ENT, y reorientar los sistemas de salud para que cubran las necesidades de las personas que sufren esas enfermedades.

Respuesta de la OMS

Con dirección de la OMS, más de 190 países avalaron en 2011 mecanismos mundiales para reducir la carga evitable de ENT; cabe citar en particular un Plan de acción mundial para la prevención y el control de las ENT 2013-2020, que tiene por objeto reducir el número de muertes prematuras por ENT en un 25% a más tardar en 2025 mediante nueve metas mundiales de aplicación voluntaria.

¿Qué es la tensión arterial alta (hipertensión)?

“La hipertensión, también conocida como tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos, que llevan la sangre a todas las partes del cuerpo. La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanto más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear”⁵.

HTA como problema de Salud Pública: Atención Primaria

De acuerdo a la OMS uno de cada tres adultos en el mundo es Hipertenso. Se estima que la hipertensión es responsable de la mitad de las muertes por ataque cerebrovascular y cardiopatía.

“Con respecto a cifras en el Uruguay en cuanto a la prevalencia, si se comparan los datos para la población adulta (de 25 a 64 años) en relación al año 2006, este indicador ha registrado un aumento significativo de aproximadamente 6 puntos porcentuales (36,6% en 2013 respecto a 30,4% en 2006) “⁶.

La posibilidad de que una persona desarrolle presión alta se le conoce como factor de riesgo y el conocimiento de éste o estos factores de riesgo son claves para prevención, manejo y control de la hipertensión arterial. La presente revisión se enfoca a los factores de riesgo tradicionales, modificables y no modificables a los que una persona está expuesta cotidianamente. La prevención primaria consta de una estrategia dirigida a la comunidad y otra dirigida al grupo de alto riesgo. Es la educación sobre la prevención y control de la hipertensión, mediante estas acciones se incrementará la conciencia pública así como el número de educadores sobre el tratamiento y prevención de la hipertensión. Para tener éxito se tiene que educar al paciente mediante la enseñanza de los factores de riesgo y la forma en que éstos se pueden modificar para la prevención de la hipertensión arterial y en algunos de los casos es el único tratamiento que se requiere.

Muchas modificaciones activas en la conducta pueden llevarse a cabo con un costo mínimo por el paciente y cuando se utiliza tratamiento farmacológico puede ser que se reduzca la dosis de los medicamentos empleados. Modificación al estilo de vida recomendados en la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial: control de peso en caso de obesidad, se tiene que favorecer una educación para el control de peso.

Disminuir el consumo de sodio a menos de 5 g/día. Practicar en forma regular el ejercicio físico de tipo aeróbico de 30 a 40 minutos/día la mayor parte de la semana. Suspender el uso del tabaco. Reducir la ingesta de grasa poliinsaturada y de alimentos ricos en colesterol. El mecanismo por el cual la restricción de sodio disminuye la presión arterial parece estar asociado a una reducción moderada en la cantidad de catecolaminas circulantes. Los principales condimentos ricos en sodio son: Sal de ajo y cebolla, ablandadores de carne, consomé en polvo, polvo para hornear, salsa de soya, catsup, salsa inglesa, aderezos ya preparados, otros como alimentos embutidos, productos de salchichonería y enlatados.

El Sistema Nacional integrado de Salud (SNIS)

Si bien no se realizará una descripción rigurosa del sistema de salud uruguayo, es necesario reseñar algunas características que se expresan en la Ley 18.211 base para el andar de la reforma y que aquí se convierten en conceptos fundamentales para orientar su comprensión:

El Artículo 34 de dicha Ley establece que el SNIS se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones y tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención.

El Art. 36 menciona las actividades y acciones del Primer Nivel de Atención dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente para resolver las necesidades básicas de salud y mejorar la calidad de vida de la población. También menciona la conformación del mismo.

El Primer Nivel de Atención de manera resumida puede ser concebido como la puerta de entrada y el primer contacto que tiene el individuo con el sistema sanitario. Más

exactamente, puede asumirse que este primer contacto refiere: a la organización del conjunto de recursos humanos y procedimientos tecnológicos, utilizados para solucionar las necesidades básicas y las demandas más frecuentes en materia de salud de una población⁷.

Un grupo inter-direccional del MSP ha elaborado una propuesta con el objetivo de reorientar la discusión sobre la conformación de los Equipos de Salud de Primer Nivel de Atención (ESPNA) su lugar en el proceso asistencial y su pertinencia como parte fundamental en la reforma de la salud. El mismo plantea definiciones claves para la elaboración de un plan de conformación de los ESPNA, delineando una imagen objetivo de la organización, las funciones y responsabilidades de estos equipos como grupos asistenciales dentro del primer nivel de atención⁷.

El ESPNA esta conformado por un equipo de proximidad común a todo el territorio uruguayo y un equipo de primer nivel de atención configurado a partir de cinco mecanismos como son: las necesidades de la población, el perfil socio epidemiológico, la disponibilidad real de los recursos humanos en salud (RHS), las metas propuestas a alcanzar por el equipo y las actividades propuestas a desarrollar.

El ESPNA deberá responder a las exigencias sanitarias de la población, deberá trazarse objetivos claros, desarrollar actividades propias del mismo, haciéndolo desde una perspectiva interdisciplinaria y con una integración multiprofesional, con orientación individual, familiar y comunitaria, enfatizando en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades. El aspecto esencial del trabajo en equipo se debe asumir atendiendo a las necesidades de la persona, grupo o población, garantizando la atención integral de la persona, por lo que la actividad se focalizará en la gestión por procesos, donde el punto de atención es la persona y sus necesidades; entablando una relación de

confianza entre el equipo y el usuario, una relación basada en acuerdos entre ambas partes. El rol y la labor que desempeñará cada RHS estará determinado por los roles desempeñados por los otros profesionales en el trabajo multiprofesional desde la interdisciplina y por las características de la situación a atender.

El objetivo de este equipo será generar un vínculo democrático, respetuoso con la población asignada, aspecto esencial en el proceso asistencial, a partir del cual se construya la confianza y se demuestre en la resolución de los problemas la profesionalidad en el acto del cuidado de la salud. Este aspecto deberá ser el soporte para la construcción de una nueva forma de trabajo de los equipos a partir de una comunicación dialógica, participativa que tenga en cuenta a las personas con sus capacidades y las potencialidades a generar en este proceso de promover salud y prevenir la enfermedad.

Las tareas de todos los integrantes del primer nivel de atención se distribuirán en tres grandes bloques: Planificación, Ejecución y Evaluación.

Actualmente se deberá continuar trabajando en el proceso de implementación de la propuesta la cual implicará abordar aspectos que hacen a la estructura actual del sistema y en tal sentido trascienden a los equipos de salud. Existen elementos y definiciones macro del sistema de salud que deberán ser tomadas e influirán en la viabilidad del desarrollo de la propuesta; por otro lado, hay otros elementos que deberán ser modificados y/o transformados para que el proceso de consolidación de los ESPNA sea viable. Estos elementos refieren fundamentalmente a dos dimensiones: Cambio de modelo de atención: pasando de un enfoque biomédico a uno preventivo, hospitalocéntrico a la comunidad; de la cura de la enfermedad a la prevención en salud. Cambio de modelo de gestión: pasando de la gestión en base a las necesidades de los

servicios hacia las necesidades de la población. Dentro de estos dos grandes cambios cabe resaltar algunos que hacen a los mismos como fundamentales para el desarrollo de la propuesta: Organización y funcionamiento en redes integradas de asistencia; referencia y contrarreferencia; complementación.

Se destaca que si bien a nivel mundial no hay uniformidad en cuanto a la composición de los equipos de APS en el primer nivel de atención, la OPS considera una composición mínima a partir de médico (general, de familia, etc.), Lic. en Enfermería y un técnico de nivel medio con funciones de auxiliar, o de técnico comunitario, en función de las necesidades de la comunidad⁸.

En el Uruguay, a lo que refiere al rol de la Enfermería profesional, si bien se puede decir que se está yendo en el camino correcto para lograr un cambio en el sistema de salud actual del país, todavía la insuficiencia más importante que se registra en materia de recursos humanos, a nivel del sector salud, es la escasez de Licenciados en Enfermería.

Ley de Enfermería 18.815

El objetivo de esta ley es regular el ejercicio de la profesión universitaria de Enfermería y la actividad del personal que se desempeña como auxiliares de enfermería en la República Oriental del Uruguay.

Describe ocho artículos, el Art. 4 es el que se enfoca mejor al presente Trabajo de Investigación según los autores.

Enumera las actividades del equipo de enfermería, entre ellas: aplicar en lo que corresponda el proceso de atención de enfermería en sus tres niveles de atención, con enfoque preventivo en el cuidado y educación en salud de familias y comunidades, efectuando tratamientos y evaluando su resultado. Investigando los problemas sanitarios

que enfrenta la población. Integrando y participando a los distintos integrantes del equipo de salud, reconociendo y valorando la capacidad y competencia de los mismos⁹.

Decreto N°34.952

El 5 de mayo de 2014 fue aprobado en Uruguay, a través de la Junta Deptal. De Montevideo el Art. 10 del presente decreto, el cual permite adoptar medidas con el objetivo de reducir el uso excesivo de sal y condimentos con alto contenido en Sodio.

Prohibiendo la colocación de saleros y condimentos que presenten un contenido en sodio superior a 80 mg/50 g de producto en las mesas de estas empresas; ofreciendo únicamente en caso de que los consumidores así lo soliciten, sal dietética baja en sodio, o sin sodio. Otra medida es la colocación de carteles internos a la vista y en la carta, que luzca la leyenda “MENOS SAL, MÁS VIDA, EL CONSUMO ESCESIVO DE SAL DE SODIO ES PERJUDICIAL PARA LA SALUD”.

El Índice de Nivel Socio-Económico (INSE)

Busca clasificar a los hogares de acuerdo a su capacidad de consumo o gasto. Idealmente, el INSE debe componerse de una variable o conjunto de variables que se relacionen lo más estrechamente posible con el consumo de los hogares. Eventualmente, el ingreso de los hogares, en la medida en que está estrechamente correlacionado con la capacidad de gasto, sería una variable candidata a ser utilizada para realizar la clasificación.

El Índice Reducido (INSE_RED)

Con el objetivo de facilitar la clasificación de los hogares para determinados tipos de investigaciones que tienen menor tiempo de relevamiento o no se realizan in situ (por

ejemplo, encuestas telefónicas) se definió un Índice de Nivel Socio Económico Reducido (INSE_RED) que comprende un menor número de variables¹⁰.

METODOLOGÍA:

1-Tipo de Estudio: El trabajo de Investigación realizado es un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal.

2-Universo: Adultos de ambos sexos residentes del Departamento de Montevideo, entre 25 y 64 años en 2014

Criterio de inclusión:

De acuerdo a los criterios de inclusión aplicados, se tomó en cuenta, a las personas, que al momento de participar en la encuesta tenían entre 25 a 64 años y residían en Montevideo.

Criterio de exclusión:

En cuanto a los criterios de exclusión elegidos: no contemplarán a las personas entre 25 a 64 años que tengan capacidades diferentes, las mujeres que estuvieran embarazadas, personas que estuvieran fuera de Montevideo al momento de la encuesta y aquellos que no quisieran responder a la misma.

3-Tipo de muestreo: Probabilístico, estratificado.

La encuesta se realizó por Xinésis en una muestra aleatoria estratificada de la población de Montevideo, República Oriental del Uruguay en el 2014

Se establecieron 4 estratos de acuerdo a niveles socioeconómicos definidos por el INE, utilizando las variables del INSE Reducido. Estos son: Bajo, medio bajo, medio alto y alto.

En estos estratos se sortearon grupos de manzanas en forma aleatoria con 4 o 5 viviendas en cada una.

Muestra: 1008 adultos entre 25 y 64 años del Departamento de Montevideo.

Unidad de Análisis y observación: La persona entrevistada.

4- Variables

A-Socioeconómicas: sexo, edad, estado civil, nivel de instrucción, estratos socioeconómicos.

B- En relación a la HTA: Diagnóstico de HTA

C- En relación a la alimentación: Consumo NaCl, Fiambres y embutidos, comidas preparadas fuera del hogar, frituras, frutas, Verduras y hortalizas, pescado.

5- Método e instrumento para recolectar datos:

Para la recolección de datos Xinésis utilizó la metodología step, la cual consiste en un enfoque estandarizado para reunir, analizar y distribuir información en los países miembros de la OMS, enfocándose en la obtención de datos básicos sobre los factores de riesgo que determinan las ENT. Abarca tres niveles diferentes de pasos (STEP) para la evaluación de estos factores. Estos pasos incluyen: cuestionarios, medidas físicas y medidas bioquímicas.

STEP 1- El cuestionario abarca datos socioeconómicos, como también datos sobre consumo de tabaco y alcohol; y otras medidas sobre el estado nutricional e inactividad física como indicadores actuales y futuros.

STEP 2- Incluye medidas físicas tales como: altura, peso corporal, circunferencia abdominal y presión arterial.

STEP 3- La información es de tipo bioquímica.

Cabe destacar que si bien el investigador principal aplicó los tres pasos (STEP 1, 2 y 3), los autores de la presente tesis utilizaron únicamente los datos del STEP 1.

Instrumentos utilizados:

Por parte de Xinésis:

- Mapa para la Identificación de la vivienda.
- Cuestionario: Se utilizó para registrar respuestas del informante y registro de las medidas físicas
- Aparato de presión: Se utilizó para medir la presión arterial del encuestado.
- Tallómetro: Se utilizó para medir la altura del encuestado.
- Balanza: Se utilizó para medir el peso del encuestado.
- Cinta métrica: Se utilizó para medir el perímetro abdominal del encuestado.
- Glucómetro: Se utilizó para hallar la medida de glucosa en sangre del encuestado
- Colesterómetro: Se utilizó para medir el colesterol en sangre del entrevistado
- Consentimientos Informados: Se utilizó para fin de recolección de datos, bajo su consentimiento, sin revelar identidad.

Por parte de los autores de ésta Tesis: Base de datos cedidas por Xinésis correspondiente al step 1, se destaca que no se muestra en ningún momento la identidad de los encuestados.

6-Procedimiento para la recolección de datos

Por parte de Xinésis: La recolección de datos se realizó de febrero a noviembre de 2014. La misma se llevó a cabo en una única etapa desarrollando los tres pasos de la Estrategia STEPS. En primer lugar se hizo llegar al domicilio seleccionado un aviso explicando el motivo de la encuesta e información de la Consultora por cualquier duda.

Al llegar al domicilio, el cual debía ser visitado hasta un máximo de tres veces si no había nadie, se utilizaba la tabla de kish, la cual permitía la selección aleatoria del entrevistado (ver anexo 1), teniendo que volver si éste último no se encontraba.

En una primera visita se realizaba el cuestionario entrevista, además de la medición de tensión arterial, peso, talla, circunferencia abdominal. Antes de coordinar una segunda visita para realizar el Step 3, se explicaban los procedimientos a realizar, condiciones del ayuno y obtención del consentimiento informado correspondiente. Finalmente en esa segunda visita se llevaba a cabo la medición de glicemia y colesterol.

Por parte de los autores: Se utilizó la base de datos cedida por Xinesis.

7- Plan de análisis:

Los datos se procesaron, por parte de los autores, de acuerdo a la Estadística Descriptiva, y se distribuyeron en frecuencias absolutas y frecuencias relativas. Los resultados se presentaron en Tablas y Gráficos usando el programa Microsoft Word y Excel.

9- Recursos: RRHH: 3 estudiantes de la Licenciatura de Enfermería, del Plan Carrera Escalonada de Enfermería, Generación 2007 y 2011.

RRMM: Base de datos.

10- Presupuesto:

El presupuesto para realizar el estudio es proveniente de los ingresos de cada uno de los autores.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El consentimiento Informado solicitado a los participantes está basado en las Normas de Bioética del MSP, Decreto 379/008 en correlación con las normas de Helsinki, en relación a los principios éticos para las investigaciones médicas con seres humanos. La información personal de los participantes se mantuvo de manera confidencial, para lo cual se procedió a la codificación numérica de los cuestionarios.

Luego de identificar la persona a encuestar, se explicó el propósito del estudio. Se le indicó que este traerá un beneficio al determinar los principales factores de riesgo de ENT, y por consiguiente contribuir a aportar datos para investigaciones futuras. Se comunicó tiempo estimado de duración de la entrevista.

Se informó que podía retirarse de la misma en cualquier momento, así como también se le garantizó la confidencialidad de la identidad y de su hogar, ya que ningún participante será identificado; solo se utilizarán los datos que aporte en lo que refiere a los factores de riesgo explicitados.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Caracterización de la población

A continuación se presentan los resultados encontrados de la investigación. Se muestran las principales tablas y cuadros. Pudiéndose encontrar al final del trabajo las tablas y gráficos, donde se analizan cada una de las variables.

El Universo estudiado tiene un total de 852,267 personas entre 25 y 64 años, esto corresponde al 84,53% de la población total según Censo 2011.

La muestra corresponde a 1008 personas y según la base de datos se hallaron 206 hipertensos por lo cual la prevalencia de los mismos es de 20%.

Según los datos de la OMS una de cada tres personas en el mundo es hipertensa. Esta investigación realizada por los autores muestra una diferencia con respecto a la población de Montevideo con una prevalencia en hipertensos de 1 de cada 5 individuos.

Cuadro 1 Perfil de la Población encuestada en relación al Diagnóstico de HTA según las variables analizadas

VARIABLES	HTA	NO HTA
Sexo	71 % Femenino	69% Femenino
Edad	78% Grupo de 45 a 64 años	45% Grupo de 45 a 64 años
Estado Civil	60% casados o en unión libre	59% casados o en unión libre
Nivel de Instrucción	22% comp sec. O ter.	18% comp Sec. o Terciaria
Estrato socioeconómico	55% pertenece a la clase media bajo y media alta	59% pertenece a la clase media baja / alta
Consumo de NaCl(hogar)	23%	51%
Consumo de Comidas preparadas fuera del hogar	83% \geq 3 veces por semana	84% \geq 3 veces por semana
Consumo de fiambres y embutidos	83% \geq 3 veces por semana	90% \geq 3 veces por semana
Consumo de frituras	19% \geq 3 veces por semana	19% \geq 3 veces por semana
Consumo de frutas	68% \geq 3 veces por semana	68% \geq 3 veces por semana
Consumo de verduras y hortalizas	73% \geq 3 veces por semana	70% \geq 3 veces por semana
Consumo de pescado	57% no consume	57% no consume

Perfil de la Población Hipertensa

Según los datos hallados se destaca que dentro de la población hipertensa de Montevideo, el 71% pertenece al sexo femenino, similar resultado a estudios en la región con marcado predominio del sexo femenino sobre el masculino, como lo son la investigación en Sao Paulo y la realizada a los estudiantes de la universidad de Montevideo.

El rango etario de esta población se encuentra entre los 45 y 64 años de edad, siendo el doble de la población no hipertensa dentro del mismo rango mencionado.

En cuanto al estado civil el 60% están casados o en unión libre.

Un 55% se encuentra en un nivel socioeconómico medio (bajo y alto).

En cuanto al nivel de instrucción solo se destaca un 22% con secundaria completa.

De los hipertensos encuestados refirió consumir Sal (NaCl) en el hogar un 23%, cifra alarmante, Esta variable se discutirá en conjunto con el resto de las mismas en el próximo cuadro.

Un 83% asumió consumir comidas preparadas fuera del hogar, lo mismo sucede con el consumo de fiambres y embutidos con una frecuencia de tres veces por semana o más.

Sólo el 19% consume frituras con esa frecuencia.

El consumo de frutas y verduras es elevado en esta población ya que un 68% y un 73% respectivamente afirman su consumo varias veces por semana.

Un 57% de la población no consume pescado.

Cuadro 2 Perfil de la Población encuestada en relación al nivel socio económico en función de las variables.

VARIABLES	INDICADORES	NSE 1 = 56		NSE 2 = 50		NSE 3 = 63		NSE 4 = 37		TOTALES FA =206
		FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	
SEXO	Femenino	43	77	38	76	42	67	24	65	147
	Masculino	13	23	12	24	21	33	13	35	59
EDAD	25 -- 44	15	27	11	22	9	14	10	27	45
	45 -- 64	41	73	39	78	54	86	27	73	161
ESTADO CIVIL	Solter@/divorciad@	20	36	22	44	21	33	20	54	83

	casad@/union libre	36	64	28	56	42	67	17	46	123
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Primaria	39	70	29	58	12	19	7	19	87
	Sec. Incomp.	14	25	16	32	28	44	16	43	74
	Sec. Comp/treciaria	3	5	5	10	23	37	14	38	45
CONSUMO DE NACL EN EL HOGAR	Si	20	36	14	28	10	16	3	8	47
	No	36	64	36	72	53	84	34	92	159
COMIDAS PREPARADAS FUERA DEL HOGAR	< 3 veces por semana	10	18	6	12	11	17	8	22	35
	≥ 3 veces por semana	46	82	44	88	52	83	29	78	171
CONSUMO DE FIAMBRES Y EMBUTIDOS	< 3 veces por semana	12	21	16	32	3	5	5	14	36
	≥ 3 veces por semana	44	79	34	68	60	95	32	86	170
CONSUMO DE FRITURAS	< 3 veces por semana	38	68	41	82	52	83	36	97	167
	≥ 3 veces por semana	18	32	9	8	11	13	1	3	39
CONUSMO DE FRUTRAS	< 3 veces por semana	30	54	16	32	14	22	5	14	65
	≥ 3 veces por semana	26	46	34	68	49	78	32	86	141
CONSUMO DE VERDURAS	< 3 veces por semana	30	54	14	28	6	10	6	16	56
	≥ 3 veces por semana	26	46	36	72	57	90	31	84	150
CONSUMO DE PESCADO	SI	9	16	19	38	25	40	35	95	88
	NO	47	84	31	62	38	60	2	5	118

Perfil de la población hipertensa según nivel socioeconomico

Nivel socioeconómico bajo

Dentro de este nivel socioeconomico podemos destacar que el 77% de la poblacion hipertensa pertenecen al sexo femenino y el rango etario predominante es el de 45 a 64 años de edad con un 73%.

La mayoría esta casado o en union libre con un 64%.

Solo el 5% culminó secundaria o alcanzó algún nivel terciario.

Sus hábitos alimenticios son:

Consumen sodio en el hogar el 36% y el 82% relato consumir comidas preparadas fuera del hogar tres veces por semana o más.

En cuanto al consumo de fiambres o embutidos, consumen un 79% y un 32% asumió el consumo de frituras, siempre hablando de una frecuencia de tres veces por semana o más.

En cuanto a los hábitos saludables el consumo de frutas y verduras de los hipertensos dentro de este nivel es de un 46%,

Al referirnos al consumo de pescado solo un 16% afirma consumirlo.

Nivel socioeconómico medio bajo

Dentro de este nivel el 76% de los hipertensos es del sexo femenino y casi un 78% se encuentra en el rango de 45 a 64 años, estando casadas o en unión libre en su mayoría.

Solamente el 10% asumió haber finalizado secundaria.

En cuanto a sus hábitos alimenticios:

Consumen sal en el hogar un 28% y un 88% relata consumir comida preparada fuera del hogar (tres veces por semana o más). El 68% consume fiambres o embutidos y un 8% asegura comer frituras con la misma frecuencia.

En cuanto a los hábitos saludables el 68% consume frutas, el 72% consume verduras y solamente el 38% asumen comer pescado.

Nivel socioeconómico medio alto.

En cuanto a la población hipertensa en este nivel encontramos que el 67% es del sexo femenino y el rango etario predominante es el de 45 a 64 años. El 67% están casados o en unión libre.

Alcanzan el 37% las personas que culminaron secundaria o tienen algún estudio terciario.

En cuanto a las variables de consumo:

El 16% consume sodio en el hogar pero el 83% relata consumir comidas preparadas fuera del hogar. El 95% consume fiambres o embutidos y un 13% consume frituras (siempre hablando de una frecuencia semanal de tres veces por semana o más).

Destacando los hábitos saludables el 78% consume frutas y el 90% consume verduras tres veces por semana o más.

El 40% de la población refiere consumir pescado.

Nivel socioeconómico alto

En este nivel el sexo femenino predomina con un 65% y el 73% se encuentra entre los 45 y 64 años.

El 46% asumió estar casado o en unión libre y el 38% completo secundaria.

En cuanto a los hábitos de consumo solo el 8% agrega sal a las comidas en su hogar. El 78% come afuera del hogar tres veces por semana o más. El 86% relató comer fiambres o embutidos y solo un 3% consume frituras.

En cuanto al consumo de hábitos saludables más del 80% consume frutas y verduras y el 95% afirma consumir pescado.

Discusión sobre el perfil de los hipertensos de Montevideo según los cuatro NSE:

Al analizar el cuadro se puede concluir que el nivel de instrucción de la población hipertensa de Montevideo es directamente proporcional al nivel socioeconómico, o sea, a menor NSE menor nivel de Instrucción.

Como ya se habló anteriormente en el Cuadro 1 en relación al 23% que consume NaCl, los niveles socioeconómicos que tienen mayor porcentaje de consumo del mismo son el bajo y medio bajo, y en su mayoría son personas con primaria o secundaria incompleta. El grupo investigador no tiene conocimiento sobre la cantidad y calidad de NaCl que consumen tanto hipertensos como no hipertensos ya que los datos no brindaban dicha información. La OMS recomienda que sean tan sólo 5 g/día.

Estamos hablando que uno de cada cuatro hipertensos esta consumiendo sal pese a su diagnóstico, teniendo en cuenta que millones de muertes a nivel mundial por enfermedades cardiovasculares se han atribuido a la ingesta de la misma. Como diferencia se encontró que el consumo de Sal en el hogar se duplica en los no hipertensos, alcanzando en estos el 51%.

En cuanto a las políticas encaminadas a reducir el consumo de Sodio, se puede afirmar que Uruguay ha unido fuerzas para hacer regir la norma, por la que se adoptan medidas con el objetivo de reducir el uso excesivo de sal y condimentos con alto contenido en sodio; del Decreto N° 34.952 para quitar sal y condimentos de las mesas de los restaurantes. Es un gran comienzo, pero sin duda, no alcanza para modificar el hábito de la población sobre el consumo de sodio. Es importante realizar educación para la salud, integral, continua, en todos los niveles y a toda la población para profundizar el cambio.

Si bien los hipertensos refieren consumir NaCl en un bajo porcentaje, por otro lado su consumo tanto de fiambres y embutidos, como comidas elaboradas fuera del hogar, asciende significativamente a un 80% distribuido esta vez de igual manera en todos los NSE.

Los autores nuevamente, se enfrentan al desconocimiento de la calidad y cantidad de estas ingestas.

Finalmente se puede apreciar que el NSE alto es el que consume en mayor porcentaje una alimentación saludable, duplicando el consumo de frutas, verduras y pescado con respecto al NSE bajo; respetando así una de las recomendaciones de la OMS, la cual insiste en que se debe ingerir frutas, hortalizas y legumbres y dar preferencia a los alimentos de origen vegetal y marino.

En este estudio realizado por los autores, se puede apreciar que el NSE sumado al nivel de instrucción podría influir en la calidad de vida de los hipertensos de Montevideo.

CONCLUSIONES:

Mediante la investigación realizada se logró describir la relación existente entre el NSE y los hábitos alimentarios de la población adulta hipertensa de Montevideo.

La prevalencia de hipertensos resultante del estudio es de un 20% para Montevideo, diferente a la prevalencia a nivel nacional que se ubica en el 36%.

Se logró caracterizar y clasificar el perfil de la muestra según sus hábitos alimenticios; y se logró describir el perfil de los hipertensos según su estrato socioeconómico.

Se puede destacar que el NSE es directamente proporcional al nivel de instrucción, a menor NSE menor nivel de instrucción.

Uno de cada cuatro hipertensos de Montevideo continúa consumiendo NaCl pese a su diagnóstico.

La diferencia entre el consumo de NaCl, y el consumo de fiambres y embutidos, como de alimentos preparados fuera del hogar; es que los que mayoritariamente consumen NaCl pertenecen al NSE bajo y poseen menor nivel de instrucción; y la distribución según NSE, para los dos últimos grupos de alimentos nombrados, es de porcentajes parejos en todos los niveles.

El grupo investigador no posee elementos para medir calidad y cantidad de las ingestas tanto de NaCl como de alimentos con alto contenido del mismo.

El NSE alto es el que posee mayor porcentaje de las ingestas de alimentos saludables, duplicando su consumo con respecto al NSE bajo.

Si bien se conoce que la ENT son una amenaza de los progresos hacia los objetivos de desarrollo de las Naciones Unidas, y que la pobreza está estrechamente relacionada con estas enfermedades, se puede concluir que Uruguay no está ajeno a esta realidad.

Para reducir el impacto de las ENT de los individuos y la sociedad se deberá aplicar un enfoque integral que fuerce a todos los sectores a colaborar para reducir los riesgos asociados a estas enfermedades, así como promover las intervenciones que permitan prevenirlas y controlarlas.

Si bien el actual SNIS propone un cambio significativo en el modelo de atención de salud de la población uruguaya, se deberá seguir trabajando en el proceso de implementación, destacándose que la insuficiencia más importante que se registra en materia de recursos humanos a nivel del sector, es la escasez de Licenciados de enfermería.

Es el Licenciado en enfermería un pilar fundamental del equipo multidisciplinario, sobre todo en el primer nivel de atención, ya que está formado y capacitado para elaborar diagnósticos de enfermería y planes de acción y cumple un papel esencial en fortalecer las resistencias del individuo, ayudándole y enseñándolo a desempeñar mejor sus funciones vitales, clave para la atención de salud en el primer nivel.

En la atención que se realiza en nuestro país en consultorios y policlínicas, se puede decir que se brinda atención médica, pero no atención en salud y mucho menos atención de orientación integral.

El auxiliar de enfermería está formado para actuar supervisado por el Licenciado de enfermería, si no hay licenciado el auxiliar se limita a cumplir indicaciones médicas, cosa que hace muy bien; pero en ese caso no hay verdaderamente atención de enfermería, por lo tanto no hay atención integral.

Mejorando la disponibilidad en recursos humanos y en la medida que cada uno cumpla mejor su papel, mejorará la calidad de atención integral de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Situación Mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. Cumplimiento de las nueve metas mundiales relativas a las enfermedades no transmisibles: una responsabilidad compartida. [Internet] 2014. [Consultado 20 Oct 2016] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf?ua=1&ua=1

² Faleiros L., Geraldo A. ¿Puede el nivel socioeconómico influenciar las características de un grupo de hipertensos? Rev. Latino-am Enfermagem 15(5) [Internet] 2007. [Consultado 20 Oct 2016] Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/es_v15n5a07.pdf

³ Giménez A., Fernández A., Lozano F., Cabrera JM., Levy E., Salas F., Cid A., Hackembruch C. Identificación de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en una población universitaria de Montevideo en marzo de 2011. [Tesis]

Montevideo, Uruguay. Universidad de Montevideo. 2011. [Consultado 21 Oct 2016] Disponible en: http://www.um.edu.uy/docs/observatorio_salud_factores_riesgo.pdf

⁴ Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa, Enfermedades no transmisibles. Nota descriptiva. [Internet] 2015. [Consultado 14 Oct 2016] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es>

⁵ Organización Mundial de la Salud. Preguntas y respuestas sobre la hipertensión. [Internet]. 2015 [Consultado 14 de Nov. 2016] Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/82/es/>

⁶ Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. [Internet]. 2013. [Consultado 14 Nov 2016] Disponible en:

http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/2DA_ENCUESTA_NACIONAL_final2_digital.pdf

⁷ Acosta C., Buffa C., Pilar G., y otros. Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención. [Internet]. MSP, Montevideo, Uruguay. 2014 [Consultado 16 de Nov. 2016] Disponible en:

http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Doc.3_Equipos%20de%20Salud%20del%20Primer%20Nivel%20de%20Atenci%C3%B3n.pdf

⁸ OPS, La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas n°1. [Internet] 2008. [Consultado 7 de Dic. 2016] Disponible en:

http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APSEstrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf

⁹ Uruguay, Poder Legislativo. Profesión de Enfermería. Ley 18.815. 14 Oct de 2011. [Internet]. , 2011 [Consultado 29 de Nov. 2016] Disponible en:

<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp2073862.htm>

¹⁰ Llambí C., Piñeyro L. Índice de Nivel Socioeconómico. INSE. CEISMU. [Internet]. , Montevideo, Uruguay. 2012 [Consultado 22 de Nov. 2016] Disponible en:

<http://www.gruporadar.com.uy/01/wp-content/uploads/2012/04/Informe-Nuevo-INSE-2011.pdf>

BIBLIOGRAFÍA

Acosta C., Buffa C., Pilar G., y otros. Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención. [Internet]. MSP, Montevideo, Uruguay. 2014 [Consultado 16 de Nov. 2016] Disponible en:

http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Doc.3_Equipos%20de%20Salud%20del%20Primer%20Nivel%20de%20Atenci%C3%B3n.pdf

Faleiros L., Geraldo A. ¿Puede el nivel socioeconómico influenciar las características de un grupo de hipertensos? Rev. Latino-am Enfermagem 15(5) [Internet] 2007.

[Consultado 20 Oct 2016] Disponible en:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/es_v15n5a07.pdf

Giménez A., Fernández A., Lozano F., Cabrera JM., Levy E., Salas F., Cid A., Hackembruch C. Identificación de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en una población universitaria de Montevideo en marzo de 2011. [Tesis] Montevideo, Uruguay. Universidad de Montevideo. 2011. [Consultado 21 Oct 2016] Disponible en: http://www.um.edu.uy/docs/observatorio_salud_factores_riesgo.pdf

Hernández de Canales F., de Alvarado E., Pineda E. Manual de Metodología de la Investigación. 2da Edición 1994, OPS. Washington D.C 20037 [Consultado 20 de Agosto. 2015]

Hernández Sampieri R., Fernández Collao C., Baptista Lucio P., Metodología de la Investigación, 5° edición, McGraw-Hill - Interamericana Editores, S.A., México, 2010. [Consultado 22 de Agosto. 2015]

Lambí C., Piñeyro L. Índice se Nivel Socioeconómico. INSE. CEISMU. [Internet]. , Montevideo, Uruguay.2012 [Consultado 22 de Nov. 2016] Disponible en:

<http://www.gruporadar.com.uy/01/wp-content/uploads/2012/04/Informe-Nuevo-INSE-2011.pdf>

Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa, Enfermedades no trnsmisibles. Nota descriptiva. [Internet] 2015. [Consultado 14 Oct 2016] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es>

Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Situación Mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. Cumplimiento de las nueve metas mundiales relativas a las enfermedades no transmisibles: una responsabilidad compartida. [Internet] 2014. [Consultado 20 Oct 2016] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf?ua=1&ua=1

Organización Mundial de la Salud. Preguntas y respuestas sobre la hipertensión. [Internet]. 2015 [Consultado 14 de Nov. 2016] Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/82/es/>

Sociedad Uruguaya de Hipertensión Arterial, 17 de Mayo día Mundial de la Hipertensión Arterial, Montevideo, 2012. [Internet]. 2012[Consultado 14 de Nov. 2016] Disponible en: http://www.smu.org.uy/sindicales/comunicados/suha_dmhta2012.pdf

Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. [Internet]. 2013. [Consultado 14 Nov 2016] Disponible en:

http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/2DA_ENCUESTA_NACIONAL_final2_digital.pdf

Uruguay, Poder Ejecutivo. Investigación con seres humanos. Decreto 379/008 4 de Agosto de 2008. [Internet]. 2008[Consultado 28 de Nov. 2016] Disponible en:

https://datospersonales.gub.uy/wps/wcm/connect/urcdp/f416570c-f63d-4023-bd0e-0642c803ec1f/Descargar+Decreto-379-008.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT_TO=url&CACHEID=f416570c-f63d-4023-bd0e-0642c803ec1f

Uruguay, Poder Ejecutivo, Decreto N° 34.952. 5 de Mayo 2014 [Internet]. 2014[Consultado 24 de Nov. 2016] Disponible en:

<http://www.montevideo.gub.uy/asl/sistemas/gestar/resoluci.nsf/WEB/Numero/1694-14>

Uruguay, Poder Legislativo. Profesión de Enfermería. Ley 18.815. 14 Oct de 2011. [Internet]. , 2011 [Consultado 29 de Nov. 2016] Disponible en:

<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp2073862.htm>

ANEXOS

ANEXO 1

Tabla de Kish

Tabla de Kish: Elección aleatoria del entrevistado por Xinésis ANEXO

El encuestador seleccionará por medio de una Tabla de KISH a un miembro de 25 años y más, del hogar encuestado. A la persona seleccionada se le entregará el cuadernillo con las preguntas del Módulo Individual, personalmente si se encuentra en el domicilio o bien por intermedio del entrevistado válido. Deberá explicar los contenidos del

módulo individual la forma de llenado del mismo y dejar el cuadernillo para ser retirado posteriormente según el día acordado. Al momento de retirar el cuadernillo el encuestador deberá revisar que éste se haya llenado correctamente y de lo contrario deberá revisar con el encuestado aquellas preguntas sin respuesta con el fin de que sean contestadas. Si la persona seleccionada para contestar el módulo individual tuviera cualquier dificultad para responder la encuesta de forma individual (por ej: analfabeto), el encuestador deberá aplicar la encuesta en forma de entrevista. Instrucciones para la aplicación de la “TABLA DE KISH”: Previo al llenado de cada formulario individual, el encuestador deberá seleccionar por media la Tabla de Kish a un miembro del hogar de 25 años y más.

Forma de Uso:

Primero: Hay que excluir a los menores de 25 años y a personas de más de 64 años que tengan alguna discapacidad mental que les impida comprender las preguntas, como personas con alzaimer, síndrome de down, etc. Personas ciegas, sordas o analfabetas NO son consideradas incapacitadas para contestar, pues son capaces de comprender las preguntas, por lo tanto se deben considerar e incluirlas en el ordenamiento.

Segundo: También quedarán excluidas aquellas personas que cursaran gestación al momento de la encuesta o que no se encontraran en el Departamento al momento de la misma. Segundo: se deben ordenar los integrantes del hogar según sexo y edad. Enumerando en primer lugar a los hombres de mayor a menor y a continuación a las mujeres de mayor a menor.

Tercero: de acuerdo a la letra que ha sido asignada a la vivienda, que le será indicada por su supervisor y el número de personas del hogar, según la enumeración recién descrita, usted deberá ver en la tabla de Kish que persona fue la seleccionada.

ANEXO 2

Descripción de variables:

Socioeconómicas: sexo, edad, estado civil, nivel de instrucción, estratos socioeconómicos.

Sexo: características anatómicas y cromosómicas según género.

Indicador: Masculino, Femenino.

Definición operativa: Cualitativa nominal.

Edad: periodo cronológico medido en años desde el momento del nacimiento hasta el momento actual y que permite identificar la etapa del ciclo vital en el que se encuentra.

Indicador: De 25 a 44 años

De 45 a 64 años

Definición operativa: Cuantitativa continua.

Estado Civil: es la situación jurídica de las personas, condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.

Indicador: Soltero o divorciado, Casado o Unión libre.

Definición operativa: Cualitativa, nominal.

Nivel de Instrucción: Nivel de Educación más alto adquirido en la educación formal.

Indicadores: Primaria completa ó incompleta, secundaria incompleta, secundaria completa o Estudios terciarios

Definición operativa: Cualitativa ordinal.

Estratos socioeconómicos: clasificación de los hogares de acuerdo a su capacidad de consumo o gasto.

Indicadores: Bajo, Medio Bajo, Medio Alto, Alto.

Definición Operativa: cualitativa ordinal.

B. En relación a la HTA: Diagnóstico de HTA

Diagnóstico de HTA: Refiere a si ha sido diagnosticado como hipertenso por el médico.

Indicadores: Si, No

Definición operativa: Cualitativa nominal, dicotómica.

C. En relación a la alimentación: Consumo de Sal/Sodio, Fiambres y embutidos, comidas preparadas fuera del hogar, frituras, frutas, Verduras y hortalizas, pescado, Aceite vegetal.

Consumo de Sal/Sodio: Acción de consumir Sal de Mesa (NaCl, Cloruro de Sodio)

Indicadores: sí, no

Definición operativa: Cualitativa nominal, dicotómica.

Consumo de Fiambres o embutidos: Acción de consumir un grupo de origen cárnico ya procesado

Indicadores: Menor a 3 veces por semana, Igual o más de 3 veces por semana

Definición Operativa: Cuantitativa continua

Consumo de Comidas preparadas fuera del hogar: Acción de consumir comidas elaboradas en restaurantes o servicios afines.

Indicadores: Menor a 3 veces por semana, Igual o más de 3 veces por semana

Definición Operativa: Cuantitativa continua.

Consumo de frituras: Acción de consumir alimentos cocidos en grasa o aceite a altas temperaturas (150-180°C)

Indicadores: Menor a 3 veces por semana, Igual o más de 3 veces por semana

Definición Operativa: Cuantitativa continua

Consumo de Frutas: acción de consumir frutos comestibles obtenidos de plantas cultivadas o silvestres

Indicadores: Menor a 3 veces por semana, Igual o más de 3 veces por semana

Definición Operativa: Cuantitativa continua.

Consumo de verduras/hortalizas: Acción de consumir plantas cultivadas generalmente en huertas o regadíos crudas o cocidas.

Indicadores: Menor a 3 veces por semana, Igual o más de 3 veces por semana

Definición Operativa: Cuantitativa continua

Consumo de Pescado: Acción de consumir carne de pescado como alimento.

Indicadores: sí, no

Definición operativa: Cualitativa nominal, dicotómica.

ANEXO 3

INSE-RED

DIMENSIÓN	VARIABLE	PUNTAJE REDUCIDO MAX. PARA MONTEVIDEO E INTERIOR
ZONA	BARRIOS DE MDEO. / DTOS. DEL INTERIOR	14
COMPOSICIÓN DEL HOGAR	CANTIDAD DE PERCEPTORES	13
	CANTIDAD DE PERSONAS DEL HOGAR	6
EDUCACIÓN Y ATENCIÓN A LA SALUD	ATENCIÓN A LA SALUD DEL PRINCIPAL SOSTENEDOR DEL HOGAR.	10
	NIVEL EDUCATIVO DEL PRINCIPAL SOSTENEDOR DEL HOGAR.	10
ELEMENTOS DE CONFORT DEL HOGAR	SERVICIO DOMÉSTICO.	11
	AUTOMÓVIL.	
	T.V. COLOR.	11
	HELADERA CON O SIN FREEZER/FREEZER	10 6
CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA	CANTIDAD DE BAÑOS DE LA VIVIENDA	9

ANEXO 4

Cronograma de actividades

Actividades		Nov-Dic 2015				Ene-Feb/2016				Marzo-julio/2016				Agosto-Set2016				Octubre-Nov-Dic/2016			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Elección del tema de estudio	X	X																		
2	Revisión Bibliográfica y Documental		X	X																	
3	Planificación del Estudio			X	x																
4	Elaboración del Borrador del Protocolo					x	x														
5	Tutoría					x	X														
6	Ajustes del Tema de Estudio								x	x											
7	Entrega del Protocolo									X											
8	Receso										x	X									
9	Revisión de los datos de la Encuestas													x	x						
10	Procesamiento de los datos															X	x				
11	Elaboración del Borrador de Trabajo Final																x	x			
12	Tutoría																	X			
13	Presentación Trabajo Final																			x	

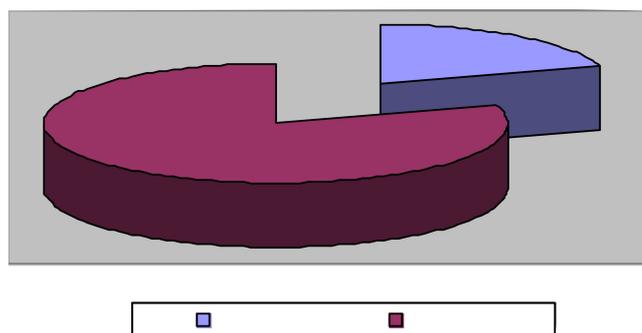
ANEXO 5

Tablas y gráficos

Tabla 1 Distribución de encuestado según diagnóstico de hta de 25 a 64 años de Montevideo en el año 2014

VARIABLE SEGÚN DIAGNOSTICO	FA	FR (%)
HTA	206	20
NO HTA	802	80
TOTAL	1008	100

GRAFICO1: Distribución de Encuestado Según Diagnóstico de HTA de 25 a 64 años de Montevideo en el año 2014



Fuente: Base de datos proporcionada por la consultora Xinesis

Tabla 2 Distribución de Encuestados hipertensos entre 25 y 64 años de Montevideo en el año 2014 según grupo etario

VARIABLE	GRUPOS	FA	FR (%)
ETARIOS			

25-44 AÑOS	45	22
45-64 AÑOS	161	78
TOTAL	206	100

Tabla 3 Distribución de Encuestados no hipertensos entre 25 y 64 años de Montevideo en el año 2014 según grupo etario

VARIABLE ETARIOS	GRUPOS	FA	FR (%)
25-44 AÑOS		440	55
45-64 AÑOS		362	45
TOTAL		802	100

Tabla 4 Distribución de Encuestados hipertensos entre 25 y 64 años de Montevideo según Estado Civil

VARIABLE CIVIL	ESTADO	FA	FR (%)
SOLTEROS DIVORCIADOS	O	83	40%
CASADOS LIBRE	O UNION	123	60%
TOTAL		206	100

Tabla 5 Distribución de la población encuestada no hipertensa entre 25 y 64 años de Montevideo en el 2014 según estado civil

VARIABLE ESTADO CIVIL	FA	FR (%)
SOLTEROS Y DIVORCIADOS	327	41%
CASADOS O UNION LIBRE	475	59%
TOTAL	802	100

Tabla 6 Distribución de Encuestados hipertensos entre 25 y 64 años de Montevideo en el año 2014 según nivel de Instrucción

VARIABLE NIVEL DE INSTRUCCION	FA	FR (%)
PRI. COMP. O INCOMP.	87	42
SEC. COMP. O INCOMP.	74	36
ESTUDIOS TERCARIO COMP. O INCOMP.	45	22
TOTAL	206	100

Tabla 7 Distribución de Encuestados no hipertensos entre 25 y 64 años de Montevideo en el año 2014 según nivel de Instrucción

VARIABLE NIVEL DE	FA	FR (%)
-------------------	----	--------

INSTRUCCION		
PRI. COMP. O INCOMP.	221	27
SEC. COMP. O INCOMP.	439	55
ESTUDIOS TERCARIO COMP. O INCOMP.	142	18
TOTAL	802	100

Tabla 8 Distribución de Encuestados hipertensos de 25 a 64 años de Montevideo en el año 2014 en relación al consumo NaCl

VARIABLE CONSUMO DE NaCl	FA	FR (%)
SI	47	23
NO	159	77
TOTAL	206	100

Tabla 9 Distribución de Encuestados no hipertensos de 25 a 64 años de Montevideo en el año 2014 en relación al consumo NaCl

VARIABLE CONSUMO DE NaCl	FA	FR (%)
SI	406	51
NO	396	49
TOTAL	802	100

Tabla 10 Distribución de Encuestados hipertensos de 25 a 64 años de Montevideo en el año 2014 en relación al consumo de alimentos preparados fuera del hogar.

Variable Consumo de alimentos preparados fuera del hogar.	FA	FR (%)
SI	85	17
NO	171	83
TOTAL	206	100

Tabla 11 Distribución de Encuestados no hipertensos de 25 a 64 años de Montevideo en el año 2014 en relación al consumo de alimentos preparados fuera del hogar

VARIABLE CONSUMO DE ALIMENTOS PREPARADOS FUERA DEL HOGAR	FA	FR (%)
SI	126	16
NO	676	84
TOTAL	802	100

Tabla 12 Distribución de Encuestados hipertensos de 25 a 64 años de Montevideo en el año 2014 en relación al consumo de fiambres y embutidos

VARIABLE COSNUMO DE FIAMBRES Y EMBUTIDOS	FA	FR (%)
MAS DE 3 VECES POR SEMANA	36	17
MENOS DE 3 VECES POR SEMANA	170	83
TOTAL	206	100

Tabla 13 Distribución de Encuestados no hipertensos de 25 a 64 años de Montevideo en el año 2014 en relación al consumo de fiambres y embutidos

VARIABLE COSNUMO DE FIAMBRES Y EMBUTIDOS	FA	FR (%)
MAS DE 3 VECES POR SEMANA	79	10
MENOS DE 3 VECES POR SEMANA	723	90
TOTAL	802	100

Tabla 14 Distribución de Encuestados hipertensos de 25 a 64 años de Montevideo en el año 2014 en relación al consumo de frituras

VARIABLE CONSUMO DE FRITURAS	FA	FR (%)
MAS DE 3 VECES POR	39	19

SEMANA		
MENOS DE 3 VECES POR SEMANA	167	81
TOTAL	206	100

Tabla 15 Distribución de Encuestados no hipertensos de 25 a 64 años de Montevideo en el año 2014 en relación al consumo de frituras

VARIABLE CONSUMO DE FRITURAS	FA	FR (%)
MAS DE 3 VECES POR SEMANA	156	19
MENOS DE 3 VECES POR SEMANA	646	81
TOTAL	802	100

Tabla 16 Distribución de Encuestados hipertensos de 25 a 64 años de Montevideo en el año 2014 en relación al consumo de frutas

VARIABLE CONSUMO DE FRUTAS	FA	FR (%)
MAS DE 3 VECES POR SEMANA	141	68
MENOS DE 3 VECES POR SEMANA	65	32
TOTAL	206	100

Tabla 17 Distribución de Encuestados no hipertensos de 25 a 64 años de Montevideo en el año 2014 en relación al consumo de frutas

VARIABLE CONSUMO DE FRUTAS	FA	FR (%)
MAS DE 3 VECES POR SEMANA	548	68
MENOS DE 3 VECES POR SEMANA	254	32
TOTAL	802	100

Tabla 18 Distribución de Encuestados hipertensos de 25 a 64 años de Montevideo en el año 2014 en relación al consumo de verduras y hortalizas

VARIABLE CONSUMO DE VERDURAS Y HORTALIZAS	FA	FR (%)
MAS DE 3 VECES POR SEMANA	150	73
MENOS DE 3 VECES POR SEMANA	56	27
TOTAL	206	100

Tabla 19 Distribución de Encuestados no hipertensos de 25 a 64 años de Montevideo en el año 2014 en relación al consumo de verduras y hortalizas

VARIABLE CONSUMO DE VERDURAS Y	FA	FR (%)
--------------------------------	----	--------

HORTALIZAS		
MAS DE 3 VECES POR SEMANA	562	70
MENOS DE 3 VESCES POR SEMANA	240	30
TOTAL	802	100

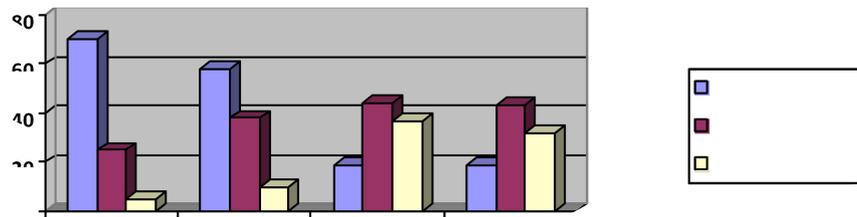
Tabla 20 Distribución de Encuestados hipertensos de 25 a 64 años de Montevideo en el año 2014 en relación al consumo de pescado

VARIABLE CONSUMO DE PESCADO	FA	FR (%)
SI	88	43
NO	118	57
TOTAL	206	100

Tabla 21 Distribución de Encuestados no hipertensos de 25 a 64 años de Montevideo en el año 2014 en relación al consumo de pescado

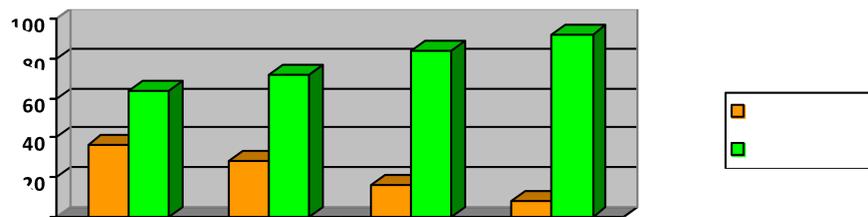
VARIABLE CONSUMO DE PESCADO	FA	FR (%)
SI	344	43
NO	444	57
TOTAL	802	100

Gráfico 2: Distribución de la Población encuestada hipertensa en relación al nivel socio económico en función del nivel de intrucción



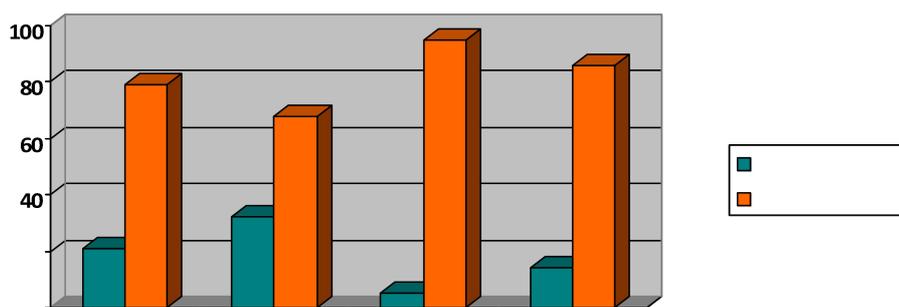
Fuente: Base de datos proporcionada por la consultora Xinesis

Gráfico 3: Distribución de la Población encuestada hipertensa en relación al nivel socio económico en función del consumo de NaCl en el hogar.



Fuente: Base de datos proporcionada por la consultora Xinesis

Gráfico 4: Distribución de la Población encuestada hipertensa en relación al nivel socio económico en función del consumo de fiambres y embutidos.



Fuente: Base de datos proporcionada por la consultora Xinesis