



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE ADMINISTRACIÓN



# EL CONSUMO DE SAL Y EL AUMENTO DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN LA POBLACIÓN DE LA CIUDAD DE TACUAREMBÓ EN EL PERÍODO AGOSTO 2013-MARZO 2014

**Autoras:**

Paola Fialho  
Mónica Mattos  
Ana Lía Quay

**Tutores:**

Prof. Agda. Mag. Rosa Sangiovanni

**Montevideo, 2015**

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

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos a la Prof. Agdo. Mg. Lic. Enf. Rosa Sangiovanni por su constante apoyo y disposición a colaborar con nuestro estudio.

A nuestras familias y parejas que han padecido de nuestros sacrificios junto con nosotros y nos han alentado a seguir adelante.

También a nuestros compañeros de trabajo que nos han apoyado en esta labor.

# Índice

	<b>Pág.</b>
Agradecimientos.....	1
Índice.....	2
Abreviaturas y siglas.....	3
Resumen.....	4
Introducción.....	5
Planteamiento del Problema.....	7
Objetivos.....	7
Marco Teórico.....	8
Antecedentes nacionales de ECNT.....	20
Antecedentes internacionales de ECNT.....	22
Material y Métodos.....	25
Resultado de la investigación.....	30
Discusión.....	58
Conclusión.....	60
Sugerencias.....	62
Bibliografía.....	63
Anexos.....	64

## **Abreviaturas y siglas**

**ECNT:** Enfermedades Crónicas No Transmisibles

**MSP:** Ministerio de Salud Pública

**PA:** Presión Arterial

**HTA:** Hipertensión Arterial

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**<=:** Menor y/o igual

**>:** Mayor y/o igual

## Resumen

El siguiente trabajo de investigación es de tipo descriptivo, cuantitativo de corte transversal, de una población determinada que comprende las franja etarea que va de los 25 a 64 años, de la Ciudad de Tacuarembó.

Se realizó el reconocimiento del área geográfica, se informó a la población que se iba a realizar este estudio, se llevó a cabo las entrevistas mediante un cuestionario, en el período comprendido entre agosto 2013 y marzo 2014, concluyendo con la elaboración del informe final en el mes de febrero de 2015.

Mediante la realización de una visita domiciliaria, se realizaron mediciones de parámetros físicos (peso, talla, tensión arterial) junto con un cuestionario que se le realiza sobre antecedentes personales y familiares (Hipertensión Arterial), hábitos nocivos (tabaquismo, alcoholismo), dieta (consumo de frutas y verduras, consumo de alimentos preparados fuera del hogar, agregado de sal a las comidas).

La información se procesó estadísticamente determinando la prevalencia de la hipertensión arterial.

Este estudio pretende dar una muestra reducida de las similitudes o diferencias que hay entre las estadísticas manejadas a nivel nacional, y las obtenidas en esta muestra de la ciudad de Tacuarembó.

La muestra de la ciudad que se estudió está compuesta por 150 individuos intercalados en ambos sexos, comprendidos en una franja de edad entre 25 y 64 años.

**Palabras clave:** consumo de sal, hipertensión arterial, factor de riesgo, Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

## Introducción

El siguiente trabajo fue realizado por tres estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería, pertenecientes a la Facultad de Enfermería- Universidad de la República; que corresponde al trabajo final de investigación. Se cree prioritario trabajar sobre la causa de morbi-mortalidad que más afecta al Uruguay, como lo son las afecciones cardiovascular y en especial alguno de sus factores de riesgo relacionados como es el caso de la hipertensión arterial y el consumo de sodio. Es pertinente mencionar que las enfermedades crónicas no transmisibles son la causa del 70% de las defunciones producidas en el Uruguay, siendo el 33,8% de causa cardiovascular; según datos estadísticos que llevó a cabo el Ministerio de Salud Pública sobre enfermedades crónicas no transmisibles, junio 2007. Partiendo de este estudio se planteó estudiar la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en una muestra poblacional, para evaluar la magnitud de este problema en la población en estudio. Se decidió estudiar los factores de riesgo cardiovascular, debido a que de no ser prevenidos y/o detectados de manera precoz puede llevar a un aumento en la incidencia a desarrollar eventos cardiovasculares, los cuales pueden ocasionar riesgos vitales así como también modificar significativamente la calidad de vida del individuo.

El tema abordado es “El consumo de sal y el aumento de la presión arterial en la población seleccionada que incluye a hombres y mujeres que corresponde a la franja etarea de 25 a 64 años de la ciudad de Tacuarembó”, este estudio es cuantitativo, descriptivo de corte transversal; el cual se realizó en el período de tiempo comprendido entre agosto 2013 y marzo 2014.

En la primera encuesta Nacional de ECNT elaborada por el MSP, dio como resultado que el 28,6% de los uruguayos de entre 25 y 64 años le agregaban sal a sus comidas.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> [www.ecuavista/articulo/noticiasinternacionales/54022](http://www.ecuavista/articulo/noticiasinternacionales/54022)

Se toma en cuenta que la hipertensión arterial constituye un importante factor de riesgo para las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en el Uruguay.

Este trabajo de investigación tiene como finalidad conocer si el consumo de sal o sodio aumenta o afecta los valores tensionales en la población a estudiar (siendo o no HTA)

El universo de estudio lo comprenden hombres y/o mujeres residentes en la ciudad de Tacuarembó, que comprenden las edades de 25 a 64 años de edad.

## **Planteamiento del Problema**

¿El mayor consumo de sal aumenta las cifras de presión arterial?

### **Objetivo General**

1.-Conocer la relación que existe entre el consumo de sal y el aumento de las cifras tensionales en los hombres y mujeres de 25 a 64 años de edad que viven en la ciudad de Tacuarembó.

### **Objetivos específicos**

- 1-Characterizar la población en estudio.
- 2-Identificar la población según habito en el consumo de la sal
- 3-Identificar la población con diagnóstico de Hipertensión Arterial.

## **Marco Teórico**

### **Definición e incidencia de ECNT**

El Ministerio de Salud Pública (MSP) informó, mediante comunicado de prensa, que las enfermedades crónicas no transmisibles, cardiovasculares, cáncer y diabetes, son las principales causas de muerte prematura y de discapacidad en la mayoría de los países de América Latina y representan el 70% de las defunciones. Estas enfermedades comparten factores de riesgo comunes que incluyen el tabaquismo, el sedentarismo, la dieta inadecuada, la obesidad y la hipertensión. En Uruguay las ECNT figuran entre las primeras causas de mortalidad y son motivo de gran parte de la discapacidad y del 46% de la morbilidad. Estas enfermedades se caracterizan por la presencia de factores de riesgo que están presentes durante largo tiempo antes de que se desencadene la enfermedad.

La vigilancia de estos factores de riesgo resulta fundamental para conocer su magnitud, tendencia y evaluar el impacto que sobre ellos tengan los programas preventivos. La misma se basa en la realización en forma periódica, de encuestas poblacionales para determinar la prevalencia de los factores de riesgo que tienen mayor peso en la causalidad de las ECNT: consumo de tabaco, consumo de alcohol, dieta inadecuada, sedentarismo, obesidad, hipertensión arterial, diabetes, hipercolesterolemia

Las ECNT son la principal causa de morbimortalidad en Uruguay, también son el origen de la mayor parte de las discapacidades que presentan los individuos y que incrementan sus necesidades asistenciales. También son responsables de más del 70% de las defunciones. Estas características determinan 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 se llevan

más del 60% del total. Dentro de los costos indirectos se debe tener en cuenta el ausentismo laboral, las pensiones por invalidez, viudez y orfandad.<sup>2</sup>

**Definición de Factor de riesgo:**

En epidemiología un **factor de riesgo** es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.

En el caso de los diferentes tipos de cáncer, cada uno tiene diferentes factores de riesgo. Por ejemplo, la exposición sin protección a los rayos solares es un factor de riesgo para el cáncer de piel, y el fumar es un factor de riesgo para el cáncer de pulmón, laringe, boca, faringe, esófago, riñones, vejiga urinaria y otros órganos.

Hay que diferenciar los factores de riesgo de los **factores pronóstico**, que son aquellos que predicen el curso de una enfermedad una vez que ya está presente. Existe también **marcadores de riesgo** que son características de la persona que no pueden modificarse (edad, sexo, estado socio-económico, etc.). Hay factores de riesgo (edad, hipertensión arterial, etc.) que cuando aparece la enfermedad son a su vez factores pronóstico (mayor probabilidad de que se desarrolle un evento).

En epidemiología, los factores de riesgo son aquellas características y atributos (variables) que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado. Los factores de riesgo no son necesariamente las causas, sólo sucede que están asociadas con el evento. Como constituyen una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden usarse con ventajas tanto en prevención individual como en la comunidad.

El término "factor de riesgo" fue utilizado por primera vez por el investigador de enfermedades cardíacas Thomas Dawber en un estudio publicado en 1961, donde

---

<sup>2</sup> <http://focoblanco.com.uy/2011/07/enfermedades-cronicas-no-transmisibles-en-uruguay-son-el-46-de-morbilidad/>

atribuyó a la cardiopatía isquémica determinadas situaciones como son la presión arterial, el colesterol o el hábito tabáquico.<sup>3</sup>

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. (Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene.)<sup>4</sup>

### **Factores de Riesgo Cardiovascular**

Se considera factor de riesgo cardiovascular, a aquellos hábitos, patologías, antecedentes o situaciones que desempeñan un papel importante en las probabilidades de desarrollar una enfermedad cardiovascular en un futuro más o menos lejano en aquellos individuos que la presentan. Cuantos más factores de riesgo tenga una persona, mayores serán sus probabilidades de padecer una enfermedad. Algunos factores de riesgo pueden tratarse o modificarse y otros no. Pero el control del mayor número posible de ellos, mediante cambios en el estilo de vida y/o tratamientos precoces, puede reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular. Tabaquismo: La relación entre tabaco y enfermedad coronaria ya fue puesta de manifiesto hacia fines de 1959 en estudios efectuados por Hammond y Horn. Las investigaciones demuestran que fumar acelera el pulso y puede provocar alteraciones del Ritmo cardíaco, contraer las arterias provocando vasoconstricción y por ende aumentar la presión arterial. Aunque la nicotina es el agente activo principal del humo del tabaco, otros compuestos y sustancias químicas, tales como el alquitrán y el monóxido de carbono, también son perjudiciales para el corazón. Estas sustancias químicas contribuyen a la acumulación de placa de Ateroma en las arterias, posiblemente por lesionar las paredes de los vasos

---

<sup>3</sup> [http://es.wikipedia.org/wiki/Factor\\_de\\_riesgo](http://es.wikipedia.org/wiki/Factor_de_riesgo)

<sup>4</sup> [http://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](http://www.who.int/topics/risk_factors/es/)

sanguíneos. También afectan al colesterol y a los niveles de fibrinógeno (un coagulante sanguíneo), aumentando así el riesgo de que se forme un coágulo que pueda provocar un Infarto o un ataque cerebral.

**Colesterol** La relación entre las concentraciones de colesterol y la mortalidad coronaria es directa, continua, y no existe un valor umbral a partir del cual se inicie el riesgo de padecer una complicación isquémica de la arteriosclerosis. El riesgo de padecer enfermedad coronaria aumenta discreta y progresivamente entre 150 mg/dl y 200 mg/dl. A partir de 200 mg/dl el riesgo coronario aumenta de forma más acentuada, de modo que un sujeto con colesterol entre 240 mg/dl y 300 mg/dl tiene un riesgo coronario más de cuatro veces superior al de un sujeto con un colesterol inferior a 200 mg/dl <sup>4</sup>

### **Definición de PA e Hipertensión**

La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias.

Cada vez que el corazón late, bombea sangre hacia las arterias. En ese momento, su presión es más alta. A esto se le llama presión sistólica. Cuando su corazón está en reposo, entre un latido y otro, la presión sanguínea disminuye. A esto se le llama la presión diastólica.

En la lectura de la presión arterial se utilizan estos dos valores, las presiones sistólica y diastólica. Generalmente, se escriben uno arriba del otro o uno antes del otro. La lectura con valores de:

- 119/79 o menos son normales
- 140/90 o más indican hipertensión arterial
- Entre 120 y 139 para el número más elevado, o entre 80 y 89 para el número más bajo es pre hipertensión

*Medida de la PA:* luego de un reposo previo de varios minutos se debe medir las cifras tensionales con el paciente sentado, con el brazo apoyado a la altura del corazón. Se

debe repetir la medición uno o dos minutos después, al menos en una oportunidad. Se considerará como valor válido el promedio de ambas mediciones.<sup>5</sup>

La hipertensión arterial no suele tener síntomas, pero puede causar problemas serios tales como derrames cerebrales, insuficiencia cardíaca, infarto e insuficiencia renal.<sup>6</sup>

La hipertensión arterial, afección que afecta tanto a adultos como a niños, constituye un importante factor de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles. El porcentaje de hipertensos con PA mayor a 140/90 mmhg aumentó de 12% en 1996 a 27,1% en 2011 existiendo un elevado porcentaje que desconocía su condición de hipertenso, particularmente en los hombres.

La HTA es una afección frecuente en nuestro país aún constituye un importante problema de salud pública que requiere optimizar tanto su prevención como su manejo.<sup>12</sup>

Es una enfermedad crónica que interacciona con otras enfermedades crónicas de alta prevalencia como la diabetes, el sobrepeso y la obesidad, el tabaquismo y las alteraciones de los lípidos entre otras.

## **EFFECTOS**

Los daños de la hipertensión arterial son principalmente en el corazón, cerebro y riñones, los cuales pueden manifestarse como infarto cardíaco, embolia cerebral y daño permanente del riñón (insuficiencia renal crónica). La mortalidad por estas complicaciones ha mostrado un incremento sostenido durante las últimas décadas. Las enfermedades del corazón, la enfermedad cerebrovascular y las nefropatías se encuentran entre las primeras causas de muerte, además de ser de las enfermedades que generan grandes costos en su atención.

Cuando una persona tiene presión arterial superior a 140/90 milímetros de mercurio,

---

<sup>5</sup> Revista Uruguaya de Cardiología. Volumen 27 | n°3 | Diciembre 2012; 352-376. Especial HIPERTENSION ARTERIAL. "Hipertensión arterial: hechos esenciales".

<sup>6</sup> <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/highbloodpressure.html>

existen graves riesgos de sufrir alguna complicación y de morir. Desde luego que a mayores valores de la presión arterial, mucho mayor el riesgo.

### **¿QUIÉNES LA SUFREN?**

Personas mayores de 40 años, quienes además presentan sobrepeso u obesidad.

La hipertensión puede acompañar a la diabetes mellitus y al colesterol elevado en la sangre en más del 50% de los casos.

### **SÍNTOMAS**

Es una enfermedad silenciosa, por lo que puede evolucionar sin manifestarse por largo tiempo hasta que una lesión orgánica la ponga de manifiesto. La mayoría de las veces, la detección constituye un hallazgo durante el examen físico, por lo que la presión arterial debe registrarse sistemáticamente en todos los pacientes, cualquiera que sea la causa de consulta.

El síntoma más común de esta enfermedad es el dolor de cabeza especialmente en la base de la nuca, el cual puede llegar a ser incapacitante, acompañado de visión borrosa o mareos.<sup>7</sup>

En el Uruguay se ha creado el Programa Nacional de Salud Renal donde el centro de Nefrología del Hospital de Clínicas y la Sociedad Uruguaya de Nefrología participan activamente junto al Fondo Nacional de Recursos y al Ministerio de Salud Pública. Este programa ha permitido la captación precoz de pacientes con enfermedad renal y ha demostrado como el control de la hipertensión arterial es uno de los principales factores que contribuye a enlentecer la progresión de la enfermedad renal.

Para lograr un mejor control de la hipertensión arterial es prevenir el desarrollo de enfermedad cardiovascular y esto último no lo lograremos si no mantenemos un

---

<sup>7</sup> <http://www.prevenisste.gob.mx/hipertension-enfermedades-cardiacas/definicion-de-hipertension-y-que-se-puede-hacer#ancla>

enfoque integral que al mismo tiempo busque disminuir el tabaquismo, mejorar el control de la diabetes, la obesidad y el sedentarismo, las alteraciones del colesterol, etc.

El desarrollo de enfermedades crónicas tiene un fuerte componente ligado al ambiente y al estilo de vida. En este sentido las recomendaciones son a promover y facilitar:

- 1) La realización de ejercicios aeróbicos
- 2) El consumo moderado de sal de sodio
- 3) El cese del tabaquismo
- 4) La realización de controles periódicos de peso, presión arterial, glicemia y lípidos en sangre.<sup>8</sup>

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte a nivel mundial, siendo la hipertensión arterial (HTA) el principal factor de riesgo de las mismas. Aproximadamente 2/3 de los accidentes cerebrovasculares (ACV) y la mitad de la cardiopatía isquémica son atribuibles a la presión arterial anormalmente elevada. En el mundo se estima que cada año la HTA causa 7.000.000 de muertes, y en nuestro país, si bien en los últimos diez años la mortalidad cardiovascular ha venido descendiendo, una investigación reciente mostró que en ese período la mortalidad por HTA se ha incrementado. En nuestro país la muerte por ECV, donde la HTA tiene un peso muy importante, presenta una de las tasas más altas de la región.<sup>9</sup>

Hay datos probatorios irrefutables de que la ingesta de sal alimentaria es la principal causa de hipertensión y de que una reducción del consumo de sal, del nivel actual de aproximadamente 9 a 12 g/d en la mayor parte de los países al nivel recomendado de menos de 5 g/d, disminuye la presión arterial. Una reducción adicional hasta 3 a 4 g/d tiene un mayor efecto y es necesario seguir teniendo en cuenta la posibilidad de metas

---

<sup>8</sup> S.U.H.A. Mensaje de la Sociedad Uruguaya de hipertensión Arterial (SUHA) 17 de Mayo día Mundial de la hipertensión Arterial. Montevideo 12 de Mayo de 2012.

<sup>9</sup> Revista Uruguaya de Cardiología. Volumen 27 | n°3 | Diciembre 2012; 377-386. Especial HIPERTENSION ARTERIAL. "Evolución de la hipertensión arterial en Uruguay: 1984-2011".

de consumo de sal inferiores en la población. Los estudios de cohortes y los ensayos clínicos han demostrado que el menor consumo de sal se asocia con una reducción del riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. La reducción de sales una de las medidas más rentables para mejorar la salud pública a escala mundial. En la Región de las Américas, hay una alta prevalencia de un consumo de sal superior a 9 g/d. Las fuentes de sal en el régimen alimentario varían enormemente en diferentes países. En los países desarrollados, 75% de la sal procede de los alimentos procesados, mientras que en los países en desarrollo, como algunas zonas de Brasil, 70% de la sal se añade durante la cocción o en la mesa. Para reducir el consumo poblacional de sal en los países desarrollados, la industria alimentaria debe aplicar una reducción gradual y sostenida de la cantidad de sal añadida a los alimentos.

Numerosos países de la región de las Américas han iniciado programas de reducción de la sal.

El reto actualmente consiste en involucrar a otros países. Una reducción del consumo de sal en la población dará lugar a una mejora importante de la salud pública además de una notable reducción de los costos relacionados con la salud.<sup>10</sup>

Según datos analizados obtenidos de la encuesta de gastos e ingresos de los hogares, realizada en Uruguay en 2005-2006 la ingesta de sodio de la población uruguaya prácticamente duplica las recomendaciones de la OMS (5g de cloruro de sodio por día).

El mayor aporte de la ingesta de sodio de la dieta proviene de la sal agregada a las comidas, seguido por los panificados.

El MSP se encuentra trabajando en una campaña nacional que tiene como objetivo la reducción del consumo de sodio en nuestra población, siendo este mineral determinante

---

<sup>10</sup> [www.scielosp.org/pdf/rpsp/v32n4/es\\_08.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v32n4/es_08.pdf) Informe especial. Rev. Panam. Salud Pública.

en el desarrollo de la hipertensión y dado el impacto que esta tiene como factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Siendo el pan un alimento de consumo masivo y diario, con un importante aporte en la proporción de sal en la alimentación diaria de los uruguayos, se implementó un plan de reducción de sodio en panificados sin que afecte sus características y su sabor, con el Centro de Industriales Panaderos, con colaboración honoraria de salud cardiovascular. Según estudios científicos la reducción de sal en los panificados contribuirá en forma efectiva a disminuir el número de defunciones por causa cardiovascular en nuestro país, constituyendo una de las estrategias de mayor impacto en la salud pública.<sup>11</sup>

## **Sal y Sodio**

### **Funciones**

El cuerpo utiliza el sodio para controlar la presión arterial y el volumen sanguíneo. El sodio también se necesita para que los músculos y los nervios funcionen apropiadamente.

### **Fuentes alimenticias**

El sodio se presenta de manera natural en la mayoría de los alimentos. La forma más común de sodio es el cloruro de sodio, que corresponde a la sal de cocina. La leche, las remolachas y el apio también contienen sodio en forma natural, como así también el agua potable, aunque la cantidad varía dependiendo de la fuente.

El sodio también se añade a diversos productos alimenticios, y algunas de sus formas son: glutamato mono sódico, nitrito de sodio, sacarina de sodio, polvo para hornear (bicarbonato de sodio) y benzoato de sodio. Éstos se encuentran en artículos como la salsa Worcestershire, la salsa de soya (soja), la sal de cebolla, la sal de ajo y los cubos de caldo concentrado.

---

<sup>11</sup> <http://uruguay.campusvirtualsp.org/?q=node/223>

Las carnes procesadas, como el tocino, los embutidos y el jamón, al igual que las sopas y verduras enlatadas, son todos ejemplos de alimentos que contienen sodio agregado.

Por lo general, las comidas rápidas tienen un alto contenido de sodio.

### **Efectos secundarios**

Demasiado sodio en la dieta puede llevar a:

- Hipertensión arterial en algunas personas
- Acumulación grave de líquidos en personas con insuficiencia cardíaca congestiva, cirrosis o nefropatía

### **Recomendaciones**

El sodio en la dieta (llamado sodio dietario) se mide en miligramos (mg). La sal de cocina contiene un 40% de sodio y una cucharadita de sal de cocina contiene 2,300 miligramos de sodio.

Los adultos sanos deben limitar la ingesta de sodio a 2,300 mg por día y los adultos que sufran de hipertensión arterial no deben consumir más de 1,500 mg por día. Las personas que padecen insuficiencia cardíaca congestiva, cirrosis hepática o nefropatía pueden necesitar cantidades mucho más bajas.

La cantidad específica de ingesta de sodio recomendada para bebés, niños y adolescentes no está clara. Es muy probable que los hábitos de alimentación y las actitudes que se adquieren durante la infancia acerca de los alimentos influyeran los hábitos alimentarios de por vida, razón por la cual es una buena idea evitar el consumo de demasiada sal.<sup>12</sup>

En los Estados Unidos y Canadá, se usa el término “sodio”, mientras que en la mayoría de los demás países se usa el término “sal”. A menudo, estos dos términos se usan de manera indistinta. Sin embargo, sobre la base del peso, la sal está compuesta por un

---

<sup>12</sup> <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002415.htm>

40% de sodio y un 60% de cloruro. La conversión de diferentes unidades del sodio y la sal es la siguiente: 1g de sodio = 2,5g de sal.<sup>13</sup>

La OMS ha recomendado la reducción del consumo de sal como una de las tres acciones prioritarias más importantes para hacer frente a la crisis mundial de enfermedades no transmisibles.<sup>14</sup>

La OMS ha fijado para la población adulta, una meta de consumo de sal inferior a 5g/día, equivalente a menos de 2 g de sodio/día. En Uruguay las guías alimentarias basada en alimentos (GABA) del MSP incorporan esta recomendación en el capítulo de metas nutricionales para la población Uruguaya.<sup>15</sup>

### **Diabetes Mellitus:**

Hay evidencia para afirmar que en las mujeres, la diabetes es un factor más importante de riesgo de Enfermedad Coronaria, que en los hombres. Les eventos de enfermedad coronaria es 3 a 7 veces mayor en mujeres diabéticas que no diabéticas, contrastando con los hombres con cifras dos a tres veces mayor en diabéticos que en no diabéticos.

La American Diabetes Association (ADA), en el "Consensus Development Conference on the Detection and Treatment of Lipid Disorders in Diabetes" 1993, hace especial énfasis en los beneficios de la Dieta adecuada, Peso ideal y Ejercicio moderado.

### **Sedentarismo:**

La actividad física, disminuye la adiposidad y la concentración de triglicéridos, aumenta el colesterol HDL y se asocia a una menor prevalencia de Hipertensión Arterial. Por lo que la ausencia de dicha actividad puede influir en el mantenimiento de elevados niveles de estos factores en el paciente.

---

<sup>13</sup> [www.scielosp.org/pdf/rpsp/v32n4/es\\_08.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v32n4/es_08.pdf) Informe especial. Rev Panam Salud Pública.

<sup>14</sup> [www.scielosp.org/pdf/rpsp/v32n4/es\\_08.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v32n4/es_08.pdf) Informe especial. Rev Panam Salud Pública. "Reducción del consumo de sal para prevenir la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares."

<sup>15</sup> Revista Médica del Uruguay- Volumen N° 4 Montevideo Diciembre 2011. versión on-line ISSN1688-0390. Rev Med Urug 2011; 27(4): 228-235. [www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902011000400005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902011000400005&script=sci_arttext)

## **Obesidad:**

Clásicamente se ha definido la obesidad como el incremento del peso debido al aumento de la grasa corporal. Se produce cuando el número de calorías ingeridas es mayor que el número de calorías gastadas. Existen evidencias de que la obesidad, ya de grado ligero, da lugar a un aumento de la mortalidad cardiovascular. Según Kannel, en los hombres el 10% de aumento en el peso provoca un aumento del 30% en el riesgo coronario, debido sobre todo al efecto de la obesidad sobre otros factores de riesgo.<sup>5</sup> El riesgo debido a obesidad, está muy relacionado con la distribución de grasa corporal. La obesidad androide o abdominal es el patrón que se asocia a un mayor riesgo cardiovascular. Se considera que el índice cintura/cadera deseable es inferior a 0,9 en los hombres y a 0,8 en las mujeres. El sobrepeso y la obesidad con sus diversos grados de severidad se pueden determinar con el Índice de Masa Corporal, IMC o índice de Quetelet, el cual consiste en dividir el peso, entre la talla o estatura, elevada al cuadrado. El IMC normal debe estar entre 18.5 a 24.9; si se encuentra entre 25 a 29.9 constituye sobrepeso y de 30 en adelante comienzan los grados de obesidad.

**Alcohol:** El excederse de un consumo moderado de alcohol puede ocasionar problemas relacionados con el corazón, tales como hipertensión, accidentes cerebrovasculares, arritmias y cardiomiopatía. Una bebida típica tiene entre 100 y 200 calorías. Las calorías del alcohol a menudo aumentan la grasa corporal, lo cual puede a su vez aumentar el riesgo cardiovascular.

Con total certeza puede decirse, que la gran mayoría de factores de riesgo para Enfermedad Cardiovascular son modificables. Es decir, que pueden ser corregidos, generándose una reducción significativa del mismo. Además hay otros factores de riesgo “no modificables”, que también influyen en el riesgo cardiovascular de las personas, como son: la edad y el sexo.

## *Antecedentes nacionales de ECNT*

### **Uruguay**

Como antecedente, en el año 2006, se realizó la 1a Encuesta de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) en nuestro país. Esto permitió implementar una serie de propuestas para revertir el impacto de estos factores de riesgo en la salud de los uruguayos. Las ECNT tienen gran peso en la mortalidad y morbilidad en nuestro país, por esta razón se hace necesario incorporar nuevas estrategias de vigilancia que permitan contar con información sobre su magnitud, características y tendencias. Ello posibilita implementar acciones de promoción y prevención de salud.

Aproximadamente 1/3 de las personas que padecen esta enfermedad se da por el consumo de sal, ya que al aumentar su ingesta también se eleva la presión osmótica al generar retención de agua y por consiguiente, aumentando la presión sanguínea.

Las personas afectadas por esta patología tienen que mantener una alimentación adecuada e implementar una dieta hipo sódica o baja en sodio por lo cual es necesario considerar que es de suma importancia no consumir sal agregada y realizar una adecuada selección de alimentos bajos en sodio.

Es primordial tener presente que existe una serie de compuestos -que contienen sodio- que son añadidos a los productos por parte de la industria alimentaria y algunos de esos aparecen a continuación: glutamato monosódico, benzoato de sodio, bicarbonato de sodio, citrato de sodio, ciclamatos y sacarina sódica, y fosfato disódico.<sup>16</sup>

En Uruguay no contamos con datos de mediciones directas del consumo de sodio. La medición del sodio en la orina de 24 horas es el método patrón para la determinación del consumo diario, sin embargo es un método poco usado en la práctica clínica debido en parte a lo engorroso que resulta para el paciente. **Objetivo:** determinar el consumo de

---

<sup>16</sup> [www.lr21.com.uy/salud/1135000-hipertension-arterial-y-alimentacion](http://www.lr21.com.uy/salud/1135000-hipertension-arterial-y-alimentacion)

sodio de un grupo de voluntarios a través de la natriuria de 24 horas. Encontrar una relación entre la natriuria de una muestra de orina (spot) y la natriuria de 24 horas.

**Material y método:** se reclutaron estudiantes de cuarto año de la carrera de Doctor en Medicina de la Universidad de la República. Se registraron antecedentes médicos, medidas antropométricas, y de presión arterial en consultorio y se recolectó la orina de 24 horas. El análisis de la relación entre el contenido de sodio en el spot y en la orina de 24 horas se realizó mediante prueba de chi cuadrado. **Resultados:** 33 de 45 estudiantes completaron el estudio. El consumo promedio de sodio fue de  $2,9 \pm 1,1$  g/día. Una natriuria en el spot mayor a 75 mEq/L se asoció a un consumo de sodio medido por natriuria de 24 horas mayor de 100 mEq/día ( $p < 0,005$ ), con una sensibilidad de 95% y especificidad de 63%.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> Revista Médica del Uruguay- Versión on-line ISSN 1688-03902011000400005. "Aproximación clínica del consumo de sodio". RevMedUrug.2011;27(4):228-235.

## ***Antecedentes internacionales de ECNT***

### **América Latina y el Caribe**

En América Latina y el Caribe, las tasas van desde alrededor del 20% de los adultos en Panamá hasta más del 40% en Santa Lucía y están entre las más altas del mundo.<sup>18</sup>

### **Brasil**

En el Brasil, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son la principal causa de mortalidad y un factor contribuyente muy importante a la carga de morbilidad nacional. En Brasil, las ECNT representan el 60% de todas las muertes y el 40% de la carga de morbilidad.

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en el país, que comprende casi el 30% de todos los casos de mortalidad, que aflige a más del 5% de las personas de 35 años o más

Las estimaciones indican que 1 de cada 3 personas en Brasil tiene la condición médica conocida como hipertensión. La hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo más importantes de enfermedades crónicas no transmisibles y se presenta con mayor frecuencia entre las personas que tienen sobrepeso o que tienen diabetes, dislipidemia, o problemas cardiovasculares. La hipertensión se asocia con la edad; educación (favoreciendo los menos educados); raza; y estado civil (favoreciendo las personas viudas).<sup>19</sup>

### **Argentina**

En Argentina alrededor del 35% de la población mayor de 18 años reporta sufrir de hipertensión arterial. La prevalencia es mayor entre las mujeres (37%) que entre los

---

<sup>18</sup> [www.scielosp.org/pdf/rpsp/v32n4/es\\_08.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v32n4/es_08.pdf) Informe especial. Rev Panam Salud Pública.

<sup>19</sup> [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892012000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=en) Revista Panamericana de Salud Pública  
Print version ISSN 1020-4989

hombres (32%), y aumenta marcadamente con la edad (desde 14% para los jóvenes de 18-24 años hasta 60% para mayores de 65).<sup>20</sup>

Se calcula que las enfermedades no transmisibles fueron la causa del 80% del total de las defunciones en la República Argentina durante el año 2010.<sup>21</sup>

## **Chile**

En Chile, la magnitud de las ENT en términos de morbilidad, se confirma a través de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2009-2010, desarrollada por el Ministerio de Salud (MINSAL), que muestra la prevalencia de una serie de enfermedades junto a sus factores de riesgo. Destaca un predominio de estilos de vida poco saludables, con un elevado consumo de tabaco (40,6%), sedentarismo (88,6%) y exceso de peso<sup>16</sup> (64,5%), entre otros. Así mismo, la encuesta evidencia una importante prevalencia de patología cardiovascular (por ejemplo, un 26,9% de hipertensión arterial), seguida de enfermedades respiratorias crónicas con un 24,5% y de depresión en el último año con un 17,2%. La mayor parte de los problemas estudiados muestran un gradiente social, afectando preferentemente a personas con menos años de escolaridad. Es así como la prevalencia de hipertensión arterial en el nivel de estudios básico duplica lo observado en el grupo de personas con estudios universitarios. La presión sistólica superior a 115 mmHg está presente en aproximadamente dos tercios de la población (66,8%), siendo significativamente mayor en hombres (79,2%) que en mujeres (55,2%). Conforme aumenta la edad, mayor es la prevalencia de presión sistólica superior a 115 mmHg, llegando a un 95,5% en el grupo de 65 años y más. Respecto del consumo de sal, la ENS 2009-2010 arrojó que el 98,9% de los chilenos

---

<sup>20</sup> <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=35424183> Enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo en Argentina: prevalencia y prevención

<sup>21</sup> enfermedades crónicas no transmisibles tendencia de las enfermedades cardiovasculares periodo 2002 - 2011 provincia de San Luis. Julio 2012 área de bioestadística programa de epidemiología y bioestadística. [www.cardiovasculares\\_salud.sanluis.gov.ar](http://www.cardiovasculares_salud.sanluis.gov.ar)

consumen más de 5 gramos de sal diarios, consumo mayor a la dosis máxima recomendada por la OMS. La prevalencia fue más alta en los hombres que en las mujeres (99,6% y 98,2%, respectivamente), diferencia estadísticamente significativa. No hubo diferencias por grupo de edad.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Reporte de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles (ENT) Situación Epidemiológica de las ENT en Chile. <http://epi.minsal.cl/epi/html/public/InformeNacionalVENTChile2011.pdf>

## **Material y Métodos**

Se realiza un **estudio descriptivo de corte transversal** en una población de la Ciudad de Tacuarembó en el período comprendido entre agosto 2013 y marzo 2014.

### **Universo**

El **universo** está conformado por todos los individuos de la Ciudad de Tacuarembó comprendidos entre las edades de 25 a 64 años residentes en dicha ciudad.

Según las cifras del censo 2011 la ciudad de Tacuarembó cuenta con una población total de 54755 habitantes, de los cuales 28425 son mujeres y 26330 son hombres.

La población en estudio entre las edades de 25 a 65 años, es de 31894 habitantes, de los cuales 13635 son mujeres y 12142 son hombres.

### **Muestra**

Se tomó una **muestra por conveniencia** de la población urbana, encuestando a 150 personas comprendidas en el rango etareo de 25 a 65 años de edad de ambos sexos, residentes de la ciudad de Tacuarembó.

### **Etapas para la selección de la muestra:**

Se realizó el reconocimiento del área geográfica, se informó a la población que se iba a realizar este estudio, luego se fue a la vivienda; tomando en cuenta la franja etérea seleccionada se llevó a cabo la entrevista priorizando a los hipertensos y en el caso que ninguno de los integrantes fuera hipertenso se llevó a cabo a la persona que quisiera ser entrevistado.

## **Instrumento y Técnica de recolección de datos**

### **Instrumento:**

Se le aplico a la muestra seleccionada un cuestionario que utiliza la metodología STEPS (PASO A PASO)

Este cuestionario surge de las recomendaciones que ha elaborado la Organización Mundial de la Salud (OMS).

## **Definición de metodología STEPS**

La estrategia PASOS o STEPS (por su nombre en inglés) y permite medir, en forma estandarizada, la prevalencia de los factores de riesgo mencionados.

### **Paso 1**

Medición de los cuatro “factores de riesgo conductuales” (consumo de tabaco, consumo nocivo de alcohol, dieta inadecuada y sedentarismo) mediante la aplicación de un cuestionario.

### **Paso 2**

Realización de mediciones físicas (peso, talla y presión arterial) para la determinación de sobrepeso/obesidad y presión arterial elevada.

**Criterios de inclusión:** los individuos que se encuestaron fueron hombres y/o mujeres de entre 25 a 64 años que habitan en la ciudad de Tacuarembó.

**Criterios de exclusión:** hombres y/o mujeres que no residen en la ciudad de Tacuarembó y aquellas personas con menos de 25 años y más de 64 años.

**Plan de tabulación y análisis:** Los datos obtenidos se analizarán mediante estadística descriptiva por medio de resumen de tablas de FA y FR las cuales se expresarán a través de diferentes gráficos dependiendo del tipo de variable. Se expresarán mediante tablas de una y doble entrada.

## DEFINICION DE VARIABLES

### Variables en estudio:

**Edad**: es una variable cuantitativa continua.

Categorías de

25- 34 años

35- 44 años

45- 54 años

55 - 64 años

**Definición conceptual**: la edad está referida al tiempo de existencia de alguna persona, o cualquier otro ser animado o inanimado, desde su creación o nacimiento hasta la actualidad. Comprendiendo grupos de edades como la niñez, juventud, adultez o la vejez.<sup>23</sup>

**Definición operacional**: el rango estudiado en esta investigación comprende las edades de entre 25 a 64 años.

**Sexo**: es una variable cualitativa nominal.

**Definición conceptual**: es el conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos que los definen como hombre o mujer. El sexo viene determinado por la naturaleza, es una construcción natural, con la que se nace.<sup>24</sup>

**Definición operacional**:

Categorización Femenino - Masculino

**Dieta**: es una variable cualitativa nominal.

**Definición conceptual**: La palabra dieta, de origen griego, “diaita”, pasó al latín como “dioeta” y su significado es régimen de vida.

---

<sup>23</sup> Concepto de edad-Definición en DeConceptos.com <http://deconceptos.com/ciencias-naturales/edad#ixzz3LWbegvSs>

<sup>24</sup> <http://feminismo.about.com/od/conceptos/fl/Diferencia-entre-sexo-y-geacutenero-y-otros-conceptos.htm>

Se utiliza la palabra dieta para referirse a los alimentos que consume un ser vivo para poder cumplir sus necesidades vitales. Una dieta equilibrada en los seres humanos debe contener carbohidratos, proteínas, vitaminas y minerales.<sup>25</sup>

Definición operacional: lo que expresa el entrevistado.

Categorización **I)** Le ponen sal a la comida.

**II)** Si aparte le agrega sal en la mesa.

**III)** Comen alimentos procesados que contengan mucha sal.

**Consumo de sodio:** es una variable cualitativa.

Definición conceptual: El sodio es un elemento que el cuerpo necesita para funcionar correctamente. La sal contiene sodio.<sup>26</sup>

Definición operacional: lo que expresa el entrevistado.

**Antecedentes personales:** es una variable cualitativa.

Definición conceptual: recopilación de información acerca de la salud de una persona. Puede incluir información sobre alergias, enfermedades y cirugías; fechas y resultados de exámenes físicos, pruebas, exámenes de detección e inmunizaciones. También puede incluir información acerca de los medicamentos que se tomaron, así como el régimen de alimentación y ejercicio.<sup>27</sup>

Definición operacional: lo que expresa el entrevistado.

Categorización: Hipertensos

**Antecedentes familiares:** es una variable cualitativa.

Definición conceptual: son documentos gráficos o escritos de las enfermedades y afecciones presentes en una familia. Para ser útil, los antecedentes familiares deben

---

<sup>25</sup> Concepto de dieta - Definición en DeConceptos.com <http://deconceptos.com/ciencias-naturales/dieta#ixzz3M60VU611>

<sup>26</sup> <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002415.htm>

<sup>27</sup> Antecedentes personales: <http://www.cancer.gov/diccionario?cdrid=642021>

mostrar tres generaciones de los familiares biológicos de una persona, la edad al momento del diagnóstico de cada familiar afectado, y la edad y causa de muerte de cada familiar fallecido. Son una herramienta útil para comprender los riesgos a la salud y para prevenir enfermedades en las personas y sus familiares cercanos.<sup>28</sup>

Definición operacional: nos basamos en los antecedentes de enfermedades crónicas no transmisibles tomando en cuenta para esta investigación los antecedentes de hipertensión arterial.

Categorización: Hipertensos.

**Hipertensión arterial:** variable cuantitativa discreta.

Definición conceptual: La hipertensión arterial es una enfermedad crónica, silenciosa, que puede ser controlada y se caracteriza por la elevación sostenida de la presión sanguínea en más de una medición.

Definición operacional: medir la tensión arterial mediante esfigmomanómetro, a todas las personas mayores de 25 años y menores de 65, las cuales entran en el cuestionario utilizado que estén en el rango igual o superior a 140/90 mmhg.

Categorización: hipotenso (< de 90/60 mmhg)

Normo tenso (de 90/60mmgh a 139/89mmhg)

Hipertensión leve (140/90 mmgh a 159/99 mmhg)

Hipertensión moderada (160/100 mmgh a 179/109 mmhg)

Hipertensión severa ( $\geq$  180/110mmhg)

---

<sup>28</sup> <http://www.cdc.gov/genomics/spanish/famhistory/>

## Resultados

Tabla 1.- Clasificación de la población en estudio según edad y sexo

Sexo \ Edad	Femenino		Masculino	
	FA	FR%	FA	FR%
25- 34	21	19%	11	29%
35- 44	36	32%	6	16%
45- 54	29	26%	11	29%
55- 64	26	23%	10	26%
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100%</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>

De acuerdo a lo observado podemos decir que la franja etarea de 35 a 44 años predomina el sexo femenino con un 32% con 26% de 45 a 54 años, con un 23% que corresponde a las mujeres de 55 a 64 años de edad con un porcentaje de 19%, de 25 a 34 años. En cuanto al sexo masculino tenemos que el mayor porcentaje es de 29% y corresponde a la franja atarea de 25 a 34 y de 45 a 64 años ,26% de 55 a 64 años, 16% de 35 a 44 años.

Gráfico 1.

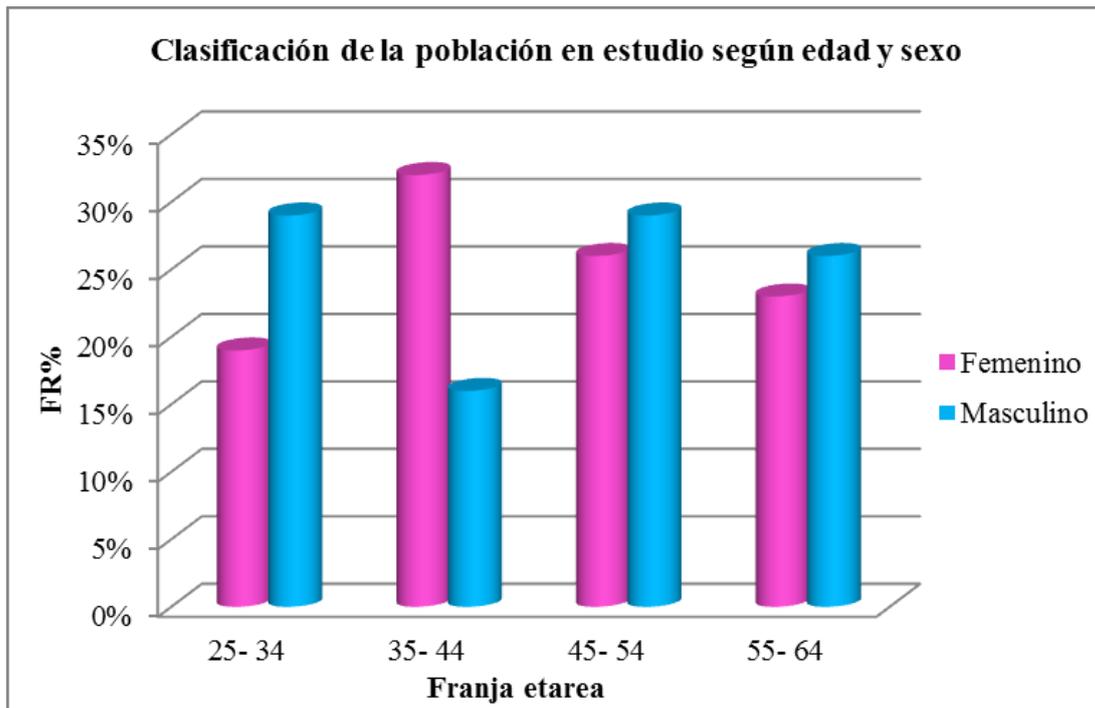


Tabla 2.-Distribución del consumo de frutas y verduras correspondiente al sexo femenino, de la población en estudio, según rango etareo.

Sexo Femenino								
Edad	Consume Fruta y Verdura		Consume solo Fruta		Consume solo Verdura		No consume ni frutas ni verduras	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
25-34	18	22%	0	0%	1	7%	1	14%
35- 44	30	36%	2	50%	2	14%	0	0%
45- 54	17	20%	1	25%	6	43%	2	29%
55- 64	18	22%	1	25%	5	36%	4	57%
Total	83	100%	4	100%	14	100%	7	100%

De acuerdo a lo observado tenemos que el mayor porcentaje es de 36% y corresponde a la franja etarea de 35 a 44 años, con 22% de 25 a 34 y de 55 a 64 años y un 20% de 45 a 54 años. El mayor porcentaje que consume solo fruta es 29% corresponde a la franja etarea de 25 a 34 y de 45 a 54 años, un 26% de 55 a 64 años y 16% de 35 a 44 años.

Los que consumen verduras el mayor porcentaje es de un 43% corresponde a la franja etarea de 45 a 54 años, con un 36% de 55 a 64 años, 14% de 35 a 44 años y un 7% de 25 a 34 años.

De las que no consumen ni fruta ni verdura el mayor porcentaje es de un 57% corresponde a la franja etarea que va de 55 a 64 años, un 29% de 45 a 54 años, 14% de 25 a 34 años y 0% de 35 a 44 años.

Gráfico 2.

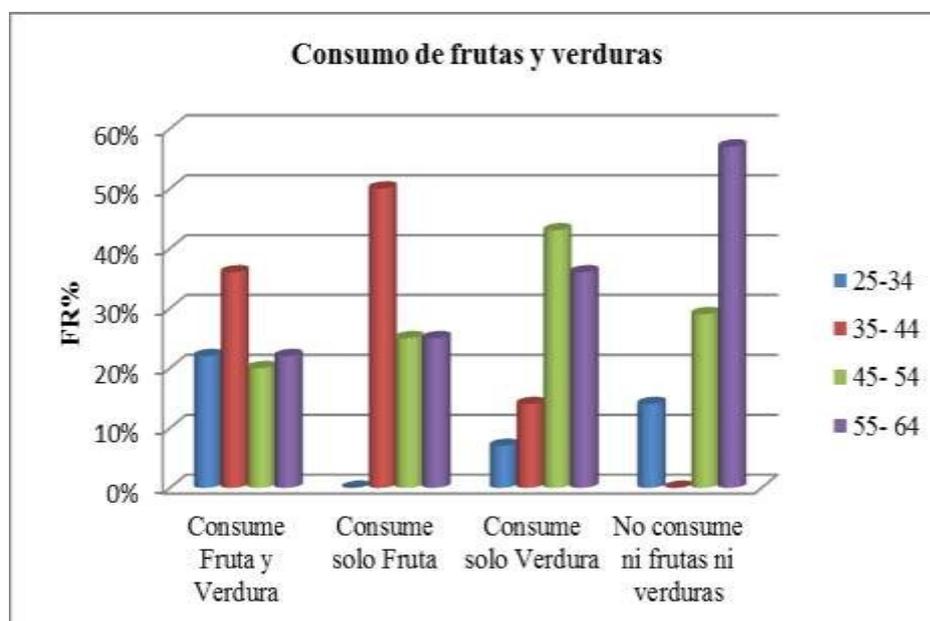


Tabla 3.-Consumo de frutas y verduras correspondiente al sexo masculino, de la población en estudio, según rango etareo.

Edad	Sexo Masculino							
	Consume Fruta y Verdura		Consume solo Fruta		Consume solo Verdura		No consume ni frutas ni verduras	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
25-34	7	25%	1	33%	3	33%	0	14%
35- 44	4	14%	0	0%	2	23%	0	0%
45- 54	8	29%	0	0%	1	11%	2	29%
55- 64	9	32%	2	67%	3	33%	0	57%
Total	28	100%	3	100%	9	100%	2	100%

De acuerdo a lo observado tenemos que el mayor porcentaje es de 36% y corresponde al a franja etarea de 35 a 44 años, con 22% de 25 a 34 y de 55 a 64 años y un 20% de 45 a 54 años.

Gráfico 3.

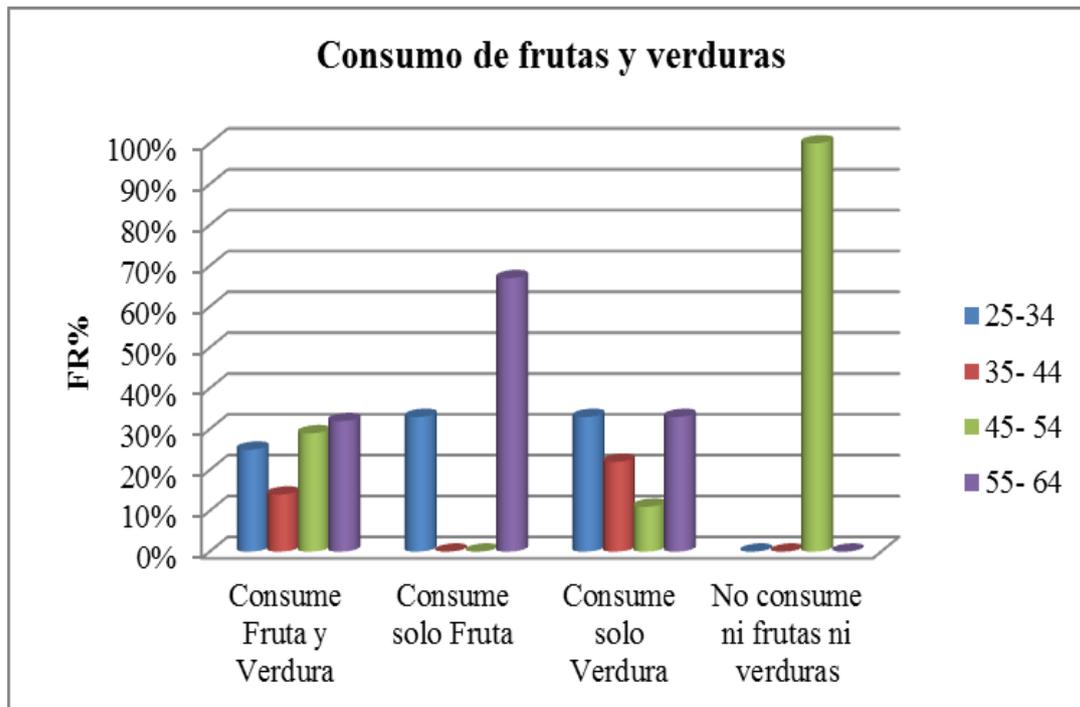


Tabla 4.-Consumo de frutas y verduras en ambos sexos

Dieta \ Sexo	Consume Fruta y Verdura		Consume solo Fruta		Consume solo Verdura		No consume ni frutas ni verduras	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
F	83	75%	4	57%	14	61%	7	78%
M	28	25%	3	43%	9	39%	2	22%
<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>100%</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>

En lo que respecta al consumo de frutas y verduras predomina el sexo femenino con un porcentaje de 75% y un 25% en sexo masculino

En cuanto al consumo de frutas 57% sexo femenino y 43% sexo masculino

En cuanto al consumo de verdura 61% de sexo femenino y 39% sexo masculino

En lo que respecta al no consumo de frutas y verduras predomina el sexo femenino con un porcentaje de 78 y un 22% en sexo masculino

Gráfico 4.

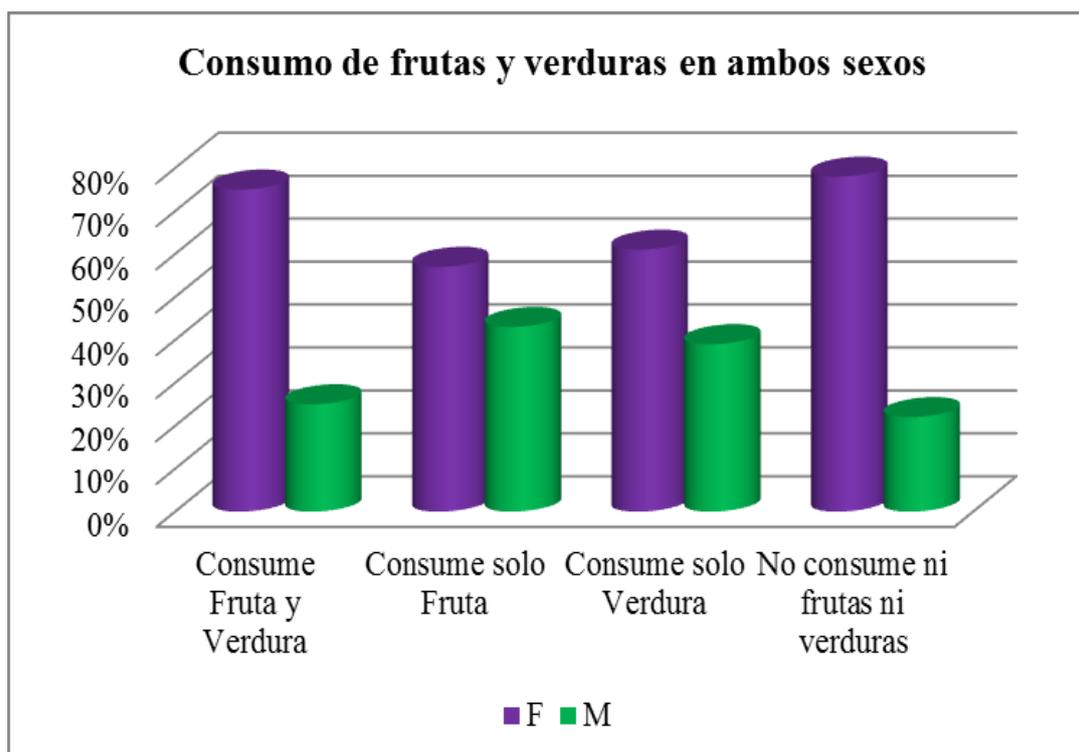


Tabla 5. Distribución de agregado de sal en la comida preparada correspondiente al sexo femenino según rango etareo.

SEXO FEMENINO				
Agregado de sal luego de preparada la comida	AGREGA		NO AGREGA	
	FA	FR%	FA	FR%
EDAD				
25- 34	7	16%	13	20%
35- 44	17	38%	17	27%
45- 54	10	23%	16	25%
55- 64	10	23%	18	28%
Total	44	100%	64	100%

Con respecto a la franja etarea que le agrega sal a las comidas se da en un porcentaje 38% de 35 a 44 años, en un 23% de 45 a 54 años y de 55 a 64 años, 16%, de 25 a 34 años. En lo que respecta a los que no le agregan sal la franja etarea con mayor porcentaje de 28% correspondiente a la franja etarea de 55 a 64 años, 27% de 35 a 44 años, 25% de 45 a 54 años, 20% de 25 a 34 años.

Gráfico 5.

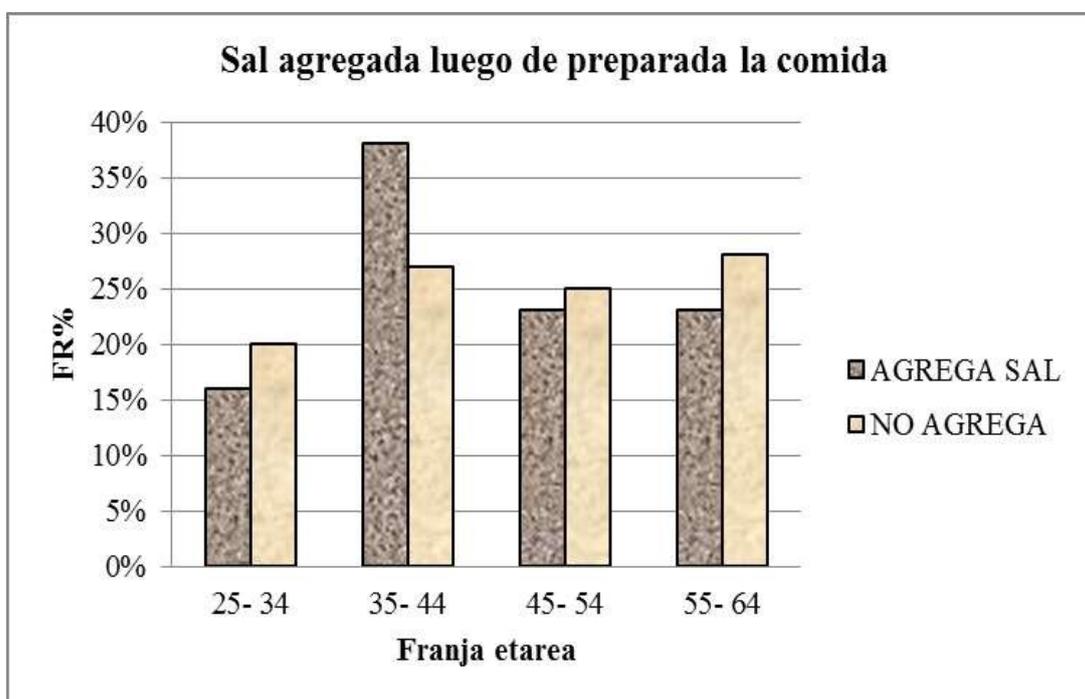


Tabla 6. Distribución de agregado de sal en la comida preparada correspondiente al sexo masculino según rango etareo.

SEXO MASCULINO				
Agregado de sal luego de preparada la comida	AGREGA		NO AGREGA	
	FA	FR%	FA	FR%
EDAD				
25- 34	4	28%	7	25%
35- 44	2	16%	4	14%
45- 54	4	28%	7	25%
55- 64	4	28%	10	36%
Total	14	100%	28	100%

Con respecto a la franja etarea que le agrega sal a las comidas se da en un porcentaje 28% de 25 a 34 años y de 45 a 54 años y de 55 a 64 años, 16%, de 35 a 44 años en lo que respecta a los que no le agregan sal la franja etarea con mayor porcentaje de 36% es de 55 a 64 años, 25% de 25 a 34 y de 55 a 64 años, 14% de 35 a 44 años.

Gráfico 6.

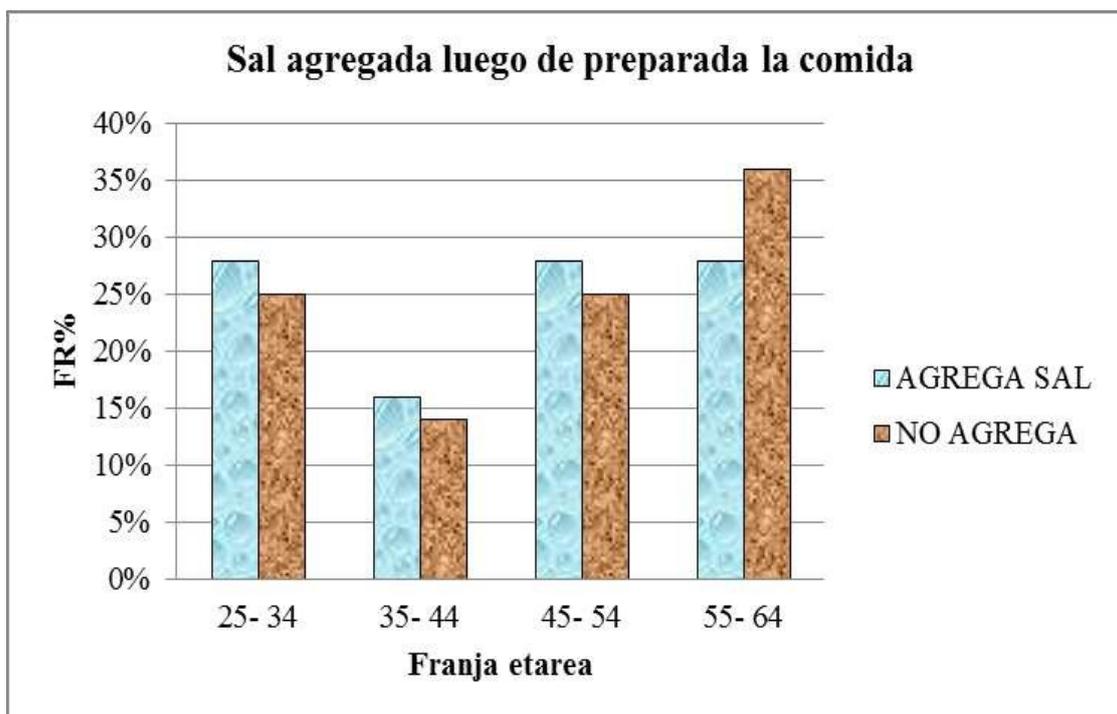


Tabla 7. Distribución de agregado de sal en la comida preparada correspondiente a ambos sexos.

Agregado de sal luego de preparada la comida	AGREGA		NO AGREGA	
	FA	FR%	FA	FR%
Sexo				
F	44	76%	64	70%
M	14	24%	28	30%
Total	58	100%	92	100%

En cuanto a ambos sexos podemos destacar que prevalece el sexo femenino en los que agregan sal correspondiente a un 76% para mujeres y un 24% hombres.

Los que no le agregan sal tenemos que un 70% corresponde al sexo femenino y un 30% corresponde al masculino.

Podemos concluir que en la población estudiada el mayor porcentaje le agrega sal a las comidas y corresponde al sexo femenino.

Gráfico 7.



Tabla 8. Consumo de alimentos preparados fuera del hogar correspondiente al sexo femenino según rango etareo.

SEXO FEMENINO				
Alimentos preparados fuera del hogar EDAD	Consumo		No consume	
	FA	FR%	FA	FR%
25- 34	12	17%	8	22%
35- 44	24	34%	9	25%
45- 54	16	22%	10	28%
55- 64	19	27%	9	25%
Total	71	100%	36	100%

La franja etarea que más consume comida preparada fuera del hogar corresponde con 34% a la franja etarea de 35 a 44 años, con un 27% de 55 a 64 años, con 22% de 45 a 54 años y un 17% de 25 a 34 años de edad.

Gráfico 8.

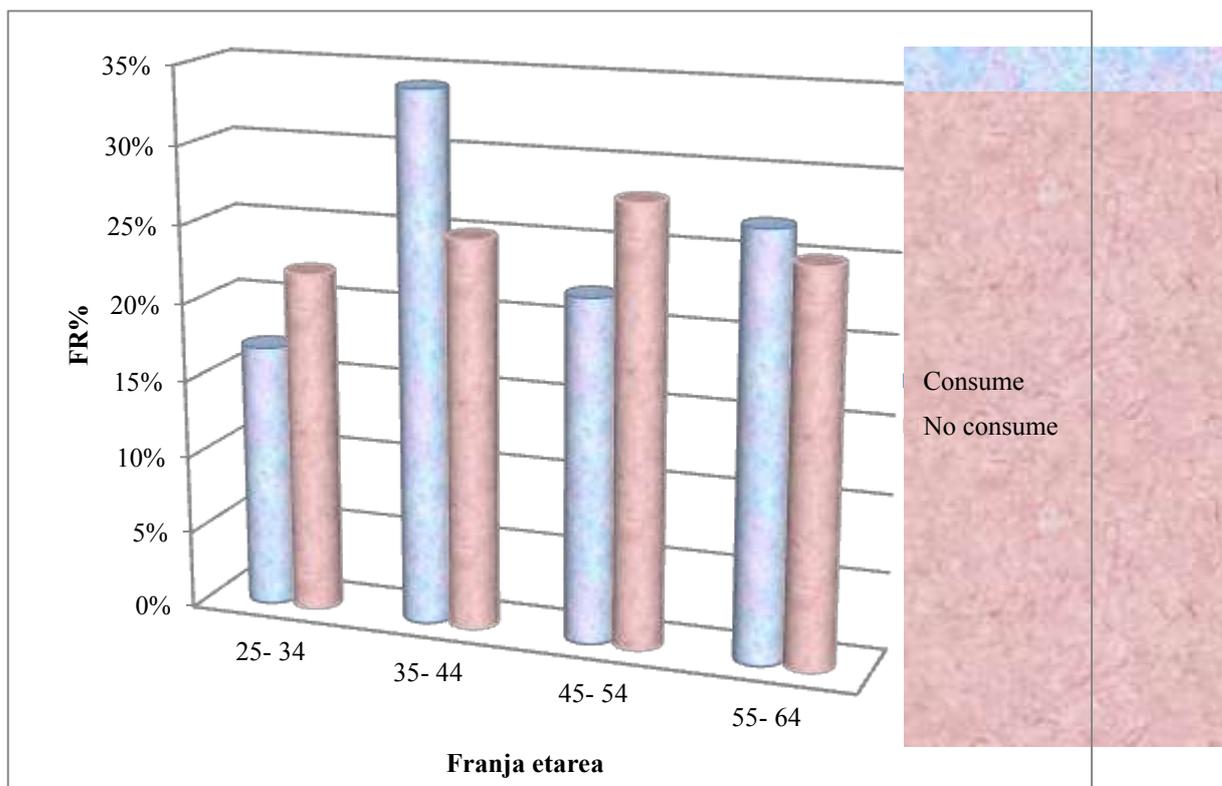


Tabla 9. Consumo de alimentos preparados fuera del hogar correspondiente al sexo masculino según rango atareo.

SEXO MASCULINO				
Alimentos preparados fuera del hogar EDAD	Consume		No consume	
	FA	FR%	FA	FR%
25- 34	5	24%	6	27%
35- 44	2	10%	5	23%
45- 54	6	28%	5	23%
55- 64	8	38%	6	27%
Total	21	100%	22	100%

La franja atarea que consume alimentos preparados fuera del hogar corresponde al 38% de la franja atarea que va de 55 a 64 años, continua con un 28% de 45 a 54 años, 24% de 25 a 34 años y con un 10% de 35 a 44 años.

Gráfico 9.

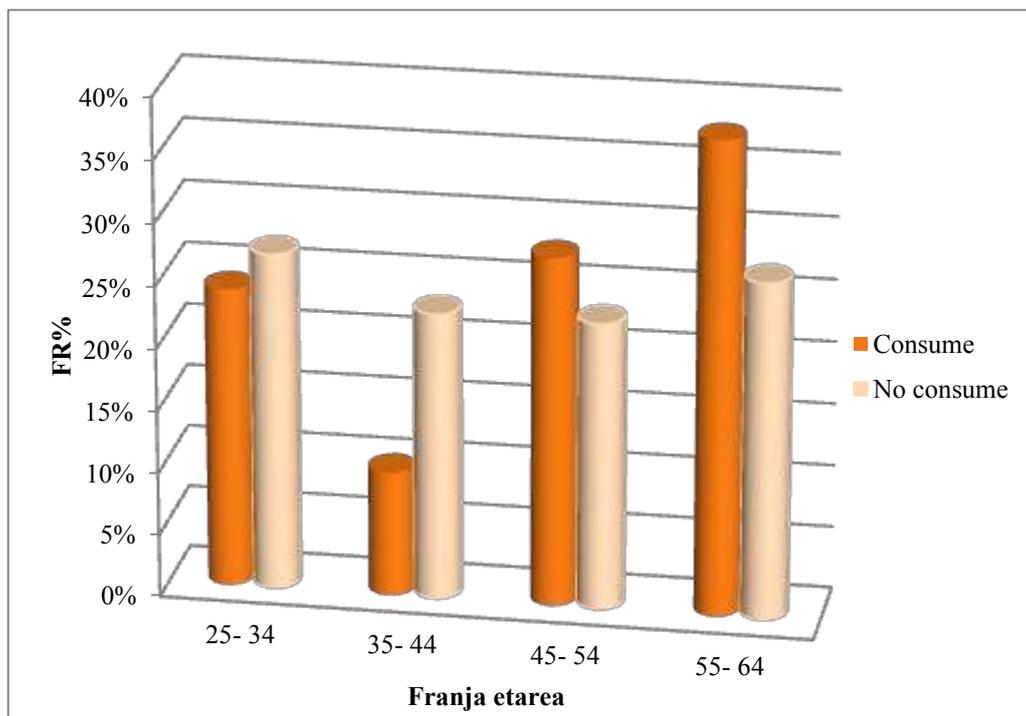


Tabla 10.- Consumo de alimentos preparados fuera del hogar de ambos sexos

Alimentos preparados fuera del hogar \ Sexo	Consume		No consume	
	FA	FR%	FA	FR%
F	71	77%	36	62%
M	21	23%	22	38%
Total	92	100%	58	100%

Concluimos que prevalece el sexo femenino con un 77% de las que consumen y un 23% correspondiente al sexo masculino.

En las que no consumen se da que un 62% corresponde al sexo femenino y el 38% corresponde al sexo masculino.

Destacamos que prevalece la variable que consumen alimentos fuera del hogar.

Gráfico 10.

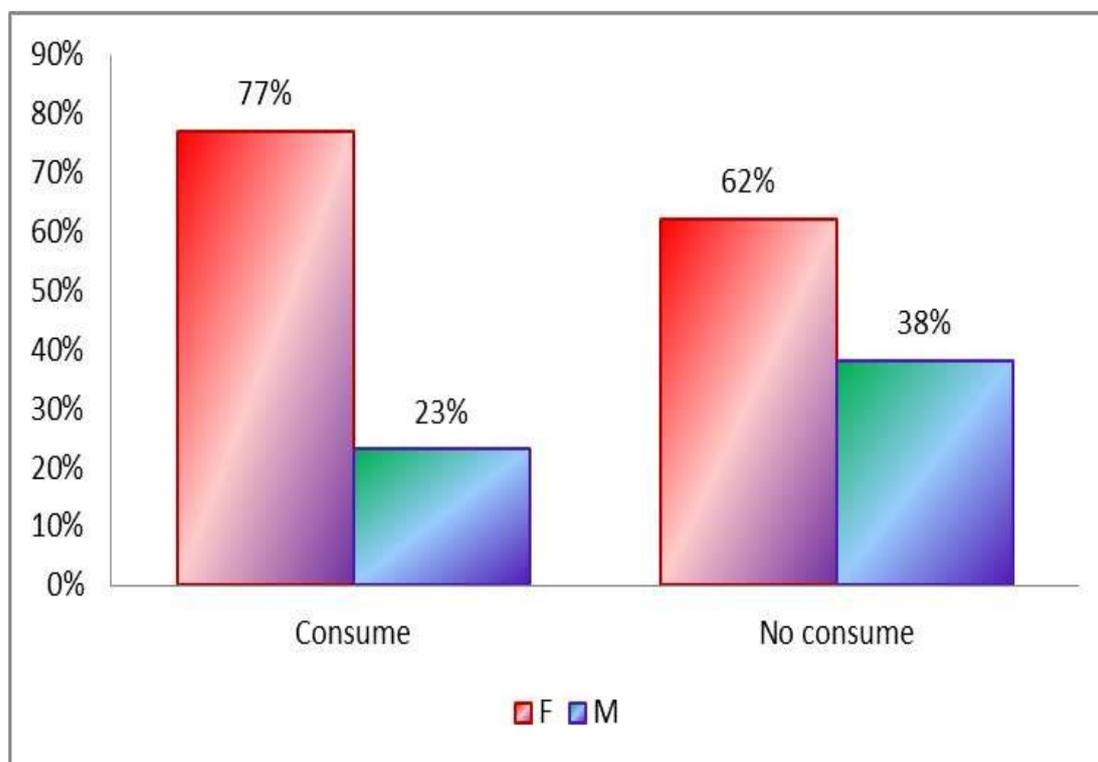


Tabla 11. Consumo de fiambres y embutidos, correspondiente al sexo femenino según franja etarea.

SEXO FEMENINO				
Fiambres y embutidos	Consume		No consume	
	FA	FR%	FA	FR%
Edad				
25- 34	16	17%	4	31%
35- 44	31	33%	3	23%
45- 54	25	26%	1	8%
55- 64	23	24%	5	38%
Total	95	100%	13	100%

La franja atarea que más consume con un 33% va de 35 a 44 años, con un 26% de 45 a 54 años, 24% de 55 a 64 años y un 17 % de 25 a 34 años.

La franja atarea que no consume con un 38% corresponde a la franja que va de 55 a 64 años, luego con 31% de 25 a 34 años, 23% de 35 a 44 años con 8% de 45 a 54 años

Gráfico 11.

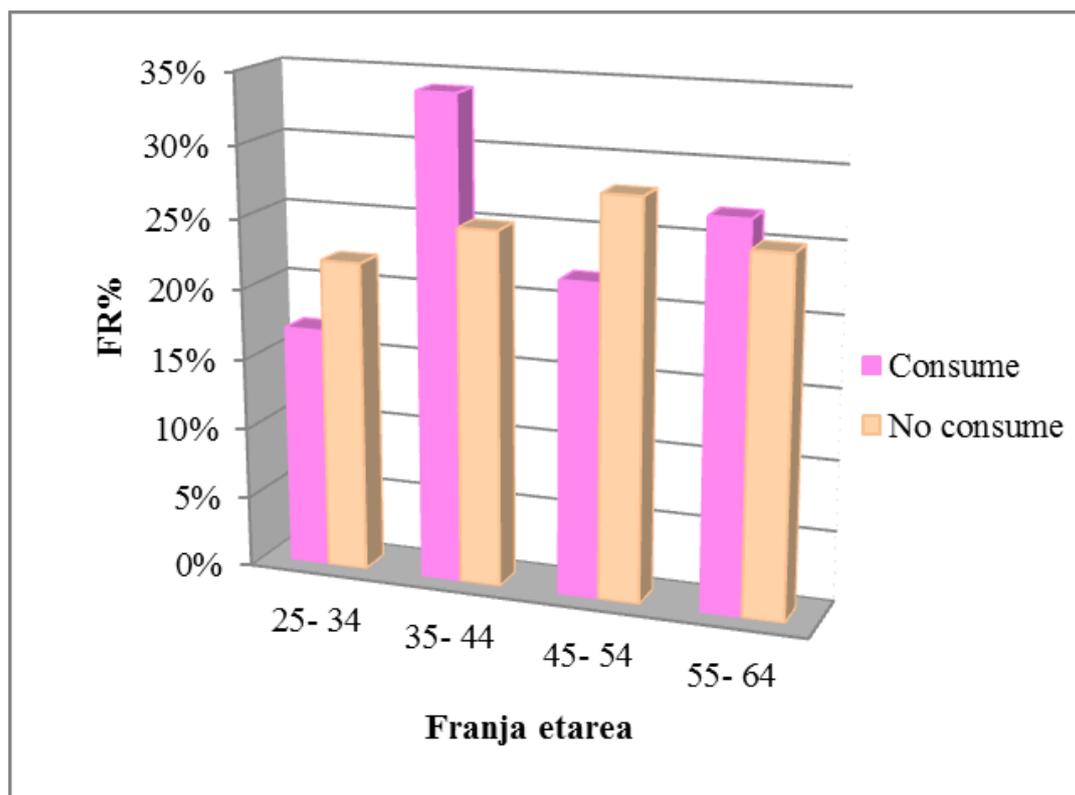


Tabla 12. Consumo de fiambres y embutidos, correspondiente al sexo masculino según franja atarea.

SEXO MASCULINO				
Edad	Consumo		No consumo	
	FA	FR%	FA	FR%
25- 34	8	23%	3	37%
35- 44	6	18%	0	0%
45- 54	8	23%	3	37%
55- 64	12	36%	2	26%
Total	34	100%	8	100%

La franja atarea que más consume corresponde a un 36% de 55 a 64 años, con un 23% de 25 a 34 y de 45 a 54 años, con 18% de 35 a 44 años.

La franja atarea que no consume de mayor porcentaje con un 37% corresponde de 25 a 34 años y de 45 a 54 años, con un 26% de 55 a 64 años y un 0% de 35 a 44 años.

Gráfico 12.

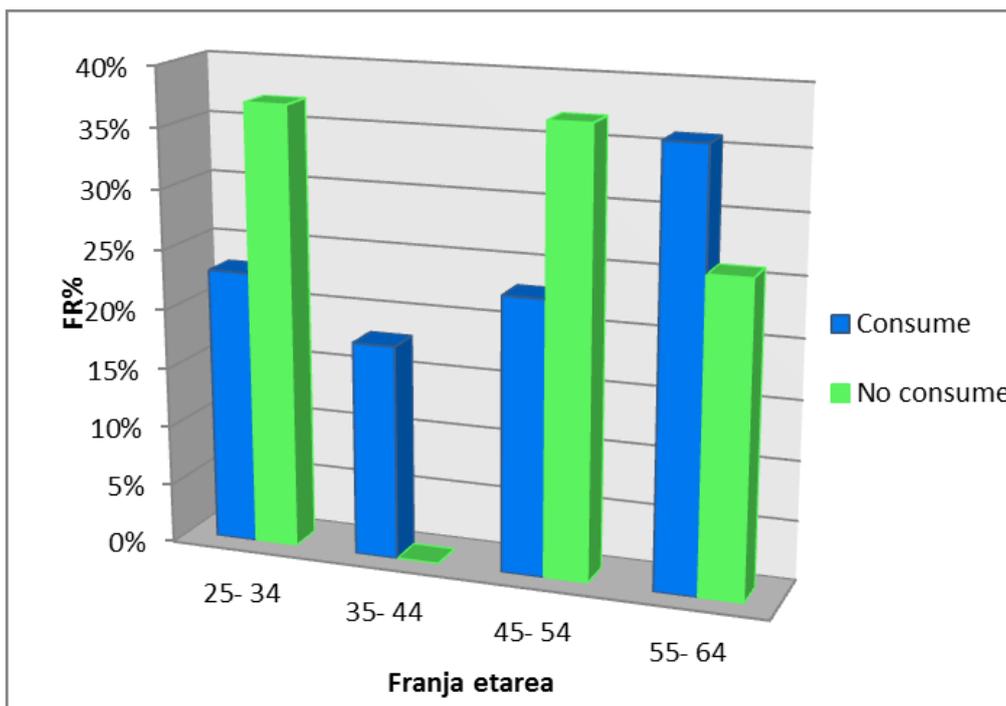


Tabla 13. Consumo de fiambres y embutidos, correspondiente a ambos sexos.

Sexo \ Fiambres y embutidos	Consume		No consume	
	FA	FR%	FA	FR%
F	95	74%	13	62%
M	34	26%	8	38%
Total	129	100%	21	100%

Destacamos la diferencia entre el sexo femenino y masculino siendo el primero con un 74% mientras que el masculino cuenta con un 26%.

De los que no consumen un 62% femenino y un 38% masculino

Podemos concluir que el sexo femenino es el que más consume fiambres y embutidos.

Gráfico 13.

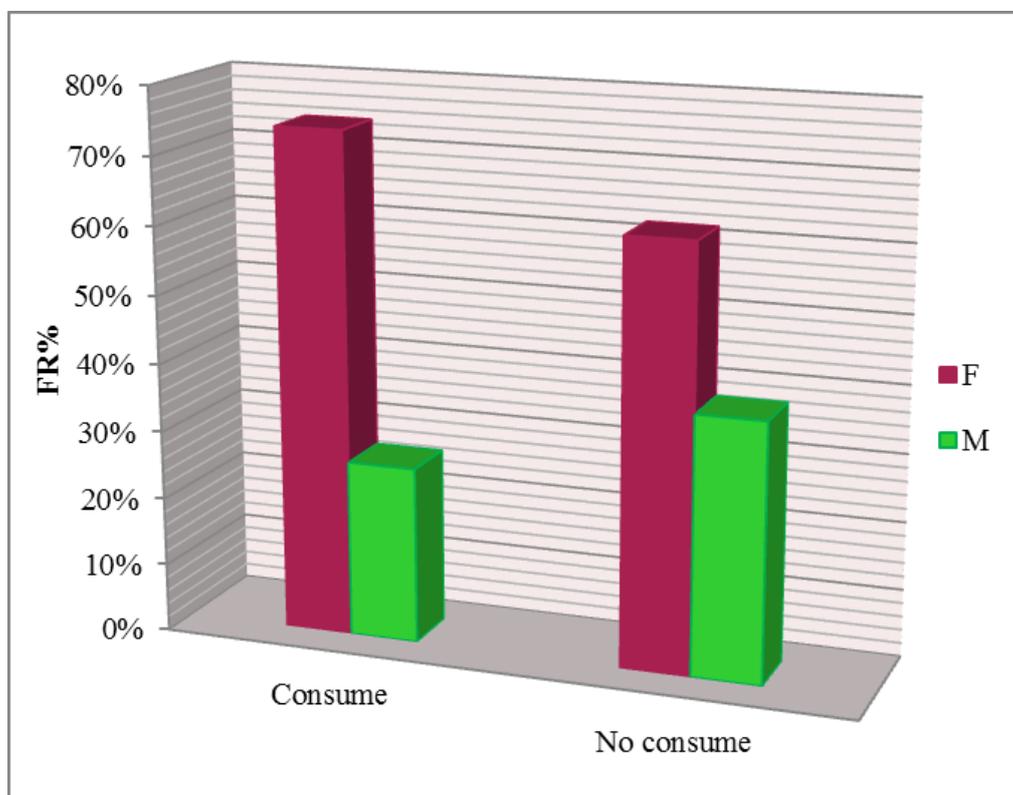


Tabla 14. Antecedentes personales de hipertensión arterial, correspondiente al sexo femenino.

SEXO FEMENINO				
Antecedentes Personales de HTA	SI		No	
	FA	FR%	FA	FR%
EDAD				
25-34	0	0%	20	19%
35-44	0	0%	34	33%
45-54	2	50%	24	23%
55-64	2	50%	26	25%
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100%</b>	<b>104</b>	<b>100%</b>

La franja etaria que tiene mayor porcentaje corresponde al 50% entre 45 a 54 al igual que la franja etaria que va de 55 a 64 años y un 0% comparten las edades que van de 25 a 34 y de 35 a 44 años.

Los que no presentan AP corresponde a un 33% de 35 a 44 años, el 25% de 55 a 64 años, 23% de 45 a 54 años, 19% de 25 a 34 años.

Podemos concluir que el 50% presenta antecedentes personales de hipertensión y que corresponde a la franjas etarias que va desde 45 a 54 y de 55 a 64 años.

Gráfico 14.

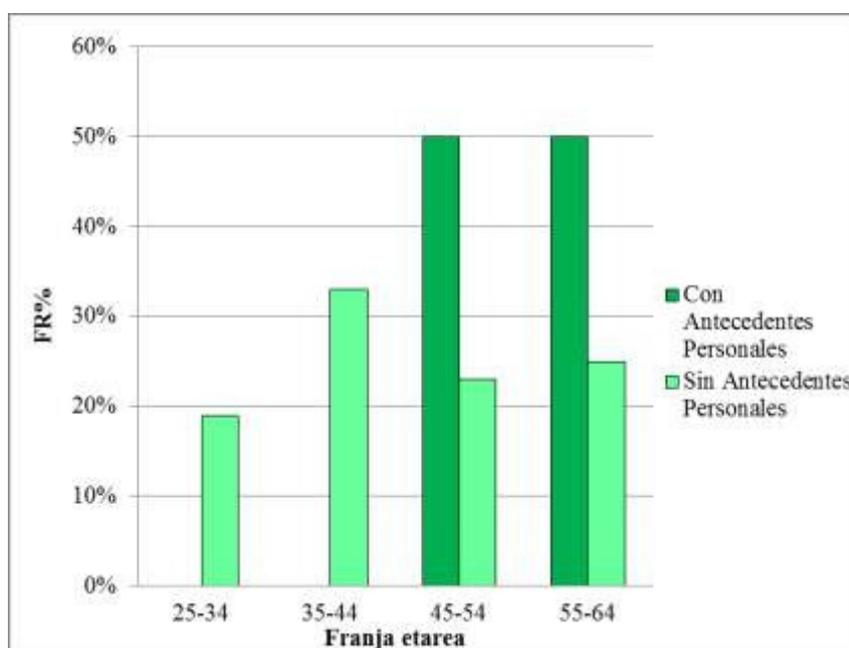


Tabla 15. Antecedentes personales de hipertensión arterial, correspondiente al sexo masculino.

SEXO MASCULINO				
Antecedentes Personales de HTA / EDAD	SI		No	
	FA	FR%	FA	FR%
25-34	0	0%	11	29%
35-44	0	0%	6	16%
45-54	1	25%	10	26%
55-64	3	75%	11	29%
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100%</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>

La franja etarea que tiene mayor porcentaje con un 75% corresponde va de 55 a 64 años luego un 25% de 45 a 54 años .y 0% de 25ª 34 y de 35 a 44 años.

Sin antecedentes tenemos que un 29% corresponde a la franja atarea que va de 55 a 64 y de 25 a 34 años, 26% de 45 a 54 años, 16% de 35 a 44 años.

Concluimos que un 75% que corresponde a la franja atarea que va de 55 a 64 años tienen antecedentes personales de hipertensión arterial.

Gráfico 15.

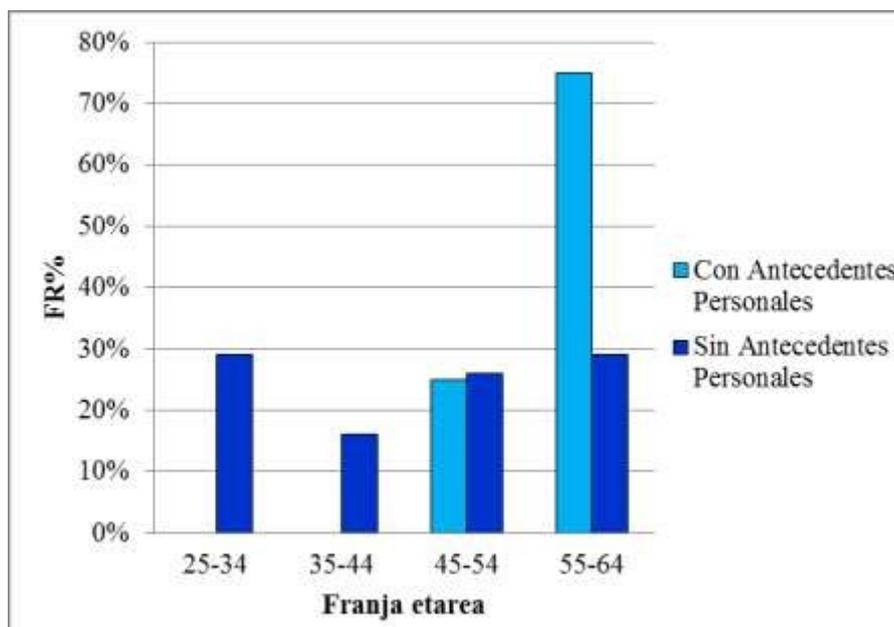


Tabla 16. Antecedentes personales de hipertensión arterial, correspondiente a ambos sexos.

Antecedentes Personales de HTA	Si		No	
	FA	FR%	FA	FR%
F	4	50%	104	73%
M	4	50%	38	27%
Total	8	100%	142	100%

Destacamos que tanto el sexo femenino como masculino presentan un 50% de antecedentes personales de hipertensión arterial.

En cuanto a los que no presentan antecedentes personales destacamos que un 73% es de sexo femenino y un 27% de sexo masculino.

Gráfico 16.

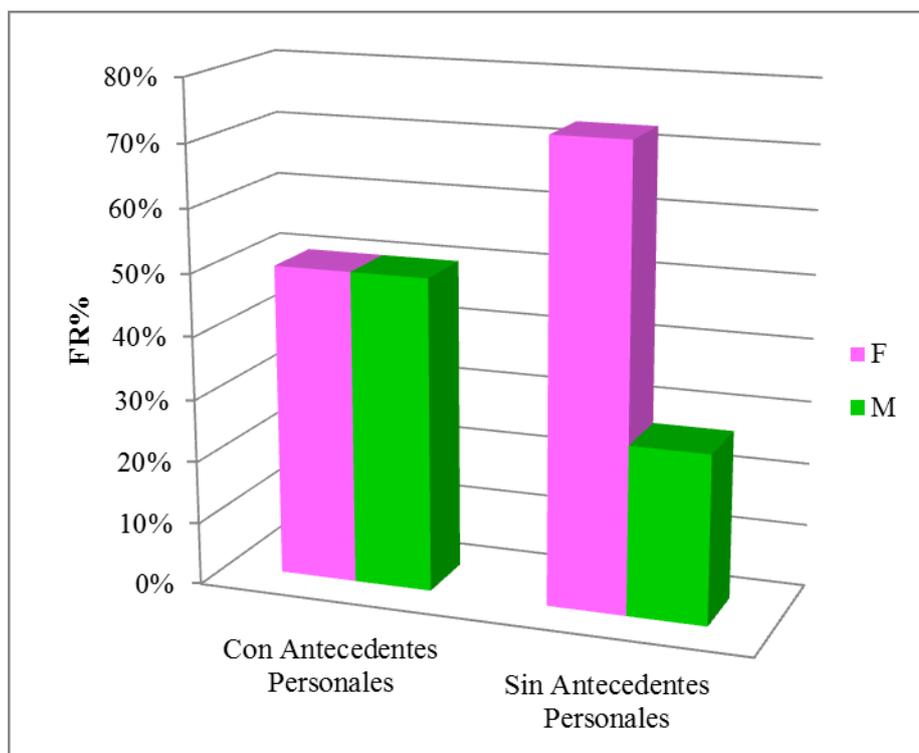


Tabla 17. Antecedentes familiares de hipertensión arterial, correspondiente al sexo femenino.

SEXO FEMENINO				
Antecedentes Familiares de HTA	Si		No	
EDAD	FA	FR%	FA	FR%
25- 34	12	18%	8	20%
35- 44	19	28%	15	36%
45- 54	20	30%	6	15%
55- 64	16	24%	12	29%
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100%</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>

Podemos observar que el mayor porcentaje es de un 30% correspondiente a la franja etaria que va de 45 a 54 años, 28% de 35 a 44 años, 24% de 55 a 64 años y un 18% de 25 a 34 años .

Sin antecedentes el mayor porcentaje es de 36% de 35 a 44 años, un 29% de 55 a 64 años, un 20% de 25 a 34 años y un 15% de 45 a 54 años.

Gráfico 17.

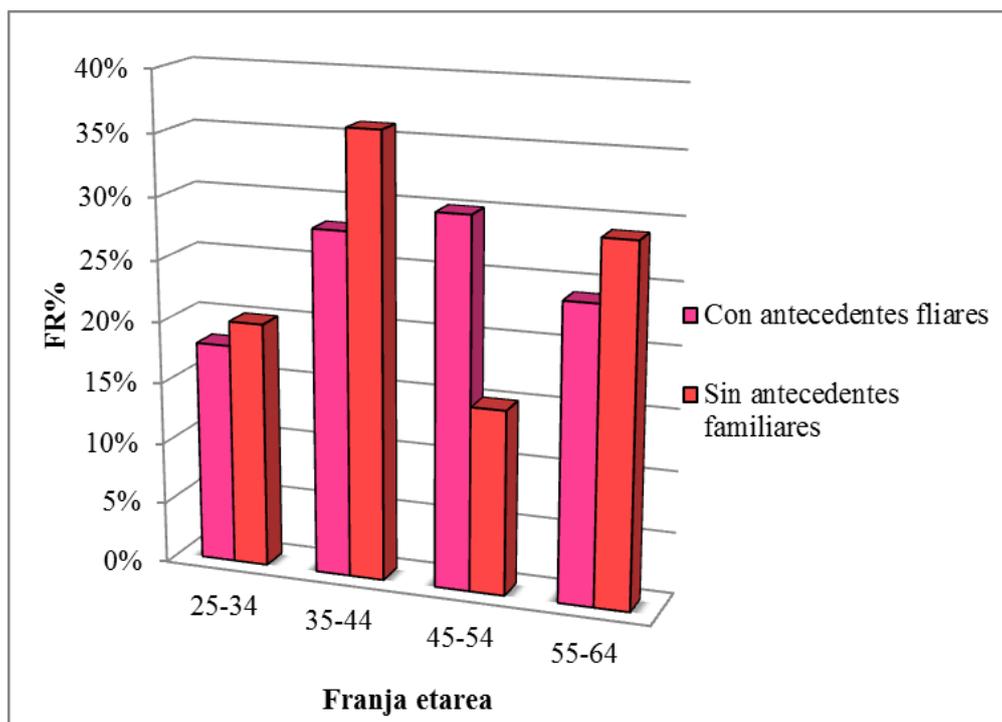


Tabla 18. Antecedentes familiares de hipertensión arterial, correspondiente al sexo masculino.

SEXO MASCULINO				
Antecedentes Familiares de HTA	Si		No	
	FA	FR%	FA	FR%
EDAD				
25- 34	9	33%	2	14%
35- 44	1	4%	5	33%
45- 54	6	22%	5	33%
55- 64	11	41%	3	20%
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

Podemos observar que el mayor porcentaje es de un 41% correspondiente a la franja etarea que va de 55 a 64 años, 33% de 25 a 34 años, 22% de 45 a 54 años y un 4% de 35 a 44 años .

Sin antecedentes el mayor porcentaje es de 33% de 35 a 44 años y de 45 a 54 años un 20% de 55 a 64 años, un 14% de 25 a 34 años.

Grafico 18.

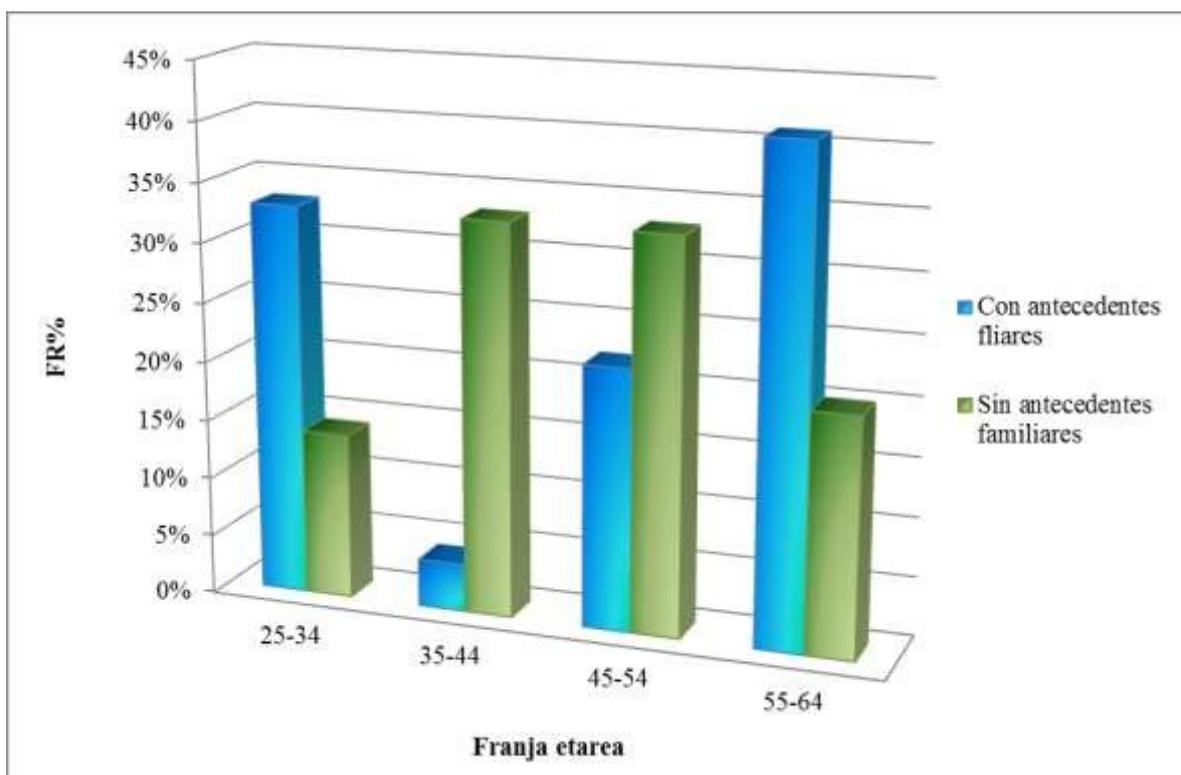


Tabla 19. Antecedentes familiares de hipertensión arterial, correspondiente a ambos sexos.

Antecedentes Familiares de HTA \ Sexo	Si		No	
	FA	FR%	FA	FR%
F	67	71%	41	73%
M	27	29%	15	27%
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>	<b>56</b>	<b>100%</b>

Podemos observar que el mayor porcentaje con el 71% que tiene antecedentes familiares de hipertensión arterial corresponde al sexo femenino y un 29% al sexo masculino.

De los que no presentan antecedentes el mayor porcentaje es femenino con un 73% y un 27% corresponde al sexo masculino.

Destacamos que de la población a estudiar presentan antecedentes familiares de hipertensión arterial y corresponde al sexo femenino con 71%

Gráfico 19.

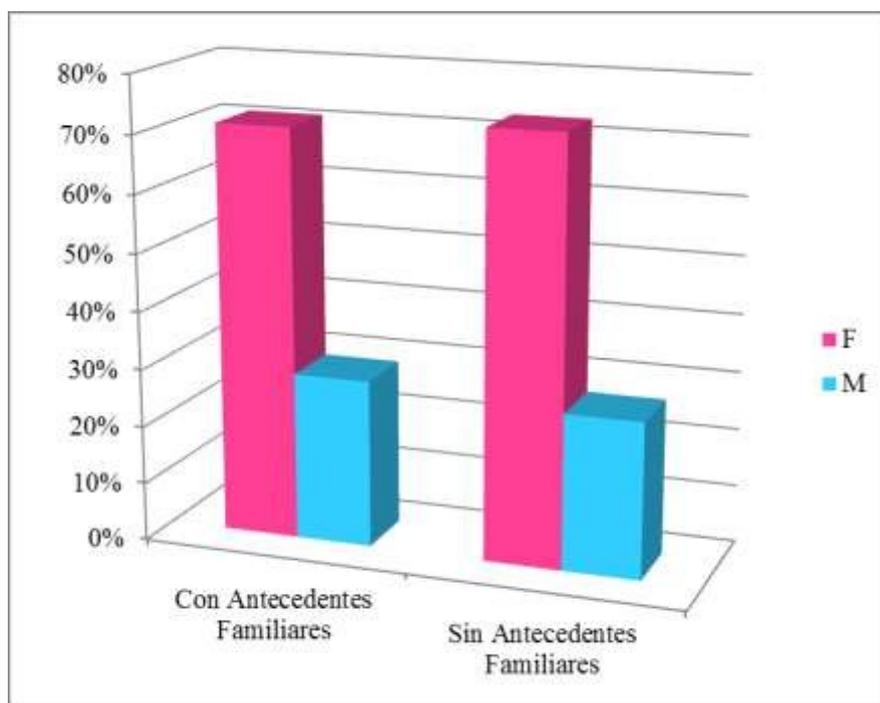


Tabla 20. Medidas tensionales correspondiente al sexo femenino.

SEXO FEMENINO				
Medición de P/A	P/A >= a 140/90 mmHg		P/A <= a 139/89 mmHg	
EDAD	FA	FR%	FA	FR%
25-34	2	6,25%	18	24%
35-44	2	6,25%	32	42%
45-54	9	28%	17	22%
55-64	19	59%	9	12%
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>	<b>76</b>	<b>100%</b>

Las mediciones tensionales realizadas al sexo femenino, en cuanto a hipertensión arterial categorizadas de leve a severa, el mayor porcentaje corresponde a la franja etarea de 55 a 64 años de edad con un 59%, un 28% a las edades de 45 a 54 años y un 6,25% tanto al rango etareo de 25 a 34 años como al rango etareo de 35 a 44 años de edad.

Gráfico 20.

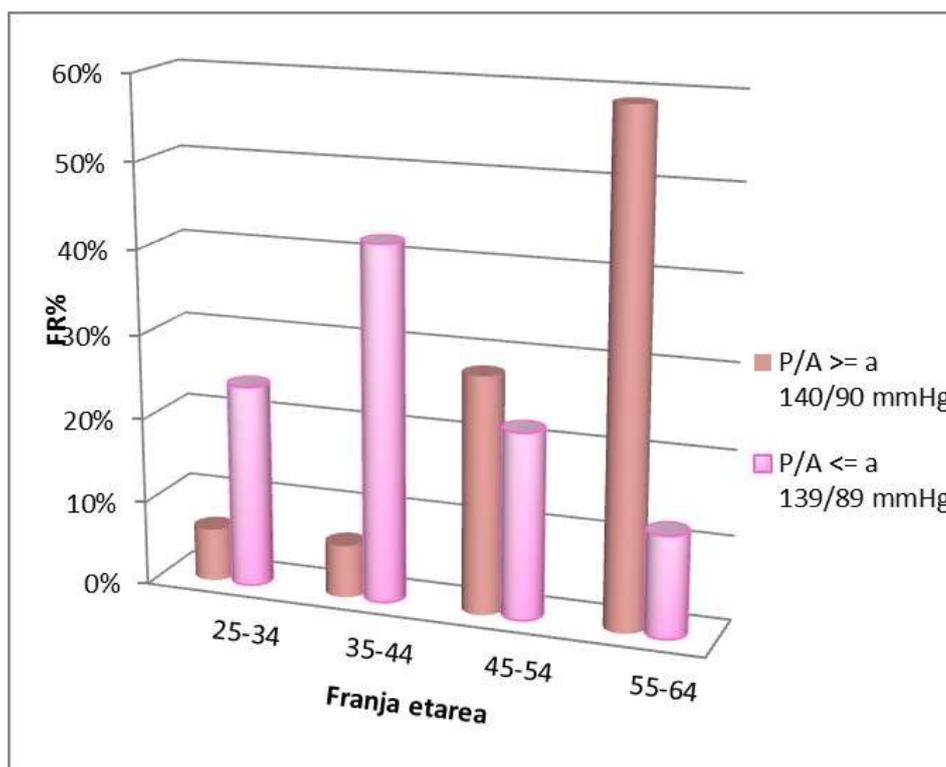


Tabla 21. Medidas tensionales correspondiente al sexo masculino.

SEXO MASCULINO				
Medición de P/A	P/A >= a 140/90 mmHg		P/A <= a 139/89 mmHg	
EDAD	FA	FR%	FA	FR%
25-34	1	6%	10	40%
35-44	2	12%	4	16%
45-54	7	41%	4	16%
55-64	7	41%	7	28%
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

Las mediciones tensionales realizadas al sexo masculino, en cuanto a hipertensión arterial categorizadas de leve a severa, el mayor porcentaje corresponde a las franjas etareas de 45 a 54 años y de 55 a 64 años de edad con un 41% respectivamente, un 12% a las edades de 35 a 44 años y un 6% al rango etareo de 25 a 34 años.

Gráfico 21.

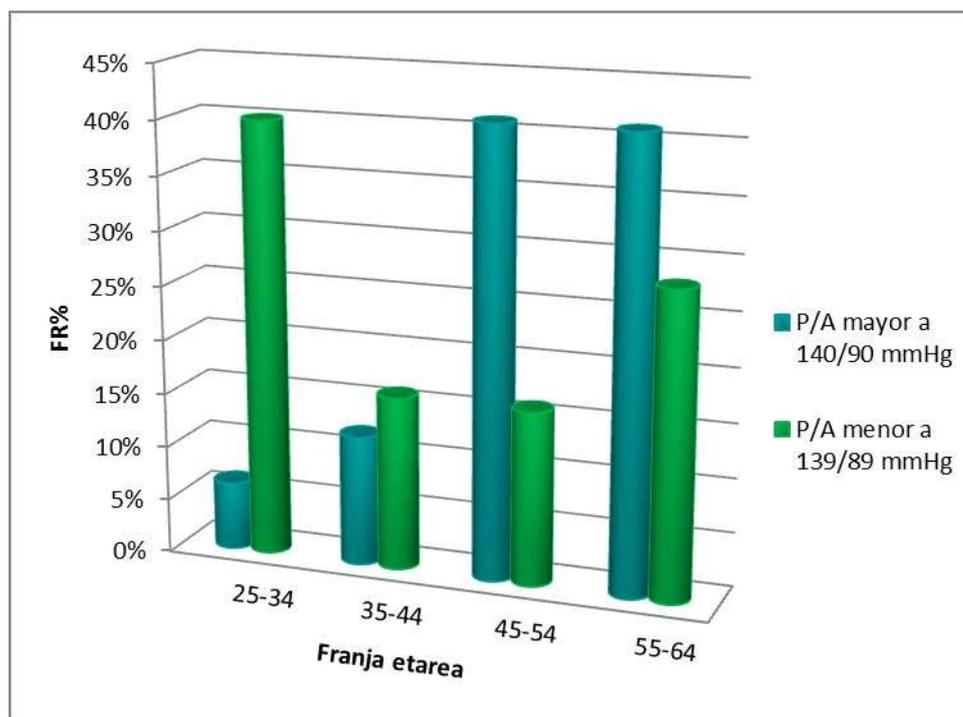


Tabla 22. Medidas tensionales correspondiente a ambos sexos.

Medición de P/A \ SEXO	P/A >= a 140/90 mmHg		P/A <= a 139/89 mmHg	
	FA	FR%	FA	FR%
F	32	65%	76	75%
M	17	35%	25	25%
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100%</b>	<b>101</b>	<b>100%</b>

Comparando las mediciones tensionales realizadas en ambos sexos, en cuanto a hipertensión arterial categorizadas de leve a severa, el mayor porcentaje corresponde al sexo femenino con un 65% y en el sexo masculino un 35%.

En cuanto a las cifras tensionales menores a 139/89 mmHg el 75% corresponde al sexo femenino y el 25% al masculino.

Gráfico 22.

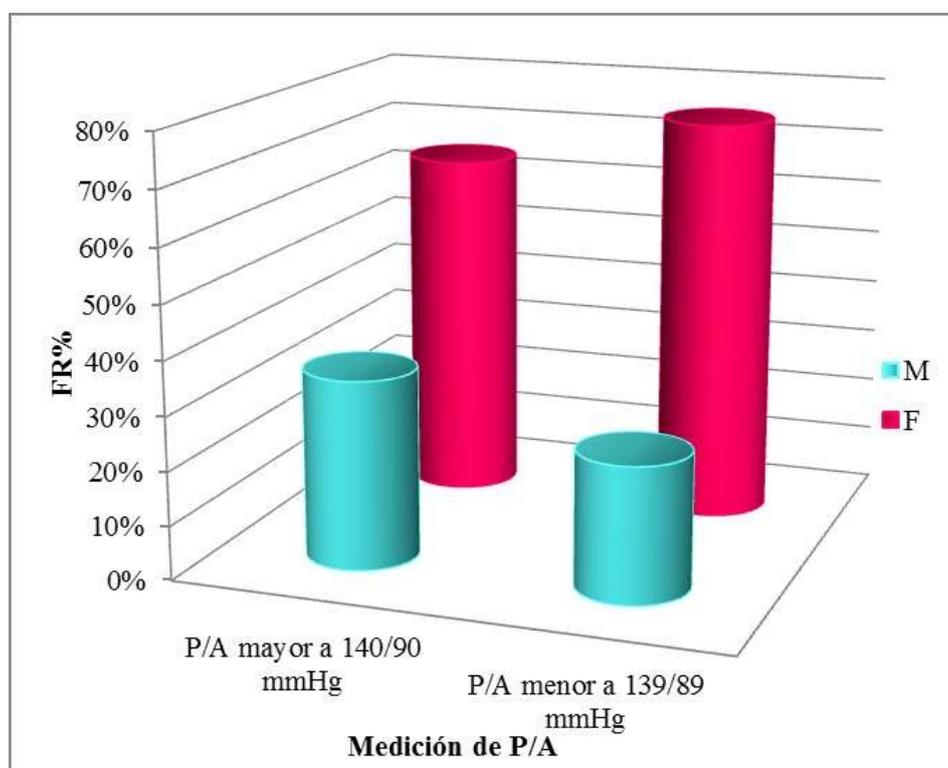


Tabla 23. Individuos sin antecedentes personales de hipertensión que estaban hipertensos, correspondiente al sexo femenino.

SEXO FEMENINO				
EDAD	Sin AP HTA		PA $\geq$ 140/90 mmHg	
	FA	FR%	FA	FR%
25-34	20	19%	2	7%
35-44	34	33%	3	11%
45-54	24	23%	8	29%
55-64	26	25%	15	53%
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>100%</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>

Aquí se puede observar que en la franja etarea de 55 a 64 años de edad el 25% no tienen antecedentes personales de hipertensión pero el 53% de ellos son hipertensas y no lo sabían. En la franja etarea de 45 a 54 años el 23% no tiene antecedentes personales de hipertensión pero el 29% de ellos son hipertensos y no lo sabían.

Por su parte en la franja etarea de 35 a 44 años el 33% no tiene antecedentes personales de hipertensión pero el 11% son hipertensos y no lo sabían.

En la franja etarea de 25 a 34 años que el 19% no tiene antecedentes personales de hipertensión, el 7% son hipertensos y no lo sabían.

Gráfico 23.

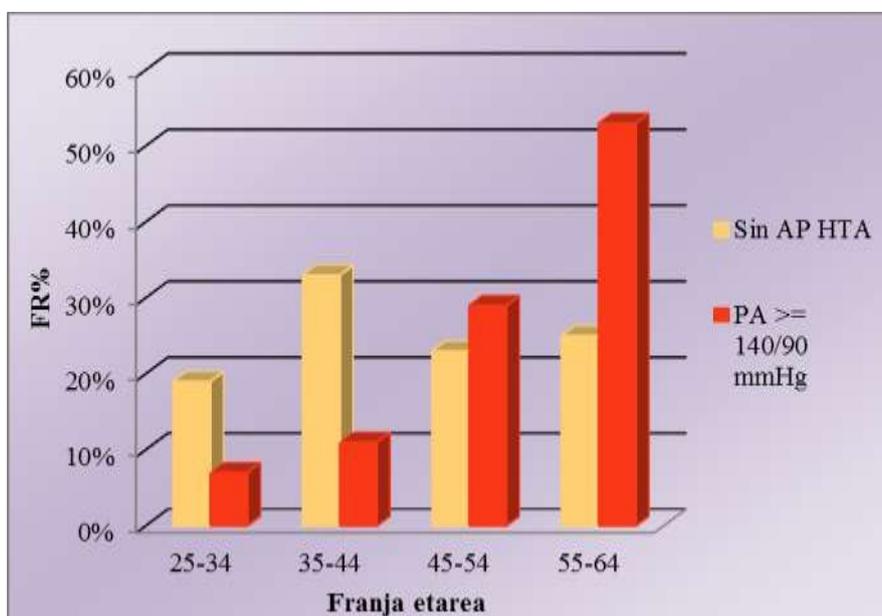


Tabla 24. Individuos sin antecedentes personales de hipertensión que estaban hipertensos, correspondiente al sexo masculino.

SEXO MASCULINO				
EDAD	Sin AP HTA		PA $\geq$ 140/90 mmHg	
	FA	FR%	FA	FR%
25-34	11	29%	1	10%
35-44	6	16%	0	0%
45-54	10	26%	5	45%
55-64	11	29%	5	45%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>

Aquí se puede observar que en la franja etarea de 55 a 64 años de edad el 29% no tienen antecedentes personales de hipertensión pero el 45% de ellos son hipertensos y no lo sabían, lo mismo ocurre en la franja etarea de 45 a 54 años el 26% no tiene antecedentes personales de hipertensión pero el 45% de ellos son hipertensos y no lo sabían.

En la franja etarea de 25 a 34 años que el 29% no tiene antecedentes personales de hipertensión pero el 10% de ellos son hipertensos y no lo sabían.

Por su parte en la franja etarea de 35 a 44 años el 16% no tiene antecedentes personales de hipertensión y ninguno de ellos es hipertenso.

Gráfico 24.

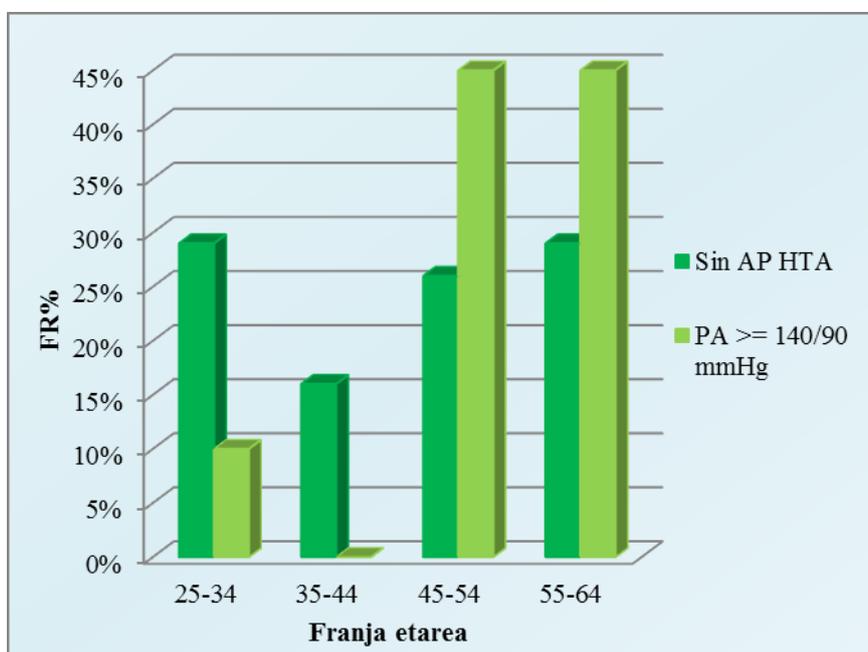


Tabla 25. Individuos sin antecedentes personales de hipertensión que estaban hipertensos, correspondiente a ambos sexos.

	Sin AP HTA		PA $\geq$ 140/90 mmHg	
Sexo	FA	FR%	FA	FR%
F	104	73%	28	72%
M	38	27%	11	28%
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100%</b>	<b>39</b>	<b>100%</b>

En el sexo femenino predominan las mujeres sin antecedentes personales de hipertensión en un 73%, como las que son hipertensas y no lo saben en un 72%.

En el sexo masculino ocurre que predominan los hombres que son hipertensos y no lo saben en un 28% y el 27% de ellos no tienen antecedentes personales.

Gráfico 25.

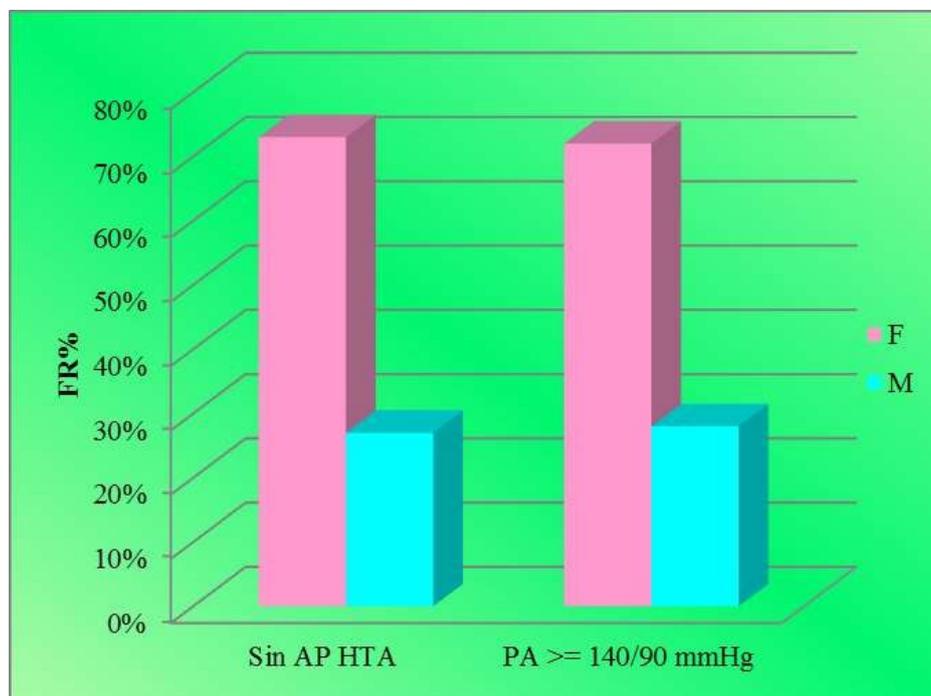


Tabla 26. Individuos con antecedentes personales de hipertensión que estaban normotensos, correspondiente al sexo femenino.

SEXO FEMENINO				
EDAD	Con AP HTA		PA <= 140/90 mmHg	
	FA	FR%	FA	FR%
25-34	0	0%	0	0%
35-44	0	0%	0	0%
45-54	2	50%	2	100%
55-64	2	50%	0	0%
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100%</b>	<b>2</b>	<b>100%</b>

Se puede observar que en cuanto a las mujeres en la franja etarea de 45 a 54 años y de 55 a 64 años con antecedentes personales de hipertensión solo en la franja edtarea de 45 a 54 años estaba normo-tensa.

Gráfico 26.

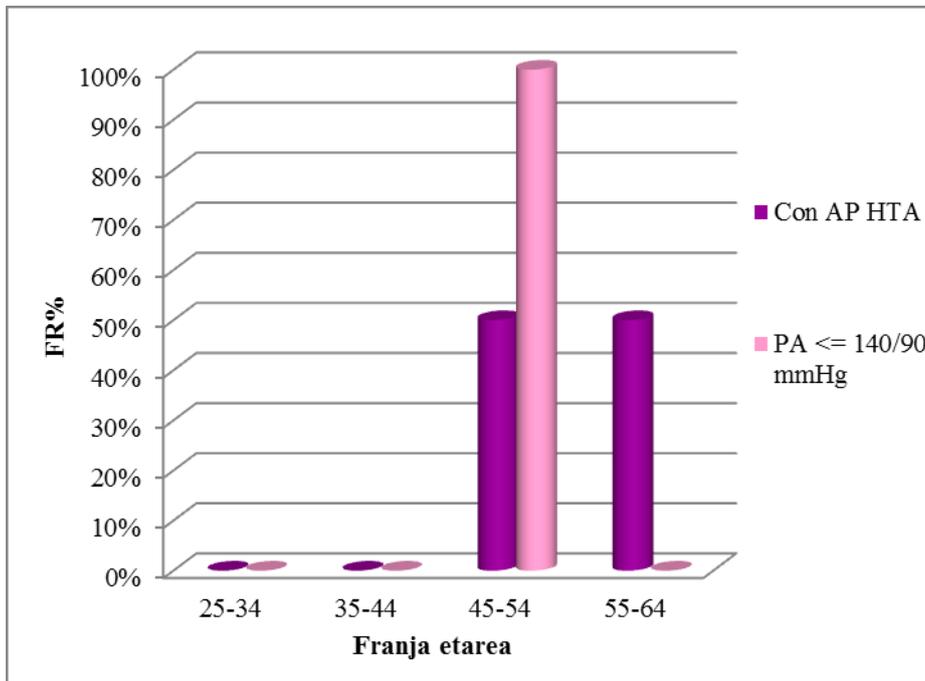


Tabla 27. Individuos con antecedentes personales de hipertensión que estaban normotensos, correspondiente al sexo masculino.

SEXO MASCULINO				
EDAD	Con AP HTA		PA <= 140/90 mmHg	
	FA	FR%	FA	FR%
25-34	0	0%	0	0%
35-44	0	0%	0	0%
45-54	1	25%	0	0%
55-64	3	75%	2	100%
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100%</b>	<b>2</b>	<b>100%</b>

Se puede observar que en cuanto a los hombres en la franja etarea de 55 a 64 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, estaba normotensa.

Gráfico 27.

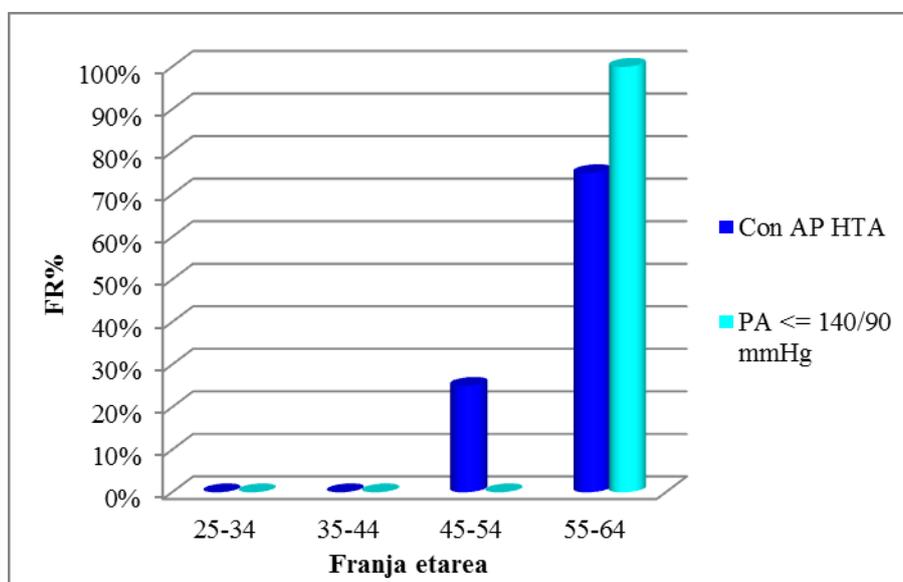
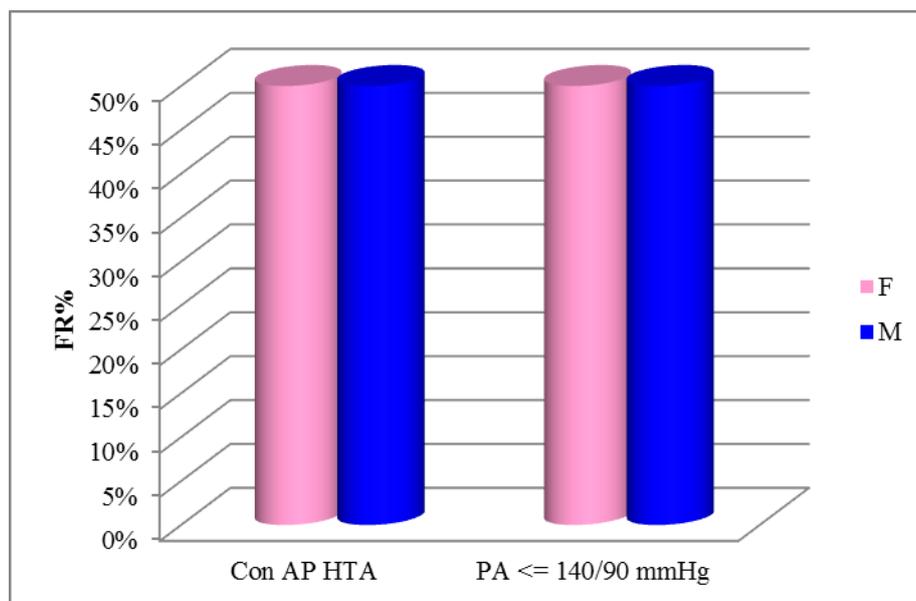


Tabla 28. Individuos con antecedentes personales de hipertensión que estaban normotensos, correspondiente a ambos sexos.

Sexo	Con AP HTA		PA <= 140/90 mmHg	
	FA	FR%	FA	FR%
F	4	50%	2	50%
M	4	50%	2	50%
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>4</b>	<b>100%</b>

Aquí se observa que tanto en el sexo femenino como en el masculino el 50% tienen antecedentes personales de hipertensión y el 50% están hipertensos.

Gráfico 28.



## ***Discusión***

Debemos destacar la importancia de las ECNT ya que en Uruguay figuran entre las primeras causas de mortalidad con un 70%, siendo el 33,8% de causa cardiovascular.

En la primera encuesta elaborada por el MSP en el 2006 el 28,6% correspondiente a la franja etarea de 25 a 64 años le agregaban sal a sus comidas. Considerando que algunos factores de riesgo son modificables y su corrección permite evitar complicaciones severas, como enfermeras universitarias se considera importante abordar estos factores de riesgo de las ECNT cardiovasculares como el consumo de sal y la hipertensión arterial en la población a estudiar; llevando a cabo el rol de educar prevenir y concientizar a la población de la importancia que tiene la reducción del consumo de sal, evitar fiambres, embutidos y alimentos preparados fuera del hogar, consumir frutas y verduras lo cual favorece la disminución de las cifras tensionales.

En la población en estudio que corresponde a la franja etarea de 25 a 64 años, prevalece el sexo femenino con un 65%, en la franja etarea comprendida entre 35 a 44 años presentan el mayor porcentaje que le agregan sal a las comidas, consumen fiambres y embutidos y alimentos procesados fuera del hogar, en cuanto el sexo masculino la franja etarea que prevalece va de 55 a 64 años. En cuanto al no consumo de frutas ni verduras comparten un 57% la franja etarea de 55 a 64 años.

Con respecto a la presión arterial categorizadas de leve a severa en el sexo femenino corresponde a la franja etarea de 55 a 64 años con un 59% con respecto al sexo masculino comparten las franjas etareas que van de 45 a 54 y de 55 a 64 años con un 41%. En lo que refiere a la variable antecedentes personales de hipertensión se destaca que el porcentaje es mayor (75%) en el sexo masculino comprendiendo las edades de 55 a 64 años con respecto al sexo femenino con un 50% compartiendo la franja etarea que va de 45 a 54 y de 55 a 64 años. Referente a la variable antecedentes familiares

destacamos que el mayor porcentaje en el sexo femenino corresponde a la franja etarea que va de 45 a 54 años y el sexo masculino de 55 a 64 años.

Observamos que en el sexo masculino las distintas variables comparten la misma franja etarea.

Con respecto a los países de la región en Argentina las ECNT fueron la causa del 80% de las defunciones y en Brasil representan un 60%.

## Conclusiones

De acuerdo a esta investigación se destacan los siguientes datos:

Según el estudio realizado predomina el sexo femenino con un 75% con respecto al masculino.

En cuanto a la dieta tanto en el sexo femenino, como masculino correspondiente a la franja etarea que va de 55 a 64 años un 57% no consume ni fruta ni verdura.

De acuerdo al sexo femenino un 38% le agrega sal a la comida preparada corresponde a la franja etarea de 35 a 44 años, en el sexo masculino un 28% le agrega sal correspondiente a la franja etarea que va desde 25 a 34 y 55 a 64 años.

En cuanto el consumo de los alimentos preparados fuera del hogar en el sexo femenino el 34% corresponde la franja etarea de 35 a 44 años, en el sexo masculino un 38% corresponde a la franja etarea de 55 a 64 años.

En el consumo de fiambres y embutidos un 33% corresponde al sexo femenino en la franja etarea de 35 a 44 años, en el sexo masculino un 36% corresponde a la franja 55 a 64 años.

En la variable antecedentes personales de hipertensión arterial, en lo que corresponde al sexo femenino el 50% va de 45 a 54 y de 55 a 64 años. En el sexo masculino 75% corresponde a la franja etarea de 55 a 64 años.

En lo que respecta a antecedentes familiares de hipertensión, un 30% del sexo femenino corresponde a la franja etarea de 45 a 54 años, el masculino un 41% corresponde a los que van de 55 a 64 años.

En las mediciones tensionales realizadas a ambos sexos, tenemos que el sexo femenino, en cuanto a hipertensión arterial categorizadas de hipertensión leve (140/90 mmHg) a hipertensión severa ( $\geq$  180/110 mmHg), el mayor porcentaje corresponde a la franja etarea que va de 55 a 64 años. En cuanto al sexo masculino, el mayor porcentaje

corresponde a las franjas etareas de 45 a 54 años y de 55 a 64 años de edad con un 41% respectivamente.

Ante la situación que se encontró en las personas sin antecedentes personales que se encontraban con la presión arterial elevada se les recomendó que consultaran a la policlínica más cercana o a su médico de cabecera, para comenzar con un control de presión arterial. Los individuos que tienen antecedentes personales de hipertensión y estaban normo-tensos estaban medicados para esto.

De los resultados se evidencia que, en el sexo femenino entre las edades de 35 a 44 años son las que presentan mayor riesgo de presentar ECNT cardiovasculares, a diferencia del sexo masculino que comprende la franja etarea de 55 a 64 años.

Se concluye que de acuerdo al objetivo general planteado, que un 39% de los encuestados le agregan sal a las comidas y el 33% de éstos tenían  $P/A \geq 140/90$  mmHg, existiendo así relación entre el consumo de sal y el aumento de presión arterial.

## **Sugerencias**

Se sugiere continuar investigando sobre las ECNT y sus factores de riesgo, dada la importancia que tienen en la salud de la población.

La vigilancia de estos, resulta fundamental para conocer su magnitud, tendencia y evaluar el impacto que sobre ellos tengan los programas preventivos.

## Bibliografía

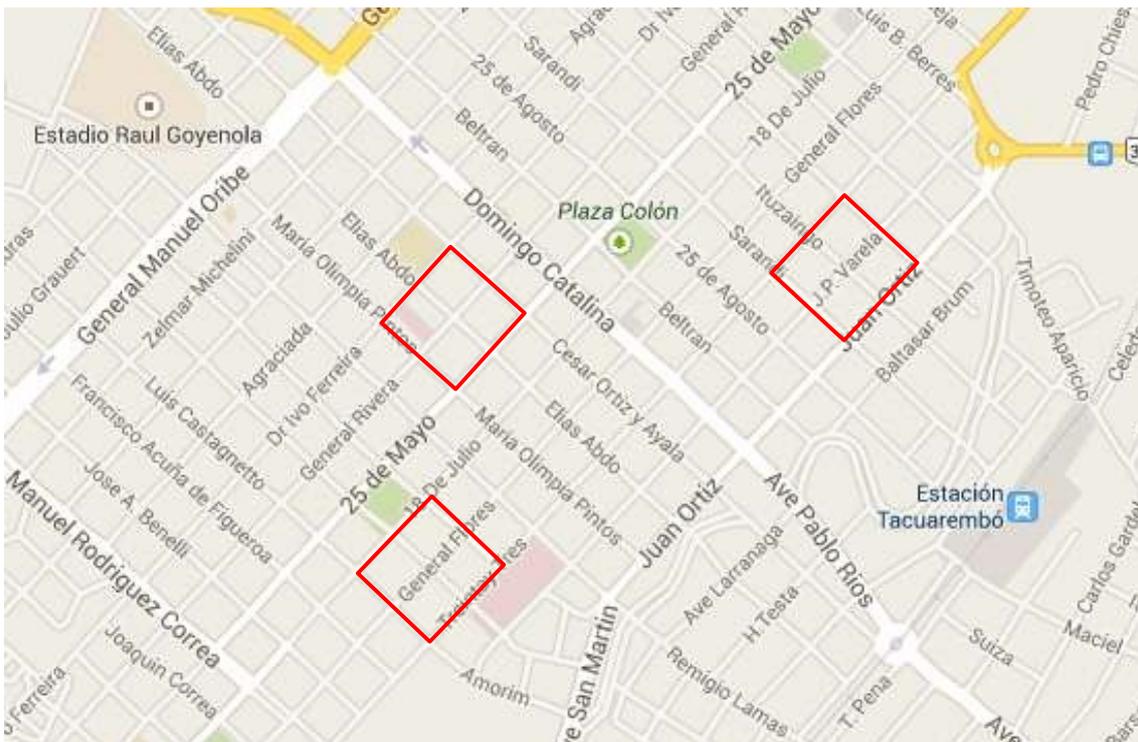
- ☛ **CÓMO SE HACE UNA TESIS.** Técnicas y procedimientos de estudio, investigación y escritura. Umberto Eco. Versión castellana de Lucía Baranda y Alberto Clavería Ibáñez. Editorial Gedisa S.A.
- ☛ **METODOLOGÍA de la investigación.** Quinta edición. Dr. Roberto Hernández Sampieri. Dr. Carlos Fernández Collado. Dra. María del Pilar Baptista Lucio. MCGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- ☛ **Introducción a la Metodología de la investigación científica.** M. Martell, R. Fescina, G. Martínez, M. Martínez, L. Delgado, E. García, et al. 1º Edición. Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR, 1997
- ☛ **Estadística Médica. Conceptos y aplicaciones al inicio de la formación médica.** C. Ketzoian, X. Aguirrezábal, R. Alonso, D. Benzano, R. Cáceres, J. Gil, et al. Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR, 2004
- ☛ **Estadística (Aplicada a la Biología).** P. Rodríguez-Miñon. 3ª Edición. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia, 1984.

# Anexos

## Mapa de la ciudad de Tacuarembó



## Selección del área de investigación



# **INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS**

## ***CUESTIONARIO***

### **Consumo de sal y aumento de la presión arterial como factor de riesgo en enfermedades crónicas no transmisibles.**

Buenos días / Buenas tardes. Somos estudiantes de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería, de la Universidad De La Republica, que desarrollamos un trabajo de investigación en la zona, acerca de los Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Trasmisibles.

Mediante este cuestionario queremos conocer cuántas personas de 25 a 64 años de edad consumen sal y esto si se relaciona con el aumento de las cifras tensionales, así como también conocer las personas diagnosticadas con hipertensión e identificar mediante el control de la presión arterial cuántas personas son hipertensas y no lo saben.

Dada la importancia que tiene este factor de riesgo en las Enfermedades Crónicas No Trasmisibles.

## CUESTIONARIO

Sexo	MARQUE CON UNA CRUZ
- HOMBRE	
- MUJER	

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

2- ¿Sabe leer y escribir?
- SI
- NO

3- ¿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

4- ¿Cuántas personas conviven con usted?

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

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

7- ¿Consume alguna bebida alcohólica diariamente?
- SI
- NO

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

- MARGARINA

9- ¿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

10- ¿Consume algunos de estos productos: galletitas, alfajores, snacks (papas, palitos, chizitos), bizcochos?

- SI
- NO

11- ¿Consume alimentos procesados que contienen mucha sal? *Embutidos, fiambres, enlatados.*

- SI
- NO

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

- SI
- NO

13- ¿Agrega sal a sus comidas?

- SI
- NO

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

- SI
- NO

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

- SI
- NO

16- ¿Frecuencia?

\_\_\_\_\_

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

- SI
- NO

18- ¿Le han recetado medicamentos para la presión?

- SI
- NO

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

- SI

- NO

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

- INYECTARSE INSULINA

- MEDICACION VIA ORAL

- DIETA

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

- SI

- NO

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

- MEDICACION VIA ORAL

- DIETA

- AMBAS

**23- ¿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.....

**2- El informante se encontraba:**

- CALZADO

- CON TACOS

- SIN TACOS

- DESCALZO

#### PESO:

EN KILOGRAMOS.....

**3- El encuestado se encontraba:**

- CALZADO

- **SIN CALZADO**

**4- ¿Llevaba puesto más de un buzo o campera?**

- **SI**

- **NO**

## 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 de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles a los habitantes de la ciudad de Tacuarembó.

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: .....

Monica Mattos. [Redacted]

Paola Fialho. [Redacted]

Ana Lía Quay. [Redacted]