



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE ADMINISTRACIÓN

**FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES
CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN MUJERES
ADULTAS Y ADULTAS MAYORES QUE
CONCURREN A LA POLICLÍNICA DEL BARRIO
SARAVIA DE LA CIUDAD DE CARMELO**

Autores:

Br. Andrade, Bárbara
Br. Bentancur, Eliana
Br. Rodríguez, Roxana
Br. Siri, Belén

Tutores:

Prof. Agdo. Mg. Rosa Sangiovanni
Prof. Asist. Lic. Lorena Bazán

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

Montevideo, 2014



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE ADMINISTRACION
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA

Cátedra de Administración

Facultad de Enfermería

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

TÍTULO

FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN
MUJERES ADULTAS Y ADULTAS MAYORES QUE CONCURREN A LA POLICLÍNICA
DEL BARRIO SARA VIA DE LA CIUDAD DE CARMELO

AUTORES

Br. Andrade Bárbara

Br. Bentancur Eliana

Br. Rodríguez Roxana

Br. Siri Belén

TUTORA DE TESIS

Prof. Agdo. Mg Rosa Sangiovanni.

Asist. Lic. Lorena Bazán.

FECHA DE APROBACIÓN

15/07/14



AGRADECIMIENTOS

La presente Tesis es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron varias personas leyendo, opinando, corrigiendo, teniéndonos paciencia, dándonos ánimo, acompañándonos en los momentos de crisis y en los momentos de felicidad.

Gracias a esas personas importantes que siempre estuvieron listas para brindarnos toda su ayuda, ahora queremos regresar un poquito de todo lo que nos han otorgado. Con todo nuestro cariño esta tesis se la dedicamos a ustedes: familia, amigos, docentes, compañeros de trabajo. A todos ustedes infinitas gracias por apoyarnos en este momento tan importante de nuestras vidas.



LISTA DE ABREVIATURAS Y DE SIGLAS

ACV. Accidente Cerebrovascular.

AIT. Accidente Isquémico Transitorio.

AVISA. Años de Vida Saludables.

CI. Cardiopatía Isquémica.

DM. Diabetes Mellitus.

DOB. Daño de órgano blanco.

ECNT. Enfermedades Crónicas No Trasmisibles.

ECV o ECA. Enfermedad Cardiovascular.

FR. Factores de Riesgo.

HDL. *High Density Lipoprotein*/ lipoproteínas de alta densidad.

HTA. Hipertensión Arterial.

IAM. Infarto Agudo de Miocardio.

IC. Insuficiencia Cardiaca.

IMC. Índice de Masa Corporal.

INE. Instituto Nacional de Estadística.

LDL. Low Density Lipoproteins/ lipoproteínas de baja densidad.

OMS. Organización Mundial de la Salud.

PAD. Presión Arterial Diastólica.

PAS. Presión Arterial Sistólica.

RAP. Red de Atención Primaria.

RCV. Riesgo Cardiovascular.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE ADMINISTRACION
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



SNIS. Sistema Nacional Integrado de Salud.

STEPS. Pasos.



INDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	3
Objetivos de la Investigación.....	6
Antecedentes.....	7
Marco teórico.....	12
Material y métodos.....	26
Definición y operacionalización de las variables.....	28
Método e Instrumento de recolección de datos.....	36
Consideraciones Éticas.....	37
Resultados.....	38
Discusión.....	49
Conclusión.....	51
Bibliografía.....	53
Anexos.....	57



RESUMEN

La presente investigación fue realizada por cuatro estudiantes de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería; de la carrera de Licenciatura en Enfermería cursando el cuarto ciclo correspondiente al trabajo de investigación.

El objetivo fue conocer cuáles son los FR de las ECNT en la población de mujeres adultas y adultas mayores que concurren a la Policlínica del Barrio Saravia, de la Red de Atención Primaria (RAP), de la ciudad de Carmelo, Dpto. de Colonia.

Dicha investigación se llevó a cabo en los meses comprendidos entre Abril y Octubre del año 2013.

Metodológicamente corresponde a una investigación descriptiva de corte transversal, siendo la población objeto usuarias adultas y adultas mayores que concurren a la Policlínica a consulta de medicina general.

El instrumento metodológico utilizado para la recolección de datos fue una entrevista estructurada que se le aplicó a la población objetivo.

El resultado obtenido de estas entrevistas arrojó los siguientes resultados respecto a los factores de riesgo que poseen las usuarias: el 85% no fuma. En cuanto al consumo de alcohol el 100% de las usuarias asegura no ingerirlo. El 64% manifestó que consume grasas saturadas y/o fritos. El 60% consume sal. El 85% no tiene factores estresantes. El 64% realiza actividad física. En cuanto a antecedentes personales de HTA, el 70% presenta.

Como equipo de salud, desde nuestro rol nos parece fundamental la prevención y promoción de la salud (Primer Nivel de Atención). Creemos que si en el Primer Nivel de Atención se tratan todos estos factores de riesgo, a través de la educación sobre los mismos se pueden



bajar notablemente los porcentajes de incidencia de los FR. La educación sobre estos es fundamental ya que afectan a todo tipo de población y como se mencionó anteriormente son un problema actual, real y creciente.

Palabras Claves: Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), Factores de Riesgo (FR), mujeres adultas y adultas mayores.



INTRODUCCION

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) son la principal causa de morbimortalidad en Uruguay, son responsables en nuestro país del 60% de las defunciones. Las mismas son el origen de la mayor parte de las discapacidades que presentan los individuos, razón por la que incrementan sus necesidades asistenciales.¹ Dentro de las ECNT se destacan: 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. Éstas significan una gran carga económica para la sociedad por concepto de costos directos e indirectos. Dentro de los costos directos se encuentran los costos de atención médica, de los que las enfermedades crónicas abarcan un 60% del total. En los costos indirectos debe tenerse en cuenta el ausentismo laboral y las pensiones por invalidez, viudez y orfandad.²

Existen múltiples causas que explican este fenómeno: la rápida urbanización e industrialización; la fecundidad ha bajado y la esperanza de vida ha subido, con el consiguiente envejecimiento de la población; ha habido cambios en los estilos de vida y el acceso a los servicios de salud y su efectividad han mejorado. Como resultado de todo ello, las ECNT son ahora las principales causas de muerte y lo seguirán siendo en el futuro.³

¹ González, T.; Olesker, D. La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud. 2005-2009. Montevideo. 2009.

² Ministerio de Salud Pública. 1ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Ministerio de Salud Pública Dirección General de la Salud División Epidemiología. Montevideo.2006.

³ Escobar, M.; Petrásovits, A.; Peruga, A.; Silva, N.; Vives, M.; Robles, S. Mitos sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en América Latina. México. 2000.



Afectan a todos los grupos socioeconómicos e imponen dos tipos de cargas: afectan la productividad de los individuos y su capacidad de generar ingresos y, por otra parte, originan un mayor consumo de servicios sociales y de salud, generalmente de alto costo.

En los países pobres o menos desarrollados no sólo se produce la mayor parte de las defunciones por ECNT en números absolutos, sino que además la tasa de mortalidad por causas no transmisibles es más alta que en las naciones más industrializadas, tanto en hombres y mujeres como entre los más jóvenes y los menos jóvenes.

“La medicina basada en la evidencia permite confirmar que el descenso de las cifras tensionales en el usuario hipertenso evita daños irreversibles vasculares, encefálicos, cardiacos, renales”.⁴

Se requiere conocer los factores de riesgo de ECNT y la presencia de las mismas dentro del contexto social y cultural local; de tal modo se podrán diseñar actividades de educación específica a la población blanco, con el fin de concientizar a los mismos.

Las ECNT aparecen por la presencia de un conjunto de factores de riesgo; que se pueden clasificar en no modificables, modificables directos e indirectos. Se puede destacar que estos se potencian entre sí aumentando el riesgo de padecer una ECNT.

⁴Red de Atención del Primer Nivel (RAP). Guía de abordaje de la Hipertensión Arterial para el Primer Nivel de Atención. Montevideo. Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). 2007.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE ADMINISTRACION
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



Dicha investigación se realizó en la Policlínica Saravia de la ciudad de Carmelo, departamento de Colonia; en el primer Nivel de Atención. Se brinda servicios de atención a todos los grupos etarios de dicha zona. El barrio se ubica al Oeste de Carmelo.

Problema de investigación:

¿Cuáles son los factores de riesgo (FR) de Enfermedades Crónicas No Transmisibles en las mujeres adultas y adultas mayores que concurren a la Policlínica del Barrio Saravia Red de Atención Primaria, de la ciudad de Carmelo Departamento de Colonia en el periodo del 1 de Abril al 31 de Abril de 2013?



OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general:

Conocer cuáles son los FR de ECNT en la población de mujeres adultas y adultas mayores que concurren a la Policlínica del Barrio Saravia (ciudad de Carmelo), en el periodo comprendido entre 1 de Abril al 31 de Abril de 2013.

Objetivos específicos:

- ✓ Caracterizar a las mujeres adultas y adultas mayores, que concurren a Policlínica Saravia, en el periodo de tiempo comprendido del el 1 de Abril al 31 de Abril de 2013.
- ✓ Identificar los factores de riesgo en la población adulta y adulta mayores.
- ✓ Describir los factores de riesgo presentes en la población en estudio.



ANTECEDENTES

La revisión bibliográfica se realizó en Idioma Español, en las páginas de Lilacs, Scielo, e Index. Las palabras claves utilizadas para la búsqueda fueron: factores de riesgo, enfermedades crónicas no transmisibles, hipertensión arterial en mujeres adultas.

Durante varios años la Sociedad Europea de Hipertensión y la Sociedad Europea de Cardiología resolvieron no elaborar su propia Guía, sin embargo en 2003 realizan su propia publicación, surgiendo la Guía de abordaje de la Hipertensión Arterial para el Primer Nivel de Atención del 2007 basado en la Guía de Hipertensión realizada en el año 2003.

Allí se publica que las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad a nivel mundial. En el año 2007, totalizaron una tasa de 317,4 por cien mil habitantes aproximadamente un 33% del total de muertes.⁴

En la 1° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de ECNT del Ministerio de Salud Pública (Setiembre - Diciembre 2006), se tomó una muestra representativa de la población urbana, de 25 a 64 años; se implementaron los 3 pasos de la estrategia STEPS, realizando la medición de los 8 factores de riesgo, recolectando información sobre: consumo de tabaco, dieta y mediciones bioquímicas (Ej. consumo de pescado, triglicéridos, etc.), además de variables socioeconómicas y demográficas.

En dicha encuesta se destaca que, a fines del siglo XIX, el 40% de las defunciones se registraban entre menores de 5 años de edad, las muertes que obedecían a enfermedades transmisibles representaban el 40%, las cardiovasculares un 10% y los tumores malignos un



5%. Desde 1915 comienza a reducirse veloz y sostenidamente la mortalidad de etiología infecciosa, y actualmente las muertes en menores de 5 años son menos de un 4%, las causas infecciosas son responsables de un 2% de los fallecimientos, las enfermedades cardiovasculares representan el 33.8 % de las causas de defunción, y los tumores malignos un

22.6%. Desde el año 1975 se ha estabilizado esta estructura de mortalidad por causas: 1° Cardiovasculares, 2° Neoplasias malignas. Siendo necesario incorporar la vigilancia de las ECNT dentro de las actividades de la Vigilancia en Salud Pública, de forma de tener información sobre las mismas, así como poder evaluar las políticas y programas que se implementan para su prevención y control. Las ECNT se caracterizan por la presencia de FR, mucho antes de que se presente la enfermedad. Se identificaron un grupo de FR que se caracterizan por tener el mayor peso en la morbimortalidad de las mismas y por ser posible lograr su modificación mediante acciones de prevención.²

Los resultados más importantes fueron: 32,7% de la población es fumador diario, 52,6% de la población se considera bebedor actual (consumió alcohol en los últimos 30 días), un 17.4% de los hombres y un 7.9% de las mujeres presentaban abuso por ingesta de alcohol (*binge drinking*) en la última semana, el consumo de frutas y/o verduras es en promedio de 3 porciones al día, 6 días a la semana, el 35% de la población tiene un nivel bajo de actividad física, la prevalencia de hipertensión arterial es de 30,4%, el 56.7% tiene sobrepeso u obesidad, la prevalencia de diabetes es de 5.5% y un 29.2% tiene colesterol en sangre elevado.

En conclusión, se encontró una alta prevalencia de factores de riesgo para ECNT en la población adulta uruguaya.²



En 1985, por cada 10 muertes debidas a una enfermedad transmisible, se producían 15 por una ECNT, y hoy se producen 34.³

En el censo realizado por la Estrategia Regional y Plan de Acción se obtuvo que: En América Latina y el Caribe en el 2002, entre 50% y 60% de los adultos y entre 7% y 12% de los niños menores de 5 años de edad presentaban sobrepeso o eran obesos. En 2005, unos 35 millones de personas en el mundo murieron debido a las enfermedades crónicas. En el 2008 causaron

2.370.000 en la América Latina y el Caribe. Se prevé que para el 2015, por cada 10 defunciones atribuidas a una causa infecciosa, habrá 70 fallecimientos por causas no transmisibles. Investigaciones muestran que las tasas de mortalidad debidas a ECNT son 56% más altas para los hombres mientras que alcanza el 86% más alta para las mujeres en los países en desarrollo.⁵

Se calcula que en el primer decenio del siglo XXI fallecerán cerca de 20,7 millones de personas víctimas de las enfermedades cardiovasculares. Se estima que en los próximos dos decenios la mortalidad por cardiopatías isquémicas y accidentes cerebrovasculares en América Latina aumentará cerca de tres veces.⁵

Actualmente, 35 millones de personas en América Latina y el Caribe sufren de diabetes y la OMS estima que para 2025 esta cifra aumentará a 64 millones. En las Américas el consumo de tabaco es la principal causa de muerte prevenible. Provoca más de un millón de

⁵Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el Control de las enfermedades crónicas. Washington, D.C., Estados Unidos de América. OPS, 2007. ISBN 978 92 7 532826 2.



defunciones en América Latina y el Caribe cada año. En el mundo por año mueren 4.9 millones por causa de tabaquismo, 2.6 millones como consecuencia de sobrepeso u obesidad, 4.4 millones como respuesta de niveles elevados de colesterol, 7.1 millones como resultado de hipertensión. Se estima que 388 millones de personas morirán en los próximos 10 años de enfermedades crónicas no transmisibles.^{6,5}

Según el Censo realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en el 2011 el porcentaje de mujeres es de un 52% y la esperanza de vida de las mismas es mayor a la de los hombres.

En un artículo de investigación realizado en 2009 se destaca que:

Las ECNT son la principal causa de muerte a nivel global en forma prematura provocando discapacidad a un nivel tan alto alcanzando el 70% de los fallecimientos de la región de las Américas.

A su vez las mismas se encuentran condicionadas con ciertos factores de riesgo tales como tabaquismo, sedentarismo, alimentación inadecuada, alcoholismo, dislipemias, hipertensión arterial e hiperglucemia.⁷

⁶ Lopez, C. 24/02/11. Enfermedades Crónicas: "Panorama epidemiológico y prevención integral". <http://es.slideshare.net/garciajcesar/enfermedades-cronicas-prevalentes> [acceso 7 de Marzo de 2014].

⁷ Mora, R.; Olguin, P.; Ogalde, N.; Gregoire, J. 2011. Prevalencia de los factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en alumnos de Medicina y Sociología, Universidad de Valparaíso, 2009. Revista ANACEM. 5(2): 82- 86.



Las ECNT engloban enfermedades cardiovasculares, cerebro vasculares, respiratorias crónicas, cáncer y por ultimo diabetes mellitus, relacionando las mismas con factores de riesgo modificables y no modificables.

La OMS en el 2005 confirmo que el 60% de la población falleció por causa de las ECNT.

Chile se encuentra inmerso en esta realidad, es de considerar que ha ido sufriendo una transición epidemiológica en donde por un lado de forma positiva aumenta la expectativa de vida pero a su vez en contraste aumentan las ECNT. En la actualidad perturban a una cuarta parte de la población provocando el 68% de la población.⁸

En el año 2013 en Cuba, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal estudiando 94 individuos de ambos sexos, con el objetivo de lograr una estratificación del riesgo cardiovascular a partir de factores de riesgo tradicionales (HTA, tabaquismo, DM).

La mayor afectación es provocada en un 60.6% por la HTA, obteniendo que es el factor de riesgo más perturbador.⁹

⁸ Hernández, F. Epidemiología de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Honduras, Tegucigalpa. Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2010.

⁹ Hernandez, F.; Ruiz, A. Riesgo cardiovascular global y estimación del filtrado glomerular en pacientes del Profilactorio Nacional Obrero de Cuba. Revista Cuba Investigación Biomédica. 2013. 32(3): 348 – 356.



MARCO TEORICO

Según el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) se ha logrado objetivar que la esperanza de vida ha aumentado, logrado a través de los avances tecnológicos y científicos, en un constante desafío de las ciencias de la salud, sistemas de seguridad social y sistemas de salud que logran asegurar el aumento de la esperanza de la vida y una mejor calidad de vida o sea el aumento de los años de vida saludable (AVISA).¹

Pero, el costo social de la morbi- mortalidad vinculado a las ECNT es muy alto, por lo que es de gran utilidad que se considere en este período la instauración de un modelo de prevención primaria de salud. En ella se incluye acciones positivas sobre el estilo de vida, tendientes a disminuir el riesgo de padecer ECNT.

Para ello, el logro de la construcción de un Fondo Nacional de Salud con los aportes de todos los uruguayos dependiendo de sus ingresos es una herramienta de justicia social. Durante el año 2008 se enfatizó el primer nivel de atención y el 2009 se acentuó el control a los hipertensos, diabéticos, cursos de cesación del tabaquismo, prevención de la violencia doméstica y medico de referencia en la población. Por lo pronto esta es una herramienta que logra que cada uno aporte según sus ingresos y reciba de acuerdo a sus necesidades.¹

En relación al primer nivel de atención de acuerdo a la investigación que se está llevando a cabo es que nos acercamos a aquellos usuarios que se encuentran inmersos en este primer nivel según sus patologías conocidas como ECNT y los factores de riesgo que influyen en ellas.



Se puede definir a las ECNT como: “Trastorno orgánico y funcional que obliga a una modificación del modo de vida del paciente y que persiste durante largo tiempo.”⁶

Como indica su nombre estas enfermedades no se transmiten de una persona a la otra, son de larga duración y por lo general tienen una evolución lenta.

Los 4 tipos principales son:

- Enfermedades cardiovasculares (ataques cardiacos y accidentes cerebrovasculares).
- Cáncer.
- Enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma).
- Diabetes (Tipo I y II).

Los factores de riesgo predisponen la aparición de las ECNT.

Factor de riesgo:

Es una característica biológica o un hábito de vida cuya presencia y/o una exposición prolongada en un contexto ambiental y/o genético favorecedor, incrementa las posibilidades de padecer enfermedad cardiovascular, por ejemplo.

Se debe destacar que el concepto de factor de riesgo es una noción estadística, que si bien no nos permite formular previsiones exactas respecto a la salud o la enfermedad de una persona o grupo, nos permite conocer la mayor o menor probabilidad para que el evento o suceso se produzca o no.

El conocimiento de estos factores tiene como finalidad permitir la intervención sobre ellos, para controlar o reducir la exposición.



Existen tres tipos: No modificables, Modificables Directos, Modificables Indirectos.

Cuando se presentan de manera simultánea estos factores, no sólo se suman, sino que además se potencian entre sí y dan lugar a un riesgo superior.⁴

No modificables

Sexo: Conjunto de características biológicas que caracteriza a la especie humana en hombres y mujeres. Desde la adolescencia hasta la menopausia la prevalencia de HTA es superior en los hombres. Posteriormente estas diferencias se estrechan, en parte por el incremento de prevalencia en mujeres post menopáusicas; pero también debido a las muertes prematuras en los hombres de mayor edad. En términos absolutos la HTA es superior en las mujeres.

Etnia: Se refiere a los grupos en que se subdividen algunas especies biológicas, a partir de una serie de características que se transmiten por herencia genética. Por ejemplo la HTA tiene mayor prevalencia y severidad en la etnia negra en comparación con otros grupos étnicos.

Edad: Tiempo de vida en años que registra la cedula de identidad de un ciudadano.

La presión arterial sistólica y la HTA sistólica aislada, tienden a aumentar hasta la octava década de vida. De diferente manera pero también cuando aumenta la edad, lo hace la presión arterial diastólica.

Estudios epidemiológicos transversales y longitudinales ponen en manifiesto en la mujer un aumento significativo con la edad de las cifras medias de PA, índice de masa corporal (IMC), glucemia basal y de los lípidos aterogénicos. Con la edad aumenta la prevalencia de HTA, hipercolesterolemia, diabetes y obesidad.



La angina, que suele dar síntomas poco habituales, la forma de presentación de la enfermedad coronaria en las mujeres es más grave, con mayor mortalidad y un diagnóstico más tardío que los varones.

En las mujeres de 60 a 70 años, la Enfermedad Cardiovascular (ECV) es la primera causa de muerte, muy por encima de todos los cánceres que aparecen a dichas edades, lo que unido a la mayor esperanza de vida de éstas explica que tengan mayor mortalidad total (55% frente a 45%) por esta causa.

La ECV aparece 10 años más tarde en las mujeres que en los varones.

Antecedentes familiares (Herencia): Los familiares de hipertensos tienen mayores probabilidades de sufrir HTA, del punto de vista genético se la considera herencia poligénica; donde un gran número de genes se consideran involucrados.

Modificables directos

Dislipemias: Alteración del metabolismo de los lípidos, con su consecuente alteración de las concentraciones de lípidos y lipoproteínas en la sangre. La alteración del metabolismo de los lípidos es un factor de riesgo importante en todas las ECV. La mortalidad por enfermedades isquémicas coronarias se encuentran muy vinculadas con el ascenso del colesterol total y el descenso del HDL. Se ha determinado relación positiva entre el nivel gradual de colesterol total y la morbimortalidad, así como se valora el HDL como un predictor independiente de la ECV. Se consideran de riesgo los niveles elevados de colesterol total y LDL y niveles bajos de HDL.



Tabaquismo: Adicción al tabaco provocada principalmente por uno de sus componentes, la nicotina. El tabaco es un factor de riesgo importante, con la particularidad de que es una adicción, que requiere la intervención del equipo de salud y de factores personales. El fumador presenta tres veces mayor incidencia de enfermedad coronaria, respecto a los no fumadores. La prevalencia de tabaquismo en la población adulta uruguaya es de 33%.²

Es un factor de riesgo crucial en la enfermedad cardiovascular y la causa prevenible más importante y de muerte anticipada.

El Riesgo Cardiovascular (RCV) se reduce rápidamente en unos meses tras la supresión del tabaco, y en 3 – 5 años las personas alcanzan el riesgo de los no fumadores, a pesar de la cantidad y la duración del hábito tabáquico previo o a la edad en que lo dejen, lo que es un estímulo para recomendar la supresión de este hábito a cualquier edad.

Diabetes mellitus (DM): Trastorno metabólico, que afecta a diferentes tejidos. La Asociación Americana de Diabetes clasifica a la DM en 3 tipos:

- Tipo I: En donde hay una destrucción total de las células β (islotas de Langerhans, páncreas), provocando una deficiencia absoluta de la insulina, por lo que el tratamiento es insulino dependiente.
- Tipo II: No insulino dependiente, generada como consecuencia de un defecto progresivo en la secreción de la insulina así como antecedente de la resistencia periférica a la misma.
- Tipo III: Llamada gestacional diagnosticada la misma durante el embarazo.



Los síntomas principales son: poliuria, polifagia, polidipsia, y pérdida de peso ponderal sin razón aparente.

Tanto en el tipo I como tipo II se dificulta la entrada de glucosa a la célula, aumentando los niveles en sangre provocando hiperglicemia.

En el estudio de Framingham como en otros estudios Epidemiológicos, se encuentra asociación entre diabetes y enfermedades cardiovasculares. Padecer diabetes puede duplicar y hasta triplicar, el riesgo de enfermedades ateroscleróticas. El riesgo cardiovascular asociado a diabetes, varía ante la presencia de otros factores de riesgo, como ser: HTA, obesidad, tabaquismo, edad, antecedentes familiares.

Tipo de alimentación: Diferentes tipos de hábitos de alimentos escogidos por las usuarias; se reconoce ampliamente que hay alimentos que están estrechamente ligados a las enfermedades cardíacas, como ser el consumo elevado de grasas saturadas, el consumo de grasas monosaturadas y polisaturadas, y el agregado de sal tanto en la elaboración como en la mesa. El 84,9% de la población consume menos de 5 porciones diarias de fruta y/o verdura.²



Modificables indirectos:

Sedentarismo: Es la falta de actividad física regular definida como menos de 30 minutos diarios de ejercicio y menos de 3 días a la semana. Disminuye la eficiencia del corazón, aumenta el pulso y la presión arterial, favorece el exceso de peso, propicia la mala circulación, aumenta la sobrecarga emocional asociada al estrés y disminuye la disposición al trabajo. Es uno de los factores de riesgo más prevalente en nuestro país. El 35% de los adultos de 25 a 64 años son sedentarios.²

El sedentarismo debe ser considerado como un condicionante para una ECNT por sí mismo, independiente de la edad y el género, y cuyo tratamiento es la prescripción de ejercicio físico.

Según las guías para la prevención de RCV en la mujer es necesario practicar un mínimo de 30 minutos de actividad física moderada intensa todos los días de la semana.

Los estudios indican que la realización de actividades compatibles con los quehaceres diarios, de una duración entre 30 y 45 minutos, 4 ó 5 días por semana, al 60-75% de la frecuencia cardíaca máxima (caminar rápido, montar en bicicleta, bailar, nadar, subir escaleras), disminuye las cifras de PAS y PAD una media de 10 mmHg.¹⁰

La OMS, en su "Informe sobre la salud en el mundo 2002" estima que los estilos de vida sedentarios son una de las 10 causas fundamentales de mortalidad y discapacidad en el mundo.

¹⁰ American College of Sports Medicine, 1993. Resource Manual for Guidelines for Exercise Testing and Prescription, 2nd ed. Philadelphia.



Nuestra población es cada día más sedentaria. La actividad física necesaria en la mayoría de los trabajos es menor, hay una mayor disponibilidad de medios de locomoción y un tipo de ocio que sólo exige una actitud pasiva.

Estrés: Desde los trabajos de Selye en 1956 sabemos que la acción de todo agente nocivo desencadena en el organismo un síndrome general de adaptación. Esta teoría permite explicar los mecanismos de interacción entre los factores psicológicos y fisiológicos, tanto a nivel del proceso de enfermar como en la manifestación de los síntomas.

Eventos vitales estresantes: Son aquellos hechos significativos, deseados o no, que ocurren en la vida de un sujeto que tienen una importancia tal que ejercen un impacto en términos de vivencias emocionales que pueden introducir cambios en los hábitos y costumbres que requieren un esfuerzo adaptativo. Ejemplos: duelo, casamiento, separación, nacimiento de un hijo, etc.

Obesidad: Se define como el Índice de Masa Corporal (IMC) ≥ 30 . El sobrepeso está en el rango de IMC de 25 a 29. Son más frecuentes las afecciones cardiovasculares en los obesos que en las personas de peso normal. El aumento del IMC requiere un mayor gasto cardíaco, aumenta la intolerancia a la glucosa, la resistencia a la insulina, favorece la hiperinsulinemia, hipertrigliceridemia y disminución del HDL. Existe una relación directa entre el IMC y la tensión arterial; siendo más importante la localización central de la grasa que la periférica. El 57% de los adultos uruguayos presentan sobrepeso u obesidad.²

Se ha demostrado que el riesgo de morbi –mortalidad por enfermedad cardiovascular en mujeres aumentaba en forma lineal con el incremento del IMC.



Más del 36% de las mujeres de entre 35 y 64 años tiene problemas de sobrepeso (IMC por encima de 25).

Según estudios realizados, las mujeres ganan un promedio de 0,5 kg por año a partir de los 50 años, pero presentan un rápido aumento de la grasa abdominal el tercer año después de la menopausia. La acumulación de grasa abdominal representa un aumento del riesgo de diabetes y sobre todo de ECV, principal causa de muerte entre las mujeres posmenopáusicas.

La **presión sanguínea** es la fuerza de presión ejercida por la sangre circulante sobre las paredes de los vasos sanguíneos, y constituye uno de los principales signos vitales. La presión de la sangre disminuye a medida que la sangre se mueve a través de arterias, arteriolas, vasos capilares, y venas; el término *presión sanguínea* generalmente se refiere a la presión arterial, es decir, la presión en las arterias más grandes, las arterias que forman los vasos sanguíneos que toman la sangre que sale desde el corazón. Es medida por medio de un esfigmomanómetro. Los valores de la presión sanguínea se expresan en kilopascales (kPa) o en milímetros del mercurio (mmHg).

La **presión arterial** varía durante el ciclo cardíaco de forma semejante a una función sinusoidal lo cual permite distinguir una presión sistólica que es definida como el máximo de la curva de presión en las arterias y que ocurre cerca del principio del ciclo cardíaco durante la sístole o contracción ventricular; la presión arterial diastólica es el valor mínimo de la curva de presión (en la fase de diástole o relajación ventricular del ciclo cardíaco).

La **hipertensión arterial (HTA)** enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de la presión sanguínea en las arterias. Aunque no hay un umbral



ESTRATIFICACION DE RIESGO CARDIOVASCULAR ⁴

No sólo se tienen en cuenta las cifras de PA, sino también la existencia y número de los demás FR.

PRESIÓN ARTERIAL (mmHg)					
Otros FR y enfermedades previas	Normal PAS 120-129 o PAD 80-84	Normal Alta PAS 130-139 o PAD 85-89	Grado I PAS 140-159 o PAD 90-99	Grado 2 PAS 160-179 o PAD 100-109	Grado 3 PAS \geq 180 o PAD \geq 110
Sin otros FR	Riesgo promedio	Riesgo promedio	Riesgo adicional bajo	Riesgo adicional moderado	Riesgo adicional alto
1 - 2 FR	Riesgo adicional bajo	Riesgo adicional bajo	Riesgo adicional moderado	Riesgo adicional moderado	Riesgo adicional muy alto
3 o mas FR o DOB o Diabetes	Riesgo adicional alto	Riesgo adicional alto	Riesgo adicional alto	Riesgo adicional alto	Riesgo adicional muy alto
EC	Riesgo adicional alto	Riesgo adicional muy alto	Riesgo adicional muy alto	Riesgo adicional muy alto	Riesgo adicional muy alto

PAS: presión arterial sistólica, **PAD:** presión arterial diastólica, **FR:** factor de riesgo, **DOB:** daño de órgano blanco, **EC:** enfermedad clínica. Modificada de Guías Europeas 2003. El Consenso de Aterosclerosis (Uruguay 2005) decidió calificar la condición de DM o la presencia de \geq 3 FR o DOB (3er estrato de riesgo) que coincidan con PA normal (PAS 120-129 o PAD 80-84) como de alto riesgo.

DOB: Daño de órgano blanco. Daño provocado en: corazón, riñón, sistema vascular.

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR (o ECA)

Incluye:

- Accidente Cerebrovascular (ACV) isquémico, hemorrágico o Accidente Isquémico Transitorio (AIT).
- Cardiopatía isquémica: Infarto agudo de miocardio (IAM), angina, revascularización miocárdica o angioplastia, Insuficiencia Cardíaca.



- Insuficiencia renal de cualquier grado.
- Arteriopatía periférica.
- Retinopatía: exudados, hemorragia, edema de papila.

A nivel mundial las ECV provocan un mayor índice de mortalidad, en conjunto con los accidentes de tránsito.

La cardiopatía isquémica (CI) seguida del accidente cerebro vascular (ACV) y de la insuficiencia cardiaca (IC) son las causas más frecuentes de mortalidad cardiovascular.

La OMS ha referido que las enfermedades cardiovasculares no son solamente un problema de salud de los hombres y subraya que de las 16,5 millones de muertes que se producen cada año por esta causa, 8,6 millones corresponden a mujeres. "Los infartos de miocardio y los ictus son responsables del doble de fallecimientos en mujeres que todos los tipos de cáncer juntos", destaca esta organización, así como también resalta la importancia que tiene la hipertensión arterial con relación a estos eventos.¹¹

¹¹ Lugones, M. Climaterio, daño vascular y sexualidad. La Habana, Cuba. Agosto 2013.



**TASAS DE MORTALIDAD POR CAUSAS NO TRANSMISIBLES, POR REGIONES
DEL MUNDO Y GRUPO DE EDAD. ESTIMACIÓN PARA EL AÑO 2000³**

	<i>0 – 14 años</i>	<i>15 – 59 años</i>	<i>60 años y mas</i>
<i>Países desarrollados</i>	27.1	175.53	539.6
<i>Países menos desarrollados</i>	91.7	221.94	426.0
<i>América Latina y el Caribe</i>	65.4	187.73	497.3
<i>Resto de los países menos desarrollados</i>	94.6	225.84	526.6

Nota: Tasas por 100 000 habitantes.

Nivel de Atención:

Forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de atención de una población. Son escalones de complejidad en los que se organiza la actividad asistencial.

Existen tres niveles de atención: primer, segundo y tercer nivel. En nuestro caso se implementara solo el primer nivel debido a que se enmarca en una policlínica barrial.

Primer Nivel de Atención:

Es la base del Sistema de Salud. Atiende alrededor del 80% de los problemas de Salud, más generales de la población; de los cuales entre el 60 y 70% se resuelven en este nivel y se define como la organización de recursos que permite resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes en la Atención de la Salud de una población determinada y que deben ser accesibles para la misma.



Posee baja complejidad intensiva (tecnología) y alta complejidad extensiva (Equipo Interdisciplinario).

Tiene un área geográfica delimitada y una población asignada.¹²

¹² Etchabarne, L.y Col: Temas de Medicina Preventiva y Social, Educación. Oficina del Libro 2001 Uruguay.



MATERIAL Y METODOS:

Tipo de estudio:

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal.

Universo:

Población de referencia del Centro de Salud del Barrio Saravia: 2875. De ellos 2262 personas usufructúan dicho Servicio, de las cuales 1309 son adultas y 953 son niños.

Población de estudio: Mujeres adultas y adultas mayores que concurren a la policlínica de Barrio Saravia.

Muestra: Se tomó una muestra por conveniencia de usuarias que concurren a la Policlínica de Lunes a Viernes con consulta de médico de adulto.

Por mes el número de consultas es de 334 usuarios/as aproximadamente, de las cuales se tomó un 14%.

Selección de la Muestra o Reclutamiento de los sujetos de estudio:

La selección fue realizada a usuarias que consultaron en la Policlínica de Médico de adulto en el periodo entre el 1 de abril y el 31 de abril; a aquellas que aceptaron realizar el cuestionario realizado por las internas.

Criterios de inclusión:

Mujeres adultas y adultas mayores que asistieron a la policlínica entre el 1 de abril y el 31 de abril en los días de consulta.



Todos los alfabetos y analfabetos (que nunca concurrieron a ninguna institución educativa, a los mismos se les leerá el cuestionario).

Criterios de exclusión:

Se excluirán aquellos individuos del sexo masculino en su totalidad y femeninas menores de 26 años.



DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

Variables de caracterización

- **Sexo**

Definición conceptual: Proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina.

Definición operacional: Observación realizada por el investigador según rasgos y características externas.

Tipo: Cualitativa Nominal.

Categoría: Masculino/ Femenino.

- **Etnia**

Definición conceptual: Se refiere a los grupos en que se subdividen algunas especies biológicas, a partir de una serie de características que se transmiten por herencia genética.

Definición operacional: Observación realizada por el investigador según color de piel, rasgos faciales.

Tipo: Cualitativa Nominal.

Categoría: Amarilla / blanca/ trigueña/ negra.



- **Edad**

Definición conceptual: Tiempo de vida en años que registra la cedula de identidad de un ciudadano.

Definición operacional: Cantidad de años cumplidos a la fecha de aplicación del estudio.

Tipo: Cuantitativa Discreta.

Categoría: Años de edad; escala de intervalos: rango de edad: [25 - 47) [47 - 69) [69 - 91).

- **Nivel de instrucción**

Definición conceptual: Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.

Definición operacional: Nivel de educación máximo alcanzado, según respuesta de la usuaria en la entrevista.

Tipo: Cualitativa Ordinal.

Categoría: Primaria completa/incompleta, secundaria completa/ incompleta, analfabeto.

- **Ocupación laboral actual**

Definición conceptual: Acción o función que se desempeña para ganar el sustento.

Definición operacional: Labor diario de la usuaria del cual obtiene una remuneración.

Tipo: Cualitativa Nominal.

Categoría: Jubilado, pensionista, ama de casa, empleada doméstica, otros.



Variables de identificación de los factores de riesgo

- **Dislipemia**

Definición conceptual: Alteración del metabolismo de los lípidos, con su consecuente alteración de las concentraciones de lípidos y lipoproteínas en la sangre.

Definición operacional: Según respuesta brindada por la usuaria según lo que el equipo de salud le informo. Se confirma con la Historia Clínica.

Tipo: Cualitativa Nominal.

Categoría: Posee, no posee, no sabe.

- **Tabaquismo**

Definición conceptual: Adicción al tabaco provocada principalmente por uno de sus componentes, la nicotina.

Definición operacional: Presencia o ausencia de consumo de tabaco.

Tipo: Cualitativa Nominal.

Categoría: Fuma / no fuma.



- **Diabetes Mellitus**

Definición conceptual: Trastorno metabólico, es la baja producción de la hormona insulina, secretada por las células β de los islotes de Langerhans del páncreas endocrino. Se caracteriza por el aumento de los niveles de glucosa en la sangre.

Definición operacional: Según respuesta brindada por la usuaria según lo que el equipo de salud le informo. Se confirma con la Historia Clínica.

Tipo: Cualitativa Nominal.

Categoría: Diabético/ no diabético/ no sabe.

- **Factores estresantes**

Definición conceptual: Hechos significativos deseados o no, que ocurren en la vida de un sujeto que tienen una importancia tal que ejercen un impacto en términos de vivencias emocionales que pueden introducir cambios en los hábitos y costumbres y que requieren un esfuerzo adaptativo.

Definición operacional: Según respuesta brindada por la usuaria, si estaba atravesando una situación de divorcio, separación, familiares enfermos, problemas económicos.

Tipo: Cualitativa Nominal.

Categoría: Poseen 1 o más / no poseen.



- **Índice de Masa Corporal (IMC)**

Definición conceptual: Es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo por el estadístico Belga L.A.J.Quetelet, por lo que también se conoce como índice de Quetelet. Se calcula según la expresión matemática:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura}^2 \text{ (m)}}$$

Definición operacional: Resultado obtenido de la relación peso dividido talla al cuadrado.

Tipo: Cuantitativa continua.

Categoría: Delgadez no muy pronunciada 17 a 18,49; normal 18,5 a 24,99; sobrepeso mayor o igual a 25; pre obeso de 25 a 29,99; obeso mayor o igual a 30; obeso tipo I 30 a 34,99; obeso tipo II 35 a 39,99; tipo III mayor o igual a 40.

- **Antecedentes de Hipertensión Arterial**

Definición conceptual: Poseer enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de presión sanguínea en las arterias.

Definición operacional: Según respuesta brindada por la usuaria según lo el equipo de salud le informo. Se confirma con la Historia Clínica.

Tipo: Cualitativa Nominal.

Categoría: Si/ No.



- **Consumo de alcohol**

Definición conceptual: Consiste en padecer una fuerte necesidad de consumir alcohol de forma que existe una dependencia física del mismo.

Definición operacional: Presencia o ausencia de consumo de alcohol.

Tipo: Cualitativa Nominal.

Categoría: Consume/ no consume.

- **Consumo de fritos y grasas saturadas**

Definición conceptual: Ingesta de alimentos ricos en grasas saturadas (tipo de lípidos, son triglicéridos formados por 3 moléculas de ácidos grasos saturados y una molécula de glicerol) y fritos.

Definición operacional: Conducta de selección de alimentos para su consumo (galletitas, alfajores, snacks, bizcochos, comidas rápidas, etc.), medido a través del instrumento.

Tipo: Cualitativa Nominal.

Categoría: Consume / No consume.

- **Consumo de sal**

Definición conceptual: Ingesta de alimentos ricos en sodio y/o el agregado de sal a las comidas.

Definición operacional: Conducta de selección de alimentos para su consumo (embutidos, fiambres, enlatados, uso de sal en las comidas), medido a través del instrumento.



Tipo: Cualitativa Nominal.

Categoría: Consume / No consume.

- **Actividad física**

Definición conceptual: Conjunto de acciones motoras musculares y esqueléticas. Comúnmente se refiere a cualquier actividad física que mejora y mantiene la aptitud física, la salud y el bienestar de la persona.

Definición operacional: Realización de algún tipo de ejercicio físico, medido a través del instrumento.

Tipo: Cualitativa Nominal.

Categoría: Realiza /No realiza.

- **Antecedentes familiares**

Definición conceptual: Registro de las enfermedades de sus padres, hermanos/as, y/ o familiar directo en relación a antecedentes cardiovascular hipertensión arterial (HTA), infarto agudo de miocardio (IAM), accidente cardiovascular (ACV).

Definición operacional: Según respuesta brindada por la usuaria.

Tipo: Cualitativa Nominal.

Categoría: Posee/ No posee.



- **Riesgo cardiovascular**

Definición conceptual: Riesgo que tiene una persona de sufrir una enfermedad vascular en el corazón (angina de pecho o infarto) o en el cerebro embolia.

Definición operacional: Resultado obtenido a través de Tabla de Estratificación de RCV, relacionando PA con FR.

Tipo: Cualitativa Ordinal.

Categoría: Riesgo adicional muy alto, alto, moderado, bajo.



METODO E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Los datos se obtuvieron a través de fuente primaria (adultas y adultas mayores) y de fuente secundaria, utilizando la misma como respaldo y confirmación de la información (Historia Clínica).

La entrevista de tipo estructurada, consta de una serie de preguntas para caracterizar la población; sobre factores de riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. *VER ANEXO III A*

Se ejecutaron preguntas idénticas, en el mismo orden a cada participante, aplicando preguntas cerradas (dicotómicas y politómicas) y preguntas abiertas de respuesta libre.

Período considerado

La recolección de datos de esta investigación se realizó entre los días 1 al 31 de Abril del 2013.



CONSIDERACIONES ETICAS

Para realizar el estudio de investigación, fue necesaria la autorización por escrito de la Licenciada en Enfermería encargada de las Policlínicas Barriales de la ciudad de Carmelo, Depto. Colonia, perteneciente a la Red de Atención Primaria (RAP).

A su vez se solicitó autorización, con la correspondiente presentación de nuestra función como estudiantes de la Lic. de Enfermería, en la Policlínica.

Las entrevistas se realizaron con consentimiento informado, a usuarias adultas y adultas mayores. *VER ANEXO III A) B)*

Fecha	ET	ED	ET
15/04/17	1	10:30	15
16/04/17	1	10:30	15
17/04/17	1	10:30	15
18/04/17	1	10:30	15
19/04/17	1	10:30	15



RESULTADOS:

Se relevaron 47 cuestionarios aplicados a las usuarias que consultaron en la policlínica del Barrio Saravia en el periodo comprendido entre el 1° de abril al 31 de agosto de 2013.

De los datos relevados se obtuvo que son usuarias del sexo femenino mayores de 26 años que acudieron a la consulta de medico adulto y adulto mayor.

De los 47 cuestionados relevados se destaca que no se encontraron dificultades en su realización.

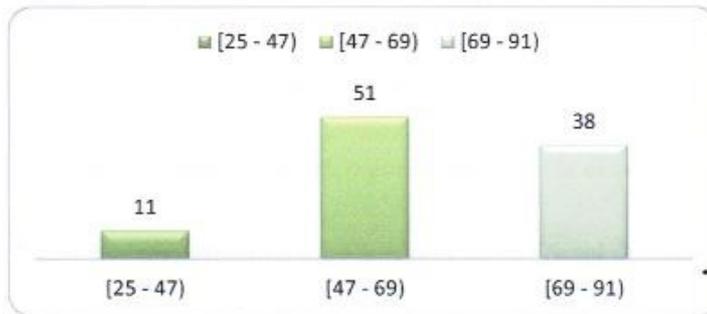
A continuación se presentan los siguientes datos:

Tabla N° I: Distribución frecuencias del rango de edad en años.

Edad	FA	FR	FR%
[25-47)	5	0.11	11
[47-69)	24	0.51	51
[69-91)	18	0.38	38
Total	47	1	100

Fuente: instrumento utilizado elaborado por los investigadores.

Gráfico N° I Rango de edad.



RANGO: 66

VARIANZA: 3.78

DESUDIO ESTANDAR: 1.94

COEFICIENTE DE DESVIACION: 0.030

MODA:

Intervalo modal (47 – 69]

Mo = 62.96

MEDIA ARITMETICA:

X = 63.89

MEDIANA:

Me = 63.17



Se observa el 51% de la población pertenece al intervalo de edad entre los 47 a 69 años de edad.

El valor en cual se tienden a agrupar los datos es de 63 aproximadamente.

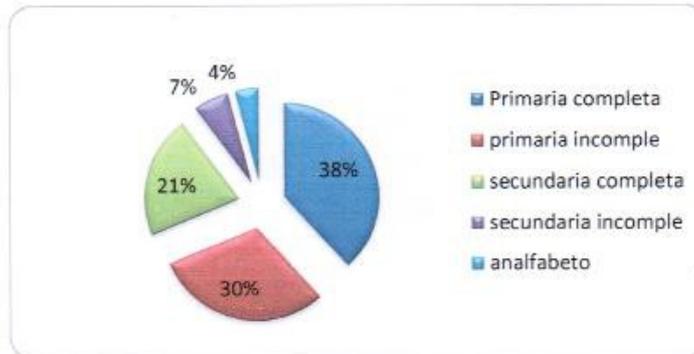
Según los resultados obtenidos por las medidas de dispersión los datos estarían agrupados.

Tabla N° II: Distribución de frecuencias del Nivel de Instrucción.

Nivel instrucción	FA	FR	FR%
Primaria completa	14	0.38	38
Primaria incompleta	18	0.3	30
Secundaria completa	3	0.21	21
Secundaria incompleta	10	0.07	7
Analfabeto	2	0.04	4
Total	47	1	100

Fuente: instrumento utilizado elaborado por los investigadores.

Gráfico N° II, Nivel de Instrucción.



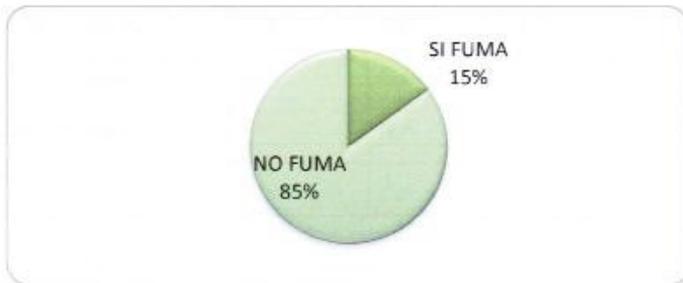
Se observa en la muestra que el 38% posee primaria completa mientras que a su vez se obtiene un 4% analfabeto.

Tabla N° III Distribucion de frecuencias del indice de Tabaquismo.

Tabaquismo	FA	FR	FR%
Si fuma	7	0.15	15
No fuma	40	0.85	85
Total	47	1	100

Fuente: instrumento realizado por los investigadores.

Grafico N° III Tabaquismo.



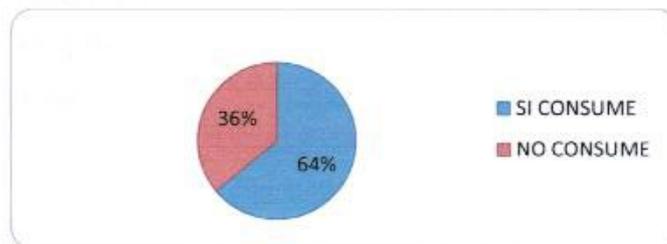
El 85% no fuma.

Tabla N° IV: Distribución de frecuencias del Consumo de fritos y grasas saturadas.

Consumo fritos y/o grasas saturadas	FA	FR	FR%
Si consume	30	0.64	64
No consume	17	0.36	36
Total	47	1	100

Fuente: instrumento realizado por los investigadores.

Gráfico N° IV Consumo de fritos y grasas saturadas.



El 64% de la muestra consume fritos y grasas saturadas.

Tabla N° V Distribución de frecuencias de Consumo de sal.

Consumo de sal	FA	FR	FR%
Si consume	28	0.6	60
No consume	19	0.4	40
Total	47	1	100

Fuente: instrumento realizado por los investigadores.

Gráfico N° V Consumo de sal.



El 60% consume sal en sus ingestas.

Tabla N° VI Distribución de frecuencias de Factores Estresantes.

F. ESTRESANTES	FA	FR	FR%
POSEE 1 o +	7	0.15	15
NO POSEE	40	0.85	85
Total	47	1	100

Fuente: instrumento realizado por los investigadores.

Gráfico N° VI Factores Estresantes.



El 85% no posee factores estresantes.

Tabla N° VII Distribucion de frecuencias de realizacion de Actividad Fisica.

Actividad Fisica	FA	FR	FR%
Si realiza	17	0.36	36
No realiza	30	0.64	64
Total	47	1	100

Fuente: instrumento realizado por los investigadores.

Gráfico N° VII Actividad Fisica.



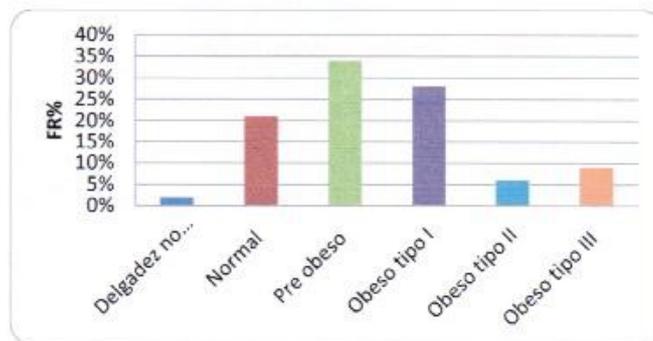
El 64% realiza actividad física.

Tabla N° VIII Distribución de Frecuencias de IMC.

IMC	FA	FR	FR%
Delgadez no muy pronunciada	1	0.02	2
Normal	10	0.21	21
Pre- obeso	16	0.34	34
Obeso tipo I	13	0.28	28
Obeso tipo II	3	0.06	6
Obeso tipo III	4	0.09	9
Total	47	1	100

Fuente: instrumento realizado por los investigadores.

Gráfico N° VIII) IMC.



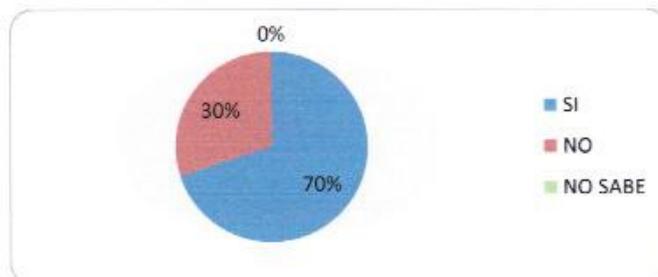
El 34% se ubica en el intervalo de pre obeso, mientras que el 2% se encuentra en una delgadez no muy pronunciada.

Tabla N° IX Distribución de frecuencias de Antecedentes de HTA.

Antecedentes de HTA	FA	FR	FR%
Si	33	0.7	70
No	14	0.3	30
No sabe	0	0	0
Total	47	1	100

Fuente: instrumento realizado por los investigadores.

Gráfico N° IX Antecedentes de HTA.



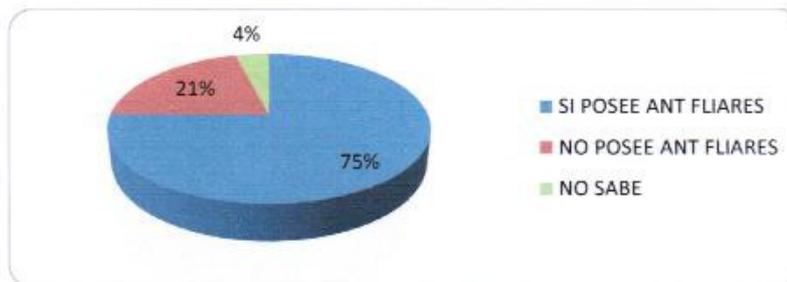
El 70% es hipertenso previo.

Tabla N° X Distribución de frecuencias de Antecedentes Familiares.

Antecedentes Familiares	FA	FR	FR%
Si posee	35	0.75	75
No posee	10	0.21	21
No sabe	2	0.04	4
Total	47	1	100

Fuente: instrumento realizado por los investigadores.

Gráfico N° X Antecedentes familiares.



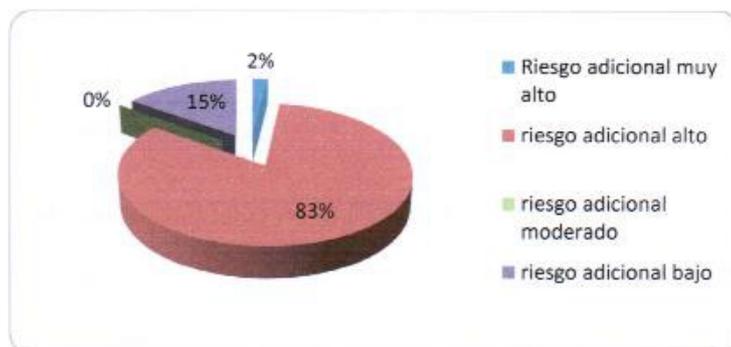
El 75% posee antecedentes familiares cardiovasculares.

Tabla N° XI Distribución de frecuencias de Riesgo Cardiovascular.

Riesgo Cardiovascular	FA	FR	FR%
R. adicional muy alto	1	0.02	2
R. adicional alto	39	0.83	83
R. adicional moderado	0	0	0
R. adicional bajo	7	0.15	15
Total	47	1	100

Fuente: instrumento realizado por los investigadores.

Gráfico N° XI Riesgo Cardiovascular.



El 83% posee riesgo cardiovascular alto.



DISCUSIÓN

En la siguiente discusión se compararan los datos obtenidos a través de los 47 cuestionarios realizados en la presente investigación con los datos mencionados en antecedentes y el marco teórico.

El artículo de investigación de la OPS “Epidemiología de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles” realizado en el año 2010, en Tegucigalpa (Honduras) menciona que las ECNT son la principal causa de muerte; provocando discapacidad y llegando a un nivel tan alto que un 70% de los fallecimientos en la región de las Américas son causadas por éstas.

En el año 2013 en Cuba, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal (estudiando 94 casos de ambos sexos) donde se obtuvo que la mayor afectación es provocada en un 60% por la HTA, en nuestro trabajo de investigación los datos muestran que se ve afectado el 70% de nuestra muestra.

Podemos destacar que en la Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de ECNT realizada por el Ministerio de Salud Pública se publicó que el 33% de la población uruguaya es fumadora, sin embargo en nuestra investigación obtuvimos que solo el 15% posee dicho hábito.

En cuanto al sedentarismo, la población uruguaya afirmó ser sedentaria en un 35%, pero en nuestra investigación el 64% no hace ningún tipo de actividad física.

Los datos de la encuesta del MSP también arrojaron que el 56.7% de los uruguayos poseen sobrepeso u obesidad, pero nuestros datos muestran que el 34% es pre obeso, el 28% tiene obesidad tipo I y el 15% se divide entre obesidad tipo II y III.



Si hacemos referencia a la dislipemia, la investigación del MSP obtuvo que el 29.2% posee un nivel elevado de colesterol en sangre, mientras que nuestro trabajo obtuvo el 45% de pacientes con esta patología.

En otra investigación “Frecuencia de HTA y algunos factores de riesgo en pacientes que acuden a la consulta de medicina interna del ambulatorio urbano Tipo II” realizada entre el 2009 – 2010, en la ciudad de Barquisimeto (Estado de Lara – Venezuela). Se tomó una población objetivo de 88 usuarios de ambos sexos, donde se obtuvo que el 65.90% padecían hipertensión, mientras que en esta investigación el 70% lo padecen.

En la población venezolana esta investigación arrojó que el 34% posee diabetes, mientras que, como se mencionó anteriormente, en nuestro trabajo el 28% presentan esta patología.



CONCLUSION

Las ECNT son tanto en el pasado como en la actualidad un importante problema ya sea en salud pública como en la privada, y a su vez la relación tan estrecha de ellas con los FR es continua. En el presente trabajo de investigación se analizaron los datos provenientes de 47 usuarias de la Policlínica Barrio Saravia, en el periodo Abril – Agosto 2013. Como resultado de los datos obtenidos y del análisis realizado mediante esta investigación se puede destacar que se cumplió con los objetivos planteados al comienzo de la misma. Es así que se logró identificar los factores de riesgo presentes en la población objeto de estudio. En primera instancia se caracterizó a la población adulta y adulta mayor de sexo femenino que concurrió a la Policlínica. El mayor porcentaje de población femenina es de 62% trigueña, el intervalo de edad con mayor porcentaje fue de 47 a 69 años; así mismo se presenta un alto porcentaje en nivel de instrucción de primaria completa, en cuanto a la ocupación laboral, un 6% es empleada doméstica y el 32% es jubilado. Hábitos nocivos como tabaquismo un 85% no fuma, en igual porcentaje no posee factores estresantes. El 75% posee antecedentes familiares y el 83% riesgo cardiovascular alto. El 34% se ubican en el intervalo de preobeso; el 70% posee antecedentes de HTA, el 64% consume fritos y grasas, el 60% consume sal. El 64% no realiza alguna actividad física. Se puede destacar que los factores que se presentaron con mayor frecuencia fueron: el consumo de fritos y/o grasas saturadas; consumo de sal; poseer HTA previa y un Riesgo Cardiovascular Alto; preobesidad y obesidad Tipo I y antecedentes familiares de ECNT. Como aspecto positivo, se puede resaltar que el hábito tabáquico es bajo, no hay consumo de alcohol, la gran mayoría no posee factores estresantes y gran adhesión a la actividad física.



En cuanto a los resultados obtenidos, como equipo de salud, desde nuestro rol nos parece fundamental la prevención y promoción de la salud (Primer Nivel de Atención). Creemos que si en el Primer Nivel de Atención se tratan todos estos factores de riesgo, a través de la educación sobre los mismos se pueden bajar notablemente los porcentajes de incidencia de los FR. La educación sobre estos es fundamental ya que afectan a todo tipo de población y como se mencionó anteriormente son un problema actual, real y creciente.

Sugerimos que sería conveniente aplicar el PPENT (Programa de Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles) perteneciente al MSP (Ministerio de Salud Pública) que aplica una estrategia de promoción de la salud, haciendo énfasis en la prevención y la atención precoz de las ECNT.

En cuanto a la población joven, sería conveniente empezar a educarlos en hábitos saludables lo antes posible, con el fin de adaptarlos a los mismos y también de poder disminuir los riesgos de la enfermedad; y lograr el diagnóstico precoz de una ECNT.

Al referirnos a los adultos jóvenes y a los adultos mayores, personas con hábitos ya incorporados, es necesario educarlos de forma paulatina, para que puedan adaptarse a los cambios para favorecer su calidad de vida.

Es necesario en todas las poblaciones hacer un seguimiento de las personas que poseen FR, motivarlos a concurrir al control médico y enseñarles hábitos saludables desde la prevención.

A pesar de concluir todo esto, la realidad de la Policlínica es otra, no cuenta con los RRMM, RRHH ni los RRF, necesarios para poder llevar a cabo estas ideas.



BIBLIOGRAFIA

- ✓ Alwan, A.; Armstrong, T.; Bettcher, D.; Branca, F.; Chisholm, D.; Ezzati, M.; Garfield, R.; MacLean, D.; Mathers, C.; Mendis, S.; Poznyak, V.; Riley, L.; Cho Tang, K.; Wild, C. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. OMS. Ginebra, Suiza. 2011. [acceso 7 de Marzo de 2014]. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/es/

- ✓ Brownell, K.; Schwartz, M.; Puhl, R.; Henderson, K.; Harris, J. The Need for Bold Action to Prevent Adolescent Obesity. Journal of adolescent health. 2009. [acceso 7 de Marzo de 2014]. Disponible en: http://www.yaleruddcenter.org/resources/upload/docs/what/industry/ActionPreventAdolescentObesity_JADA_6.09.pdf

- ✓ Kelly, B.; Weinberger, C.; Jackson, R.; Jordan, L.; Danforth, K.; Wiltshire, J.; Kelley, P. A Critical Challenge to Achieve Global Health. Promoting Cardiovascular Health in the Developing World. 2010. [acceso 5 de Marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2010/Promoting-Cardiovascular-Health-in-the-Developing-World/Global%20Cardiovascular%20Disease%202010%20%20Report%20Brief.pdf>



- ✓ Kreatsoulas C, Anand SS. The impact of social determinants on cardiovascular disease. Can J Cardiol, ed.2010. 2012.

- ✓ Luis Salvarey. (Prof.Adj.de Bioestadística). Metodología de la investigación. Instituto Nacional de Enfermería. Regional Norte de Salto. Universidad de la República Oriental del Uruguay.Ed.5°; 1991-1992. Métodos poblacionales e individuales para la prevención y el tratamiento de la diabetes y la obesidad. Washington, D.C.: OPS, ed.: 2011. 2012.

- ✓ Mood, A.M. and Graybill, F.A. Introducción a la teoría Estadística 1964. Ed.:2°.1964.

- ✓ Naciones Unidas. Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. Sexagésimo sexto período de sesiones de la Asamblea General; 2011 (documento A/66/L.1 y resolución A/RES/66/2.Nueva York: Naciones Unidas.Ed.:2011. 2012.

- ✓ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010 .Ginebra: OMS. Ed.: 2011 .2012.



- ✓ Organización Panamericana de la Salud (OPS) [scde Web]. Washington, D.C., EE.UU. OPS. [Actualizado 16 de Septiembre de 2011; acceso 5 de Marzo de 2014]. Enfermedades no transmisibles en las Américas: Construyamos un futuro más saludable. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5884&Itemid=1926&lang=es

- ✓ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. 28. a Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington, D.C., EE.UU. OPS. 2012. [acceso 4 de Marzo de 2014]. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19267&Itemid.

- ✓ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Mínimo, conjunto de datos óptimo y opcional para las enfermedades no transmisibles. Washington, D.C., EE.UU. OPS. 2011. [acceso 6 de Marzo de 2014]. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1930%3Aminimum-optimum-optional-data-set-ncds&catid=1384%3Aanmh-cnecd-surveillance-content&Itemid=1708&lang=en



- ✓ Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades no transmisibles en las Américas: Construyamos un futuro más saludable .Washington, DC: OPS. Ed.: 2011 -2012.

- ✓ Pan American Health Organization (PAHO). "Regional Consultation: Priorities for Cardiovascular Health in the Americas, Key Message for Policymakers". Washington, D.C., EE.UU. PAHO. 2011. [acceso 6 de Marzo de 2014]. Disponible en: <http://www1.paho.org/priorities/index.html>

- ✓ Pan American Health Organization. Non-communicable Diseases in the Americas: Basic Indicators 2011 Washington, DC: OPS, ed.:2011 .2012. Organización Panamericana de la Salud.

- ✓ Pan American Health Organization. Regional consultation: priorities for cardiovascular health in the Americas. Key messages for policymakers. Ordúñez-García P, Campillo-Artero C, eds. Washington, D.C.: OPS,ed.: 2011.2012.



ANEXOS

D)

Clasificación de la OMS del estado nutricional de acuerdo con el IMC

Clasificación	IMC (kg/m ²)	
	Valores principales	Valores adicionales
Infrapeso	<15,99	<15,99
Delgadez severa	<16,00	*<16,00
Delgadez moderada	16,00 - 16,99	16,00 - 16,99
Delgadez no muy pronunciada	17,00 - 18,49	17,00 - 18,49
Normal	18,5 - 24,99	18,5 - 22,99
		23,00 - 24,99
<u>Sobrepeso</u>	≥25,00	≥25,00
Preobeso	25,00 - 29,99	25,00 - 27,49
		27,50 - 29,99
Obeso	≥30,00	≥30,00
Obeso tipo I	30,00 - 34,99	30,00 - 32,49
		32,50 - 34,99
Obeso tipo II	35,00 - 39,99	35,00 - 37,49
		37,50 - 39,99
Obeso tipo III	≥40,00	≥40,00

* En adultos (20 a 60 años) estos valores son independientes de la edad y son para ambos sexos.



- 1) ***A) NECESITAMOS CONOCER LOS FACTORES DE RIESGO CAUSANTES DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRASMISIBLES.***

El mismo será administrado por el estudiante al entrevistado.

INFORMACION DE IDENTIFICACION DEL ENTREVISTADOR
APELLIDO DEL ENTREVISTADOR:
NOMBRE DEL ENTREVISTADOR:
CEDULA DE IDENTIDAD:
FECHA:

INFORMACION DE IDENTIFICACION Y CONTACTO DEL ENTREVISTADO
APELLIDO DEL ENTREVISTADO:
NOMBRE DEL ENTREVISTADO:
CEDULA DE IDENTIDAD:
NUMERO DE TELEFONO:
DIRECCION:

1- Sexo	MARQUE CON UNA CRUZ
HOMBRE	
MUJER	

2- ¿Cuántos años tiene usted?
.....AÑOS



3- ¿Sabe leer y escribir?

SI

NO

4- ¿Cuál es el nivel de instrucción más alto que alcanzo?

ANALFABETO

SIN ESCOLARIZACION FORMAL

PRIMARIA COMPLETA/INCOMPLETA

SECUNDARIA COMPLETA/INCOMPLETA

5- Cree tener ascendencia.....

AFRO O NEGRA

BLANCA

INDIGENA-ASIATICA- AMARILLA

6- ¿Cuál de las siguientes opciones describe su situación laboral actual?

EMPLEADO DEL SECTOR PUBLICO

EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO

TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TRABAJADOR NO RENUMERADO

ESTUDIANTE

AMO/A DE CASA

JUBILADO O PENSIONISTA

NO TRABAJA

7- ¿Cuántas personas conviven con usted?



8- ¿Fuma usted algún producto de tabaco?
SI
NO

9- En promedio, ¿Cuántos de los siguientes productos fuma al día?
CIGARRILLOS _____
TABACO DE ENROLLAR _____
PIPAS _____
HABANOS _____
OTRO _____

10- ¿Consume alguna bebida alcohólica diariamente?
SI
NO

11- ¿Qué tipo de aceite o grasa utiliza para cocinar?
ACEITE VEGETAL
GRASA VACUNA
MANTECA
MARGARINA

12- ¿Consume usted comidas no preparadas en su hogar y/o listas para consumir? Nos referimos a no elaboradas en el hogar, ej.: rotisería, precocidas que se descongelan, carro de comidas rápidas.
SI
NO



13- ¿Consumes algunos de estos productos: galletitas, alfajores, snacks (papitas, palitos, chizitos), bizcochos?

SI

NO

14- ¿Consumes alimentos procesados que contienen mucha sal? *Embutidos, fiambres, enlatados.*

SI

NO

15- ¿Agrega sal o algún condimento salado a sus comidas al prepararlas?

SI

NO

16- ¿Agrega sal a sus comidas?

SI

NO

17- ¿Usa una bicicleta o camina al menos 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos?

SI

NO

18- ¿Practica usted deportes como correr, caminar, gimnasia aeróbica?

SI

NO



19- ¿Frecuencia?

20- En este último año, ¿ha padecido algún evento vital estresante? *Separación, divorcio, fallecimiento de familiar directo, cambio de situación laboral, económica.*

SI

NO

21- ¿Alguna vez le han dicho que tiene presión alta?

SI

NO

22- ¿Le han recetado medicamentos para la presión?

SI

NO

23- ¿Alguna vez le han dicho que su nivel de glucosa (azúcar) en sangre es elevado?

SI

NO

24- Si es así, ¿le han recetado algunos de los siguientes tratamientos?

INYECTARSE INSULINA

MEDICACION VIA ORAL

DIETA



25- ¿Alguna vez le han dicho que su nivel de colesterol es alto?

SI

NO

26- Si es así, ¿le han recetado algunos de los siguientes tratamientos?

MEDICACION VIA ORAL

DIETA

AMBAS

27- ¿Alguien en su familia (abuelos, padre, madre, hermanos/as) ha sido diagnosticado con algunas de las siguientes enfermedades?

PRESION ALTA	SI	NO
--------------	----	----

ATAQUE DE CORAZON (IAM)	SI	NO
-------------------------	----	----

DERRAME CEREBRAL	SI	NO
------------------	----	----

DIABETES (AZUCAR) EN LA SANGRE	SI	NO
--------------------------------	----	----

MEDIDAS FISICAS

LEER Y OBTENER FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

1- Valor de Presión Arterial:

SISTOLICA (mmHg)

DIASTOLICA (mmHg)



ESTATURA:

EN CENTIMETROS.....

El informante se encontraba:
CALZADO
CON TACOS
SIN TACOS
DESCALZO

PESO:

EN KILOGRAMOS.....

El encuestado se encontraba:
CALZADO
SIN CALZADO

¿Llevaba puesto más de un buzo o campera?
SI
NO



III) A) CARTAS

Carta de autorización para realizar la investigación

Carmelo, 20 Marzo de 2013

Dir. de Atención Primaria Colonia Oeste: Lic. Cecilia Badin.

Lic. Adj. Imelda Francia.

Mediante la presente nos dirigimos a usted con el fin de solicitar autorización para desarrollar un estudio de investigación sobre los Factores de Riesgo presente en las usuarias que concurren a dicha Policlínica. El mismo se titula: "Conocer los factores de riesgo en las usuarias que concurren a la Policlínica del barrio Saravia de la ciudad de Carmelo" y se encuentra a cargo de la Cátedra de Administración.

Llevado a cabo por cuatro estudiantes de la Facultad de Enfermería en el tiempo comprendido desde el 1 de abril al 31 de agosto del presente año.

La Facultad de Enfermería reconoce que ha revisado el protocolo de investigación, autorizándonos a desempeñar dicha actividad.

Esperando una resolución favorable a esta petición quedamos a sus gratas órdenes para ampliar información sobre esto, en caso de que Ud. lo considere necesario.

Saluda Atentamente.

Estudiantes Facultad Enfermería

Br. Belén Siri

Br. Eliana Bentancur

Br. Bárbara Andrade

Br. Rosana Rodríguez



B) Consentimiento Informado

Consentimiento informado

Yo _____ he sido informado (a) por los estudiantes de Licenciatura en Enfermería, Facultad de Enfermería, de la Universidad De La Republica, que desarrollan un trabajo de investigación en la zona, acerca de los Factores de Riesgo en las usuarias que concurren a la Policlínica.

La información que usted proporcionara es confidencial y solo se usara con fines de investigación. Su nombre, dirección, teléfono u otra información personal no serán expuestos, manteniéndose el anonimato.

Su participación es voluntaria y usted puede rehusarse a realizar la misma.

Se realizara medición de peso, talla y de presión arterial.

Su firma en este consentimiento señala que usted entiende lo que se realizara y que está dispuesto a participar de dicha encuesta.

Firma.....

Fecha: