



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA SALUD DEL NIÑO/A Y DEL ADOLESCENTE**



Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial en adolescentes entre 10 y 13 años de la Ciudad de la Costa, julio-agosto del 2010

AUTORES:

Br. Barbé, Mónica
Br. De Olivera, Susana
Br. Manzzi, Natalia
Br. Olivera, Sheylia
Br. Sigales, Gabriela

TUTOR:

Prof. Adj. Lic. Esp. Hernández, Sandro

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

Montevideo, 2010

INDICE

Agradecimientos	pag. 2
Introducción	pag. 3
Planteamiento del Problema	pag. 4
Fundamentación	pag. 5
Antecedentes	pag. 7
Marco Teórico	pag. 9
Diseño Metodológico	pag. 15
Variables	pag. 17
Resultados	pag. 19
Análisis	pag. 23
Conclusiones y Sugerencias	pag. 26
Bibliografía	pag. 29
Anexos	pag. 31

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Docente Lic. Sandro Hernández asignado tutor y responsable de nuestro grupo quien nos acompañó durante el proceso de investigación.

A la Directoras de ambas escuelas públicas Graciela Fuentes, Rosario Ferreira y a las maestras que participaron en las actividades, a los/as adolescentes y sus responsables por permitirnos llevar a cabo esta investigación.

En particular, queremos agradecer a nuestras familias y amigos por brindarnos su apoyo en todo momento.

INTRODUCCION

El informe fue realizado por cinco estudiantes de la carrera Licenciatura de Enfermería pertenecientes a la Facultad de Enfermería, Universidad de la República, cursando el cuarto ciclo Trabajo de Investigación, a realizar en las Escuelas Publicas de la Ciudad de la Costa (Canelones), ejecutada en el período comprendido entre Julio – Agosto 2010.

El mismo fue elaborado con la finalidad de conocer los Factores de Riesgo que favorecen el Desarrollo de Hipertensión Arterial en adolescentes ya que la misma desde el punto de vista epidemiológico es una patología de suma relevancia.

Dicha investigación tuvo un diseño metodológico descriptivo, cuantitativo y de corte transversal, el objetivo general fue: Conocer los factores de riesgo de la hipertensión arterial en adolescentes (10 a 13 años de edad), perteneciente a las escuelas públicas de tiempo simple y sus objetivos específicos fueron los siguientes:

1. Caracterizar la población de estudio.
2. Identificar factores de riesgo modificables en el grupo de estudio.
3. Identificar factores de riesgo no modificables en el grupo de adolescentes.

Para el procesamiento de datos obtenidos en el período Julio – Agosto 2010 se realizó mediante un corte transversal, en los días 15 al 20 de Agosto del corriente año. Con la muestra decantada, luego de haber aplicado los criterios de inclusión y exclusión planteados en el diseño metodológico.

Para el análisis de los datos se establecieron variables y se cotejaron con datos obtenidos de diferentes estudios previos, obteniendo como principales datos en la muestra que el 97% realizan alguna actividad física, las $\frac{3}{4}$ partes no sobre agregan sal a las comidas ya elaboradas, el 53% se encuentran con un índice de masa corporal adecuado para la edad (entre los valores 18.5 Kg. /m² a 24.9 Kg. /m²), el 100% no tienen el hábito de fumar, en contraposición a los antecedentes familiares los cuales el 67% son fumadores.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Línea de Investigación: Salud Escolar.

Área Problema: Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial.

Problema:

¿Cuáles son los factores de riesgo de la hipertensión arterial que presenta una población adolescente de dos escuelas públicas, de la Ciudad de la Costa (Dpto. de Canelones), que presentan factores de riesgo para el desarrollar hipertensión arterial en el período Julio-Agosto 2010?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General.

- Conocer los factores de riesgo en adolescentes de 10 a 13 años, perteneciente a las escuelas públicas de tiempo simple, en la Ciudad de la Costa Canelones en el período Julio-Agosto 2010.

Objetivos Específicos.

- Caracterización de la población de estudio.
- Identificar factores de riesgo modificables en el grupo de estudio.
- Identificar factores de riesgo no modificables en el grupo de adolescentes.

FUNDAMENTACION

Es conocido que la hipertensión arterial del adulto está relacionada con la presencia de factores de riesgo de enfermedad cardiovascular y que comienza en la niñez, muchas veces de manera asintomática, por lo que es importante diagnosticar los factores de riesgo que se relacionan con la hipertensión durante la infancia, motivo por el cual se realiza esta investigación.

La Hipertensión Arterial (HTA) en niños/as y adolescentes ha mostrado un creciente aumento según el informe del tercer consenso Uruguayo de Hipertensión Arterial en este grupo etáreo.¹

Las enfermedades crónicas siguen ocupando el primer lugar en morbilidad a nivel mundial y en Uruguay las enfermedades cardiovasculares desde la segunda mitad del siglo XX son la primera causa de muerte. Por lo tanto, aun teniendo una prevalencia menor que en la edad adulta, la detección de factores de riesgo que pueden favorecer el desarrollo HTA (en los diferentes grupos etáreos) y esta ser una de las enfermedades crónicas con mayor prevalencia en los adultos, adquiere relevancia por su costo tanto en calidad de vida como económico para la sociedad.

Existen factores de riesgo que son causas fundamentales que contribuyen la aparición de las múltiples patologías que encierran las enfermedades cardiovasculares, como son los hábitos alimenticios, el consumo o cohabitar en ambientes con humo de tabaco y el sedentarismo entre otros.

La hipertensión arterial constituye actualmente una enfermedad de enorme interés en niños/as y adolescentes, diferentes estudios han comprobado que la hipertensión esencial es más frecuente en la infancia de lo que se pensaba y que su prevalencia aumenta a medida que lo hace la edad de los/as niños/as.

En junio de 2009 se presentó en Uruguay el primer trabajo comunitario cardiovascular en pediatría; fueron encuestados 560 alumnos de 9 a 13 años los resultados mostraron que el 6% presentó colesterolemia mayor o igual a 200 mg., valores entre 170 y 199 un 21%, los índices de obesidad fueron de un 10% y los de sobre peso un 17%., de los antecedentes familiares el

¹ Caggiani M, Farré Y., 3er Consenso Uruguayo de Hipertensión Arterial en el Niño y el Adolescente. 2005 Arch. Pediatr. Urug. 2006, v.77 n.3. Disponible en: http://www.sup.org.uy/Archivos/adp77-3/pdf/adp77-3_16.pdf (Fecha de acceso 15 abril 2010)

tabaquismo, la HTA y las dislipemias fueron los más frecuentes en los familiares directos de los encuestados.²

El descenso de la tensión arterial trae como beneficio una reducción de 35- 40 % en los accidentes cerebrales; de entre un 20 -25 % en los infartos cardíacos; un 50 % de reducción en el desarrollo de insuficiencia cardíaca y hasta un 30 % en evitar desarrollo de insuficiencia renal.

²Graño J, Burgueño A, Olivera C, Cassella B, Cáceres M, Piquerez M, et al. : Primer trabajo de prevención cardiovascular en pediatría en Lascano. Archivos de pediatría del Uruguay v.80 Montevideo 2009. Disponible en: http://www.sup.org.uy/Archivos/adp80-2/pdf/adp80-2_2.pdf (Fecha de acceso 10 abril 2010)

ANTECEDENTES.

En México un estudio sobre Prevalencia y factores de riesgo de hipertensión arterial en escolares mexicanos (2006) reveló una prevalencia de 4.9% en niños escolares siendo la prevalencia de sobrepeso/obesidad del 39.2% al igual que en Chile, Norero en (1980) encontró una incidencia de 2,0 % de niños Hipertensos, haciendo la salvedad que la población estudiada presentaba un porcentaje importante de sobrepeso.³

En Argentina (Díaz 2006) en un estudio en el que se midieron niveles de presión arterial, prevalencia de hipertensión arterial, sedentarismo y sobrepeso en 331 niños/as, en el 70%, la presión arterial se midió por primera vez, la prevalencia de hipertensión fue 4,3% y la de pre hipertensión 1,9% en niños y niñas.⁴

Las prevalencias del sedentarismo y sobrepeso fueron del 50% y 23,8%, respectivamente y en la cual se encontró asociación entre sedentarismo e hipertensión arterial ($p < 0,05$). La prevalencia de hipertensión fue baja, pero se destacó la importancia de medir la presión arterial desde edades tempranas e implementar programas oficiales para modificar el sedentarismo

Otra investigación realizada en escolares de la ciudad de Corrientes (Argentina) mostró los siguientes resultados⁵:

Antecedentes familiares: Refirieron antecedentes de obesidad materna el 6,9% y obesidad paterna 7,7%, en cuanto a antecedentes de HTA materna el 15% e hipertensión arterial paterna el 19% de la población estudiada. Se halló una relación directa y significativa entre los obesos del grupo en estudio y la obesidad materna ($p = 0,001$) y la obesidad paterna ($p = 0,001$), sin embargo las relaciones entre HTA materna y paterna y HTA en el escolar no fueron significativas, $p < 0,076$ y 0,42, respectivamente.

Hábitos alimentarios: El 50% de los encuestados refirió consumir pizzas, hamburguesas, pan-

³Aregullin EO, Alcortaza MC. Prevalencia y Factores de riesgo de hipertensión arterial en escolares mexicanos caso Sabinas Hidalgo. Salud Publica de México v.51 n.1 Cuernavaca enero/febrero 2009. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000100005&lng=es&nrm=iso (Fecha de acceso 08 abril 2010)

⁴Díaz A, Tringler M, Molina JD, Díaz MC, Geronimi V, Aguera D, et al. Control de la presión arterial y prevalencia de hipertensión arterial en niños y adolescentes de una población rural de Argentina: datos preliminares del Proyecto Vela. Arch. Argent. Pediatr., 2006 v108 n1 Buenos Aires. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752010000100012&lng=es&nrm=iso&tlng= (Fecha de acceso 02 mayo 2010)

⁵Poletti O., Barrios L. Obesidad e hipertensión arterial en escolares de la ciudad de Corrientes, Argentina. Arch. Pediatr. Argent. 2007, v105 Buenos Aires Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-0752007000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es (Fecha de acceso 25 junio 2010)

chos y comida chatarra, siete o más veces por semana y el 44% comunicó tomar bebidas gaseosas o jugos artificiales siete o más veces por semana. Se encontró una relación inversa y estadísticamente significativa entre el número de comidas diarias y el IMC los escolares con una comida diaria presentaron mayor IMC que los que tenían tres o cuatro comidas al día.

Actividad física: El 36,3% refirió no realizar deporte o actividad física algunos fuera de los efectuados dentro de la escuela. No se halló asociación entre sobrepeso, obesidad y actividad física ni con las horas frente al televisor ni con comidas con alto contenido de grasas pero se encontró una relación inversa y estadísticamente significativa entre actividad física y presión arterial media.

Un estudio realizado en el año 2006 (Gambetta J.) sobre factores de riesgo cardiovasculares en una población mostró que en pacientes con Presión Arterial con percentil mayor a 90, el riesgo de sobrepeso estaba presente en el 37% de la población y el sedentarismo en el 65%.⁶

⁶Gambetta JC, Farré Y, Chiesa P, Peluffo C, Duhagon P., Factores de riesgo cardiovascular en una población pediátrica. Arch. Pediatr. Urug. 2006 v77 n2. Disponible en: http://www.sup.org.uy/Archivos/adp77-2/pdf/adp77-2_8.pdf

MARCO TEORICO

La Enfermería es una disciplina encaminada a fortalecer la capacidad reaccional de personas, familia, grupos poblacionales, realiza la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención.⁷

Dentro de la disciplina la/el enfermera/o comunitaria tiene un rol destacado siendo el personal responsable que investigando en conjunto con la población conoce las necesidades de atención a la salud. Posee los conocimientos y habilidades técnicas así como la actitud apropiada para aprender, en los lugares donde vive, donde trabaja, donde estudia, donde se relaciona, o en las instituciones sanitarias como fuera preciso, desde una concepción de la enfermera/o como miembro de un equipo disciplinario que trabaja en coordinación con otras instituciones y sectores realizando las funciones de asistencia, docencia e investigación, fortaleciendo las capacidades de participación y creación de los propios involucrados.⁷

La enfermería basa su quehacer en una concepción holística de la salud que la conceptualiza como un proceso que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en el que se encuentra el hombre. En este proceso puede tener distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad reaccionada y a la situación Salud – Enfermedad en que se encuentre. La salud es un derecho inalienable del hombre, que debe estar asegurado por el Estado a través de políticas eficaces, con la participación de la población y del equipo de salud, promoviendo la autogestión de los grupos.⁷

El Modelo de Lalonde concibe a La Salud como el resultado de la interacción de diversos determinantes; la biología humana, estilo de vida, servicios sanitarios y el entorno.

La Biología Humana incluye todos los aspectos físicos y mentales que conforman la corporalidad del ser humano, tales como la herencia genética, la maduración y el envejecimiento, las características de los diferentes sistemas del cuerpo (nervioso, endocrino, aparato digestivo, etc.), el sexo, la edad, etc.

⁷Universidad de la República. Instituto Nacional de Enfermería. Montevideo: INDE, 1993

El Estilo de Vida, los comportamientos de los individuos y de las colectividades ejercen una influencia sobre su salud. Los hábitos de vida nocivos (consumo de drogas, nutrición inadecuada, sedentarismo, conducción temeraria, etc.) tienen consecuencias negativas para la salud. También influyen las relaciones familiares, el nivel de formación, comunicación, roles (domésticos, laborales, por ejemplo), tipo de alimentación, consumo, etc.,

Los Servicios Sanitarios son esencialmente los mismos para todo individuo o grupo, aunque su nivel de desarrollo socioeconómico, clima, tipo de sociedad, etc., se manifiestan de forma diversa según los distintos contextos. La infraestructura sanitaria incluye el número de centros de salud, número de profesionales de la salud, número de hospitales, organización de los servicios, servicios sociales, su accesibilidad, etc.

El Entorno está constituido por aquellos aspectos ajenos al propio cuerpo, sobre los cuales el individuo tiene una muy limitada capacidad de control y que influyen sobre la salud como son el Medio ambiente físico; Medio ambiente social y cultural.⁸

Los factores enunciados por Lalonde se pueden valorar mediante la consulta de enfermería que consiste en la instancia del encuentro entre el Usuario (s), grupo, familia y el personal de Enfermería, con el objetivo de prestar cuidados enfermeros identificando problemas, necesidades e intereses abordándolos de forma integral. Provee cuidados, administra medicamentos, realiza educación sanitaria, todo ello para promover la salud, prevenir enfermedades, recuperar el estado de bienestar y ayudarle a rehabilitarse y reinsertarse en la sociedad.

El Método de Trabajo se denomina Proceso de Atención de Enfermería (PAE) que se aplica en forma sistemática, periódica y documentada.

Puede realizarse en un espacio físico definido dentro del Centro de Salud, en la comunidad o a un grupo de individuos, donde la enfermera debe tener conocimientos clínicos, teóricos que la capaciten para participar activamente en la identificación y resolución de necesidades de salud en la comunidad con destreza, técnicas y procedimientos propios de la profesión enfermera.⁸

Mediante esta se detectan los Factores de riesgo los cuales se definen como *“cualquier exposición, condición o característica que este asociada a una mayor probabilidad de*

⁸Universidad de la República. Instituto Nacional de Enfermería. Montevideo: INDE, 1993

*desarrollar la enfermedad, pueden ser no modificables (edad, sexo), o por el contrario, ser susceptibles de cambios inducidos por actuaciones de atención primaria, que puedan llegar a eliminarlos o, al menos conseguir un descenso significativo de la exposición del sujeto a ellos”.*⁹

Los factores de riesgo más frecuentemente detectables que pueden llevar a desarrollar hipertensión arterial, considerándose esta como Presión Arterial normal a la presión arterial sistólica promedio (PAS) y a la presión arterial diastólica (PAD) por debajo del percentil 90 para la edad y género. La PA normal alta es la PAS y PAD promedio por encima del percentil 90, pero menor al percentil 95.

Definiendo así a la HTA en niños y adolescentes como la presión arterial sistólica (PAS) y/o la presión arterial diastólica (PAD) igual o superior al percentil 95 (P95) de tablas preestablecidas según edad, sexo y talla, medidas en condiciones basales, en tres consultas.¹⁰

Estos factores son: sedentarismo, inadecuada alimentación, tabaquismo, obesidad, antecedentes familiares de HTA. Bajo peso al nacer, entre ellos el más común es el sedentarismo el cual se define según la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular como la falta de actividad física regular definida como: menos de 30 minutos diarios de ejercicio regular y menos de 3 días a la semana.

La inadecuada Alimentación en los adolescentes, se manifiesta mediante el consumo excesivo de, comida chatarra (hamburguesas, papas fritas, golosinas etc.) y productos envasados ricos en cloruro de sodio y grasas trans (chisitos, queseritos, etc.); a esto se le suma el bajo consumo de los seis grupos alimenticios en forma balanceada, definidos por las nutricionistas en : Grupo 1 (Cereales leguminosas y derivados), Grupo 2 (verduras y frutas), Grupo 3 (leche, yogures y quesos), Grupo 4 (carne y derivados y huevos), Grupo 5 (azúcar y dulces), y Grupo 6 (grasas, aceites, frutas secas, semillas oleaginosas y chocolate); además del agua.¹¹ (ver Anexo 1)

La Obesidad se caracteriza por un exceso de tejido adiposo que va acompañado de un aumento del peso corporal y alteraciones metabólicas que representan un riesgo para la salud.

⁹ Martín Zurro A, Cano Pérez JF Atención primaria: Conceptos organización y practica clínica. 4^ª ed. Madrid: Harcourt: 1999. v 1. p. 423.

¹⁰ Caggiani M, Farré Y., 3er Consenso Uruguayo de Hipertensión Arterial en el Niño y el Adolescente. 2005 Arch. Pediatr. Urug. 2006, v.77 n.3. Disponible en: http://www.sup.org.uy/Archivos/adp77-3/pdf/adp77-3_16.pdf (Fecha de acceso 15 abril 2010)

¹¹ Comité de Nutrición de la Sociedad Uruguaya. Guía de alimentación del niño preescolar y escolar del comité de Nutrición de Sociedad Uruguaya de Pediatría. Arch. Pediatr. Urug. 2004, v75 n.2. Disponible en: http://www.sup.org.uy/Archivos/adp75-2/pdf/adp75-2_10.pdf (Fecha de acceso 15 abril 2010)

El tabaquismo, es el hábito de fumar, es una adicción peligrosa, particularmente sus efectos secundarios se extienden al propio afectado (fumador activo) y a sus acompañantes (fumador pasivo) al inhalar el humo exhalado por el propio fumador.

Se entiende por antecedentes familiares de HTA que uno o más familiares directos del adolescente hayan sido diagnosticados con dicha patología.

Se considera bajo peso al nacer cuando el RN tiene un peso menor a 1500gr,

Luego de detectados los Factores de riesgo en la población podemos actuar sobre ellos mediante la Atención Primaria de Salud, definida en la conferencia de la OMS – UNICEF de Alma – Ata como: *“la asistencia esencial , basada en métodos y tecnologías practicas, científicamente fundados y socialmente aceptados, puesta al alcance de todos los individuos y familia de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación”*.¹²

Entre los objetivos de la atención primaria en salud se encuentra la prevención de enfermedades, consta de métodos y técnicas sanitarias y sociales destinadas a evitar la aparición de enfermedades y en presencia de estas a evitar o disminuir sus consecuencias o secuelas, así a la eliminación de los factores de riesgo existente en el medio.

Prevención Primaria: aquella que hace referencia a las actividades que actúan en el período prepatogénico de la historia natural de la enfermedad, y que están encaminadas a impedir o disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad.

Prevención Secundaria: son las acciones dirigidas al diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

Prevención Terciaria: es la etapa que permite la rehabilitación y reinserción social.¹³

De igual manera es de vital importancia el papel que desempeña la Promoción de la salud es la suma de acciones de la población, de los servicios de la salud, las autoridades sanitarias y otros

¹²Martín Zurro A, Cano Pérez JF Atención primaria: Conceptos organización y practica clínica. 4th ed. Madrid: Harcourt: 1999. v 1. p. 5.

¹³Farias OA. Salud publica y educación para la salud; Barcelona: Masson; 2000 p. 208.

sectores sociales y productivos encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva.¹⁴

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es la etapa de la vida, comprendida entre los 10 y los 19 años (hoy se ha prolongado hasta mucho más allá de los 24 años) se clasifica en adolescencia inicial de 10 a 14 años y la adolescencia propiamente dicha de 15 a 19 años (esta última puede prolongarse hasta los 28 años o más) en la cual tiene lugar el empuje de crecimiento puberal y el desarrollo de las características sexuales secundarias, así como la adquisición de nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales. Este proceso se caracteriza por rápidos y múltiples cambios en los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

Las funciones se tornan más complejas y se logra la capacidad de reproducción, adquiriendo un cuerpo nuevo en un corto lapso, por lo que les cuesta adaptarse e identificarse con él.

Desde lo cognitivo, se desarrolla el pensamiento abstracto con el que logran la posibilidad de proyectarse hacia el futuro y valorar las consecuencias de sus actos.

Desde lo emocional, cada individuo participa en una experiencia de vida de descubrimiento personal y en el establecimiento de una identidad.

Es importante que la enfermera profesional como miembro activo del equipo de salud, enmarque su accionar en teorías de enfermería. Es así que D. Orem. En su teoría del “Déficit de autocuidado” sustenta en su teoría sobre el déficit de auto cuidado tres teorías relacionadas: a) la teoría del autocuidado, b) la teoría del déficit del auto cuidado y c) la teoría de los sistemas de enfermería.¹⁵

Considera al Autocuidado como aquellas actividades del individuo aprendidas por éste y orientadas hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida y que el individuo dirige hacia si mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar.

El Déficit de autocuidado es la relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas.

¹⁴Organización Mundial de la Salud. Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas; Washington: OPS – OMS; 1991

¹⁵ Orem DE. Modelos de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Salvat, 1993.

Por ultimo se refiere a los sistemas de enfermería a la serie continua de acciones que se producen cuando las enfermeras vinculan una o varias formas de ayuda a sus propias acciones o a las acciones de personas a las que se está asistiendo y que estén dirigidas a identificar las demandas de autocuidado terapéutico de esas personas o a regular la acción de autocuidado.

El modelo muestra que cuando la capacidad de autocuidado del individuo es menor que la demanda de autocuidado terapéutico, la enfermera compensa el déficit de autocuidado o de asistencia dependiente.

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo y diseño del estudio:

Es un estudio descriptivo, de corte transversal, cuantitativo.

Área de estudio:

Escuelas públicas de tiempo simple de la Ciudad de la Costa (Canelones).

Población de Estudio:

Todos los adolescentes pertenecientes a dichas escuelas de la Ciudad de la Costa (Canelones) y que cumplan con los criterios de inclusión.

Selección y tamaño de la muestra:

La selección de la muestra estuvo dada por todos/as aquellos/as alumnos/as entre 10 a 13 años, de ambos sexos, que concurran a las escuelas públicas tiempo simple de la Ciudad de la Costa (Canelones) al momento de ejecutar la investigación.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Inclusión:

Alumnos/as entre 10 a 13 años, de ambos sexos, que concurran a las escuelas públicas de tiempo simple, que presenten el formulario (ver Anexo 2) de autorización firmado en tiempo establecido y que asistan los días de implementación de la consulta de enfermería en el período Julio-Agosto de 2010.

Exclusión:

Alumnos/as con Diagnóstico y tratamiento de HTA

Adolescentes que no traigan firmada la autorización por sus padres o tutores en tiempo y forma.

Adolescentes que no concurran los días establecidos para la realización de la consulta de enfermería.

Método, Instrumentos y Procedimiento de recolección de datos.

Para comenzar a trabajar en el proyecto de investigación, se realizó en una primera instancia el protocolo y las gestiones con las autoridades de la escuela para la implementación de la investigación (carta de presentación y solicitud de autorización). (ver Anexo 3).

En el primer encuentro con la institución y sus autoridades, se presentó al grupo y los objetivos de trabajo, una vez que se contó con la autorización de enviaron cartas de presentación y autorización a padres y/o tutores para que sus hijos participaran de la investigación conjuntamente con un formulario para la recolección de datos a ser llenado por los mismos.

Luego se coordinaron los días y horarios en los cuales se realizarían las consultas (ver Anexos 4), en cada una se realizaron técnicas y procedimientos según establecido por protocolos (ver Anexo 5), el tiempo estimado por cada alumno sería de 20 minutos aproximadamente.

Con los datos obtenidos se realizaron tablas para la presentación de la información y su representación gráfica.

Como herramienta de ingreso de información se utilizó el programa Excel para la confección de la base de datos, el cual permitió la presentación de los mismos en forma sistematizada.

Para la realización del análisis y presentación de datos se realizó un análisis descriptivo para luego elaboraron conclusiones y a partir de ellas las sugerencias.

VARIABLES DE ESTUDIO:

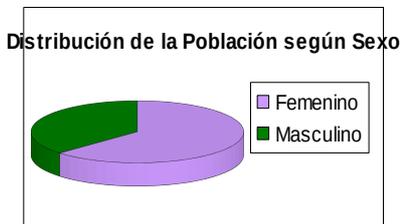
<u>VARIABLE</u>	<u>DEF. CONCEPTUAL</u>	<u>DEFINICION OPERACIONAL</u>	<u>ESCALA DE MEDICION</u>
-----------------	------------------------	-------------------------------	---------------------------

EDAD	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta la fecha actual.	- 10 años a 11 años. - 12 años a 13 años	Variable cuantitativa discreta escala ordinal
SEXO	Carácter morfológico (interno y externo), cromosómicas y hormonales del individuo que hacen posible reconocer como diferenciar a hombres de mujeres.	- Femenino - Masculino	Variable cualitativa escala nominal
ANTECEDENTES PERSONALES.	Presencia de patologías previas.	-Patología Renal -Bajo Peso al Nacer -Nacimiento Prematuro (<38 semanas) -Diabetes -Sobre Peso -Obesidad -Tabaquismo	Variable cualitativa escala nominal.
ANTECEDENTES FAMILIARES	Presencia de patologías de primera generación.	-HTA -Diabetes -Obesidad -Patologías Renales -Tabaquismo	Variable Cualitativa escala nominal
HABITOS ALIMENTICIOS	Conjunto de costumbres que determinan el comportamiento del hombre en relación con los alimentos.	-Grupo 1 -Grupo 2 -Grupo 3 -Grupo 4 -Grupo 5 -Grupo 6	Variable Cualitativa escala nominal.
CONSUMO DE LIQUIDOS	Ingesta de líquidos diario entre 2 y 3 litros. ya sea agua , jugos, gaseosas, etc.	Menos de 1litro De 1 a 2 litros Mas de 2 litros	Variable cualitativa nominal.
CONSUMO DE SAL DE MESA	Ingesta de sodio como condimento que se le agrega en la mesa a las comidas luego de su preparación.	- Si Consume - No Consume	Variable cualitativa nominal.
ÍNDICE DE MASA CORPORAL	Método utilizado para calibrar o cuantificar la obesidad.	- menor a 18,5 (bajo peso) - entre 18,5 a 24,9 (normo peso) - entre 25,5 a 29,9 (sobrepeso) - mayor 30 (obesidad)	Variable cuantitativa continúa.

ACTIVIDAD FISICA	Todo movimiento natural o planificado que realice el ser humano obteniendo como resultado un desgaste de energía con fines profilácticos, rehabilitación, recreación.	- Caminar - Gimnasia -Futbol -Otro	Variable cualitativa nominal.
HABITO DE TABAQUISMOS	Consumo de tabaco en cualquiera de sus formas mayor o igual a 4 cigarrillos diarios durante por lo ultimo el ultimo mes.	-Consume -No Consume	Variable cualitativa nominal.

RESULTADOS.

Grafico N°1: Distribución de la Población según Sexo.

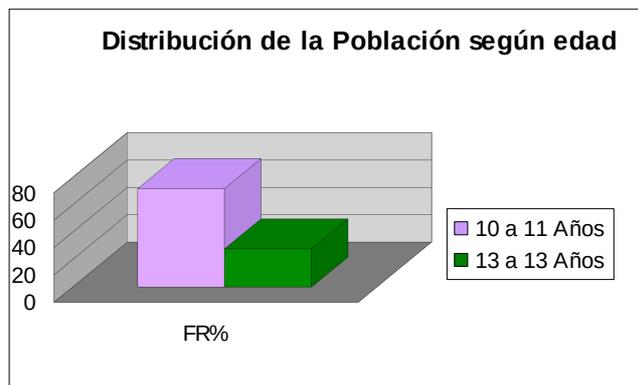


Del total de la población estudiada se observa que el sexo femenino representa casi las dos terceras partes de la muestra con el 63%, siendo para el sexo masculino el restante 37%. **(tabla en anexo 6)**

Fuente: Registro de consulta de enfermería.

Gráfico N°2: Distribución de la Población Según Edad.

Se observó que del total de la población la distribución de esta según edad el grupo comprendido entre 10 a 11 años representa el de mayor porcentaje con un 72%. **(tabla en anexos 6)**



Fuente: Registro de consulta de enfermería.

Tabla N°1: Distribución de la Población Según Antecedentes Personales.

Antecedentes Personales	FA	FR	FR%
Patología Renal (1)	2	0,05	5
Bajo Peso al Nacer (2)	13	0,32	32
Nacimiento Prematuro (3)	10	0,24	24
Diabetes (4)	0	0	0
Sobre Peso (5)	12	0,29	29
Obesidad (6)	2	0,05	5
Tabaquismo (7)	1	0,03	3
Sin Datos (8)	2	0,05	5
Total	41	1	100

Fuente: Registro de consulta de enfermería.

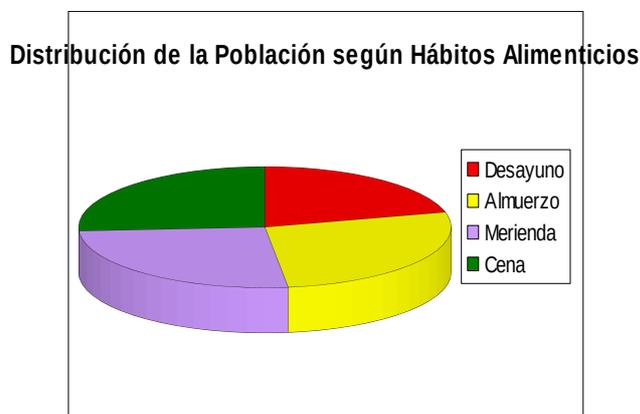
Según la tabla numero 1 se destacan como Antecedentes Personales Relevantes el Bajo Peso al Nacer, Sobre Peso y Nacimiento Prematuro, siendo estos factores de riesgo que se destacan según el 3° consenso uruguayo de hipertensión arterial en la infancia y adolescencia. **(Grafica en anexo 6)**

Tabla N°2: Distribución de la Población Según Antecedentes Familiares.

Antecedentes Familiares	FA	FR %	F%
Hipertensión Arterial (1)	11	0,1	10
Diabetes (2)	1	0,01	1
Obesidad (3)	13	0,12	12
Tabaquismo (4)	67	0,65	65
Patologías del Riñón (5)	7	0,06	6
Sin Datos (6)	7	0,06	6
Total	106	1	100

Fuente: Registro de consulta de enfermería.

En referencia a la tabla numero 2 Antecedentes Familiares se puede observar que el Tabaquismo es el de mayor frecuencia con un 65%. Es vital evitar la exposición al humo de tabaco ya que este es un factor de riesgo que influye negativamente sobre los adolescentes. **(Gráfica en anexo 6)**

Gráfico N°3: Distribución de la Población Según Hábitos Alimenticios.

Fuente: Registro de consulta de enfermería.

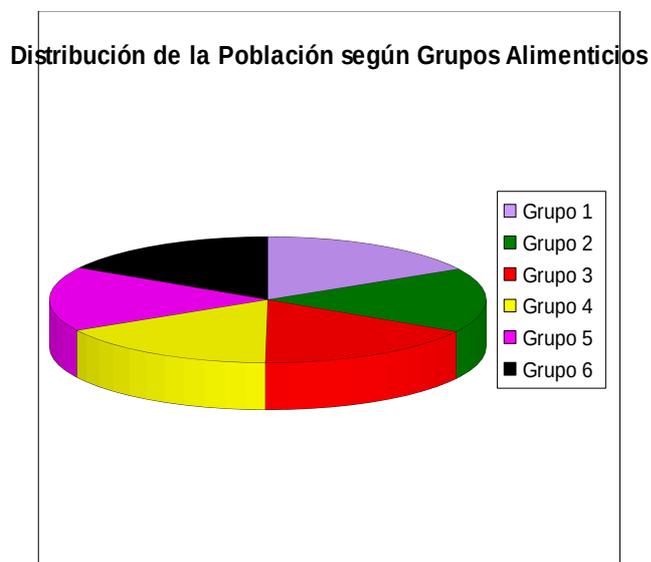
En cuanto a la gráfica número 3 Hábitos Alimenticios destacamos que la minoría realiza el Desayuno siendo esta la comida más importante del día según el comité de nutrición de la sociedad uruguaya de pediatría ya que contribuye a la prevención de la obesidad y mejora el rendimiento físico e intelectual. **(tabla en anexos 6)**

Gráfico N°4: Distribución de la Población Según Consumo de Grupos Alimenticios.

Se observa que no existen diferencias significativas en el consumo de los distintos Grupos Alimenticios; siendo el grupo 1, 2 y 6 en iguales proporciones según el comité antes nombrado los que más deben consumirse. **(tabla en anexo 6)**

Fuente: Registro de consulta de enfermería.

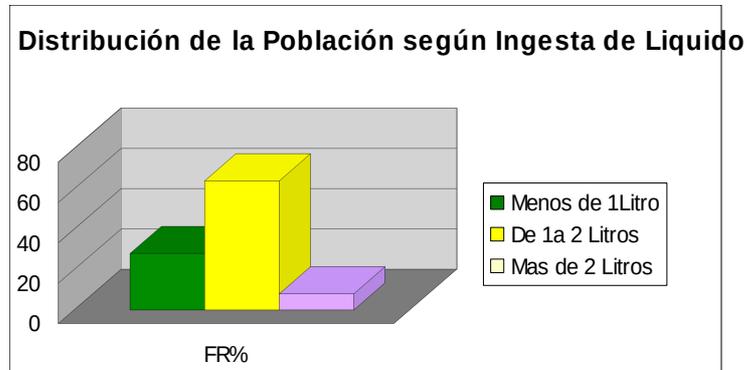
Gráfico N°5: Distribución de la Población Relacionado a Sobre Agregar Sal a las Comidas ya Preparadas.



Se observa que prácticamente las tres cuartas partes de la población no sobre agregan sal a las comidas ya preparadas, pero aun siguen existiendo un porcentaje importante que si tienen este hábito. **(tabla en anexos 6)**

Fuente: Registro de consulta de enfermería.

Gráfico N°6: Distribución de la Población Según Ingesta de Líquido.

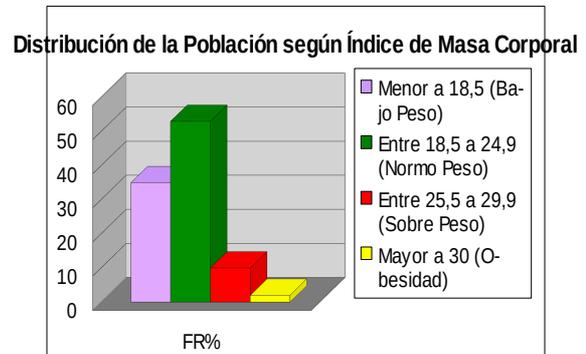


Fuente: Registro de consulta de enfermería.

En cuanto a la ingesta de líquido la mayoría consume entre 1 y 2 litros diarios. **(tabla en anexos 6)**

Gráfico N°7: Distribución de la Población Según Índice de Masa Corporal.

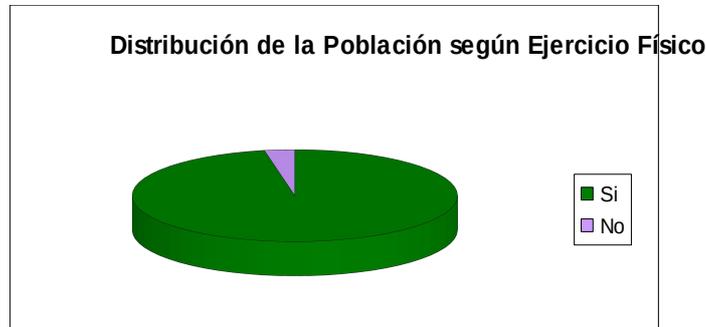
Si bien se destaca que el mayor porcentaje de la muestra (53%) se encuentra entre los valores 18.5 Kg. /m² a 24.9 Kg. /m² el 35% se encuentra por debajo de 18.5 Kg./m² el 10 % se encuentra entre 25,5 Kg. /m² y 29,9 Kg. /m² y un 2 % por encima de 30 Kg. /m² se debe de tener en cuenta que el sobre peso es un factor de riesgo importante para desarrollar hipertensión arterial. **(tabla en anexos 6)**



Fuente: Registro de consulta de enfermería.

Fuente: Registro de consulta de enfermería.

Gráfico N°8: Distribución de la Población Según Ejercicio Físico.



Fuente: Registro de consulta de enfermería.

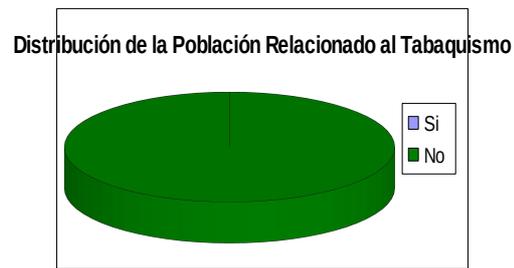
En cuanto al ejercicio físico en su mayoría realizan alguna actividad física, fundamental para una vida activa contribuyendo a disminuir la obesidad, evitan el sedentarismo entre otras. **(tabla en anexos 6)**

Gráfico N°9: Distribución de la Población Según Actividad Física Realizada.

La actividad física mas realizada por los adolescentes es la gimnasia, actividad curricular en las escuelas públicas que contribuye a la salud ya que con el desarrollo de la tecnología los adolescentes realizan cada vez menos actividades al aire libre recreándose en forma sedentaria. **(tabla en anexos 6)**



Fuente: Registro de consulta de enfermería.

Gráfico N°10: Distribución de la Población Relacionado al Tabaquismo.

Fuente: Registro de consulta de enfermería.

Es de suma importancia destacar que ninguno de los adolescentes de la muestra es fumador ya que es un hábito evitable y la preadolescencia es una etapa de riesgo de la adquisición del mismo. **(tabla en anexos 6)**

ANALISIS

El presente trabajo de investigación fue realizado en adolescentes que concurrieron a escuelas públicas de El Pinar, Ciudad de la Costa cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo presentes que favorecen el desarrollo de Hipertensión Arterial.

El Universo del estudio estuvo constituido por un total de 356 adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión: alumnos/as entre 10 y 13 años que concurrieron a las escuelas públicas de tiempo simple en el período en el que se realizó la consulta de enfermería (periodo Julio-Agosto 2010), que presentaron el formulario de autorización firmado por padres o tutores y que no estuvieran diagnosticados con hipertensión arterial.

La muestra quedó conformada por un número de 97 adolescentes, el 27% del total de la población entre 10 y 13 años dado que el 73 % quedaron excluidos del estudio por tener hipertensión arterial diagnosticada, no presentar la autorización correspondiente y/o no concurrieron a la institución los días establecidos para la implementación de la consulta de enfermería.

Del total de la muestra se destaca que el 63% corresponde al sexo femenino y el 37% al sexo masculino y en relación a la edad el 72% se encuentran entre 10 a 11 años y el 28% restante entre 12 a 13 años.

Según el tercer consenso uruguayo de Hipertensión Arterial en el Niño y Adolescente 2005 que enmarca como factores para desarrollar hipertensión arterial, el sedentarismo, inadecuada alimentación, tabaquismo, obesidad, antecedentes familiares de HTA, bajo peso al nacer; los resultados obtenidos en la investigación en cuanto a estos factores fueron: bajo peso al nacer un 32%, sobre peso en un 29%, nacimiento prematuro 24 %, patología renal en un 5 %, obesidad 5 %, tabaquismo no se encontró como antecedente en esta población y sin datos 5 %.

Respeto a los antecedentes familiares se destaca que el tabaquismo se encuentre presente en el 65% hábito que influye negativamente sobre los adolescentes ya que estos se encuentran en una etapa de riesgo de adquisición del hábito tabáquico y comienzan este a edades más tempranas, siguiéndolo la obesidad con un 12%, hipertensión arterial 10%, patologías del riñón 6%, sin datos 6%, diabetes 1%.

Según Lalonde los determinantes del proceso salud enfermedad, son la biología humana, estilo de vida, servicios sanitarios y entorno. De estos factores los más influyentes sobre la población de estudio son el estilo de vida y el entorno relacionándolo así a los hábitos alimenticios de la muestra en la cual se encontró que el 27% almuerzan, 26% meriendan, 26% cenan y el 21 % desayunan, siendo este último la comida más importante del día según el comité de nutrición de la sociedad uruguaya de pediatría para un adecuado crecimiento y desarrollo.

En relación a los grupos alimenticios este comité menciona que los más consumidos deberían ser el grupo 1, 2 y 6 en iguales proporciones, siguiéndole los grupos restantes, mientras que se encontró en esta investigación que no existe diferencia significativas entre ellos, 16,9% grupo 1, 16,8 % grupo 3, 16,8% grupo 4, 16,5% grupo 2, al igual que los grupos 5 y 6.

En lo que refiere a sobre agregar sal a las comidas ya en la mesa el 75% no lo realiza, lo cual es de suma importancia dado que el consumo elevado de la misma favorece el desarrollo de hipertensión arterial, a lo que el tercer consenso estipula como máximo consumo de sal 3.5gr.

De la ingesta de líquidos se desprende que el 64% de dicha población ingiere entre 1 a 2 litros de líquidos por día, 28% menos de 1 litro y 8% mas de 2 litro día.

Los hábitos alimenticios son una conducta que se puede modificar en cualquier momento de la vida, teniendo en cuenta que a mayor edad, mayores esfuerzos deben realizarse para lograrlo, por consiguiente no solo el impacto de la promoción de un estilo de vida saludable es más eficaz cuando esta se inicia a edades tempranas teniendo así mayores probabilidades de lograrlo.

A pesar que el 53% de la población se encuentra entre el 18,5 Kg./m² y el 24,9 Kg./m², es muy importante destacar que el 35 % se encuentra por debajo del 18,5 Kg./m², y el 10 % entre los valores 25,5 Kg./m² y 29,9 Kg./m² mientras que el 2 % restante se encuentra por encima de 30 Kg. /m².

Si se toma como referencia el primer trabajo comunitario cardiovascular en pediatría de junio de 2009 en esta probación los porcentajes de sobre peso y obesidad difieren pero los encuestados en ese estudio fueron 560 alumnos de 9 a 13 años, tal vez si se hubiera podido realizar esta investigación en el total de la población (según criterios de inclusión) los resultados probablemente hubieran podido ser aproximados.

En cuanto al ejercicio físico el 97% realiza alguna actividad física al menos dos veces por semana ya que dichas escuelas cuentan con un programa de educación física, de lo cual se desprende que la actividad más realizada por la población de estudio es la gimnasia con el 73%, continuando con caminatas 12%, football 10% y otros deportes 4%.

Si se toma como referencia el primer trabajo comunitario cardiovascular en pediatría de junio de 2009 ya mencionada, en esta población los porcentajes de sobre peso y obesidad difieren aun cuando los encuestados en ese estudio fueron 560 alumnos de 9 a 13 años. Tal vez y teniendo en cuenta que un porcentaje importante de estos adolescentes realizan actividades físicas esto podría explicar en parte la diferencia de porcentajes encontrados en cuanto a sobre peso y obesidad.

Es por esto que enfermería debe continuar su labor en escuelas y en la comunidad llevando adelante programas de educación para la salud, siendo ésta, una oportunidad para influir positivamente en la manera de pensar de los alumnos y de encaminar su acción, con el objetivo de alcanzar la salud individual y colectiva.

CONCLUSIONES y SUGERENCIAS.

El trabajo de Licenciadas/os en Enfermería en el Primer Nivel de Atención es un pilar para llevar a cabo actividades de promoción y prevención de la salud debido a que los factores de riesgo para desarrollar Hipertensión Arterial o cualquier enfermedad cardiovascular provoca un elevado costo tanto para el usuario en su calidad de vida como para los servicios sanitarios.

Durante el desarrollo del estudio se presentaron dificultades y contratiempos, destacando el tiempo de espera para obtener las diferentes autorizaciones (institucionales y padre o tutor) y la aprobación del protocolo de investigación. A pesar de estos inconvenientes el trabajo de investigación se desarrolló con total satisfacción, contando con el apoyo de las instituciones y adultos responsables.

En esta investigación no se halló una obesidad significativa (2%), ni adolescentes fumadores contradictoriamente a lo que refiere la bibliografía actual tanto como para la obesidad como para el tabaquismo dado que en nuestro país es una tendencia que va en aumento en esta franja etárea.

Con respecto a los antecedentes familiares es importante destacar que el 65% consume tabaco siendo este un hábito nocivo para la salud tanto de los padres como para los/as adolescentes.

Es de suma importancia destacar que en su mayoría los/as adolescentes de esta investigación realizan alguna actividad física, un porcentaje alto no sobre agregan sal a las comidas ya preparadas lo cual disminuye en forma significativa los factores de riesgo para llevar a desarrollar hipertensión arterial en un futuro.

Teniendo en cuenta la definición de promoción de la salud se considera que ambas escuelas tienen acciones encaminadas al desarrollo de la promoción de salud individual y colectiva ya que los juegos,

la actividad física y el deporte contribuyen una fuente de salud y desarrollo para todos los individuos.

Es importante destacar que en la población de estudio no se encontraron uno de los factores más importantes para desarrollar hipertensión arterial que es el hábito de fumar.

Se considera de suma importancia que enfermería continúe apostando al trabajo en escuelas y en la comunidad llevando adelante programas de educación para la salud, siendo ésta una oportunidad para influir positivamente en la manera de pensar y actuar de los/as niños/as y adolescentes, y de encaminar su acción con el objetivo de alcanzar los mejores niveles de calidad de vida.

Las enfermedades cardiovasculares conllevan un elevado costo total, que estas patologías cobran en la sociedad, por tanto se observa que se debe apuntar a las medidas de promoción de la salud, medidas preventivas, educativas y participativas si se quiere revertir dicha situación; teniendo en cuenta además que el tratamiento médico de la hipertensión arterial reduce significativamente el riesgo de sus complicaciones, pero no cura esta condición.

Las primeras dos décadas de vida son claramente una oportunidad única para iniciar un programa de prevención primaria e identificación precoz de los factores de riesgo, ya que la hipertensión arterial se manifiesta muchas veces en los primeros años de vida e integra al niño/a como uno de los problemas de salud pública.

La niñez y el comienzo de la adolescencia es un período importante del crecimiento del ser humano; durante este período se producen cambios singulares, es una etapa del ciclo vital que proporciona muchas oportunidades de realizar actividades orientadas a promocionar y a prevenir problemas de salud.

La adolescencia es una etapa de grandes cambios, en donde las conductas adquiridas se fortalecen y son modificables, enfermería utiliza como base diferentes teorías y modelos en su práctica profesional para lograr en lo que a salud se refiere con la población.

Dado que en esta etapa se afirman conductas del proceso salud-enfermedad, se considera que la teoría de Orem es una teoría que permitiría guiar la acción de enfermería fortaleciendo así el auto cuidado

dado que el mismo es una actividad aprendida por los individuos orientada hacia el objetivo de poder regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, su salud y bienestar.

Al finalizar la investigación se pudo obtener una variada y rica información la cual llevó al cumplimiento de todos los objetivos planteados.

Este estudio contribuyó en forma muy enriquecedora para el desarrollo de nuestra formación como profesionales ya que permitió ingresar al ámbito de la investigación científica siendo ésta uno de los pilares fundamentales de nuestra profesión, dejando un aporte científico de base para próximas investigaciones.

A partir de los datos obtenidos se considera de suma importancia continuar con ésta línea de investigación orientada al Primer Nivel de Atención fortaleciendo e impulsando la implementación de realizar educaciones sobre los diferentes factores de riesgo que pueden llevar a desarrollar hipertensión arterial.

BIBLIOGRAFIA

Frías Osuna A. Salud pública y educación para la salud. Barcelona: Masson; 2000. p. 208.

Kroeger A, Luna R. Atención primaria de la salud. México: OPS; 1992.

Marriner-Tomey A. Modelos y teorías de enfermería. Barcelona: Rol; 1997.

Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención primaria: conceptos organización y práctica clínica. 4^a ed. v1. Madrid: Harcourt; 1999.

Meneghello J, Fanta E, Paris E, Rosselot J. Pediatría. 4a. ed. Santiago: Mediterráneo; 1991.

Orem D. Modelos de Orem: conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Salvat; 1993.

Organización Mundial de la Salud. Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas. Washington: OPS; 1991.

Pineda. E, Alvarado E de, Hernández de Canales F. Metodología de la investigación. 2^a ed. Washington: OPS; 1994.

Universidad de la República. Instituto Nacional de Enfermería. Montevideo: INDE; 1993

Wong D. Enfermería pediátrica. 4a. ed. Madrid: Mosby; 1995.

Págians Web

Aregullin E, Alcortaza MC. Prevalencia y factores de riesgo de hipertensión arterial en escolares mexicanos caso Sabinas Hidalgo. Salud Pública de México [en línea] 2009; 51(1):14-18. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000100005&lng=es&nrm=iso [Consultado 08 abril 2010].

Caggiani M, Farré Y. 3 Consenso Uruguayo de Hipertensión Arterial en el Niño y el Adolescente. Arch. Pediatr. Urug. [en línea] 2006; 77(3):300-305. Disponible en: http://www.sup.org.uy/Archivos/adp77-3/pdf/adp77-3_16.pdf [Fecha de acceso 15 abril 2010].

Díaz A, Tringler M, Molina JD, Díaz MC, Geronimi V, Aguera D. Control de la presión arterial y prevalencia de hipertensión arterial en niños y adolescentes de una población rural de Argentina: datos preliminares del Proyecto Vela. Arch. Argent. Pediatr. [en línea] 2006; 108(1):68-70. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752010000100012&lng=es&nrm=iso&tlng= [Fecha de acceso 02 mayo 2010].

Gambetta JC, Farré Y, Chiesa P, Peluffo C, Duhagon P. Factores de riesgo cardiovascular en una población pediátrica. Arch. Pediatr. Urug. [en línea] 2006; 77(2):125-133. Disponible en: http://www.sup.org.uy/Archivos/adp77-2/pdf/adp77-2_8.pdf

Graña J, Burgueño A, Olivera C, Cassella B, Cáceres M, Piquerez M. Primer trabajo de prevención cardiovascular en pediatría en Lascano. Arch. Pediatr. Urug. [en línea] 2009; 80(2):77-89. Disponible en: http://www.sup.org.uy/Archivos/adp80-2/pdf/adp80-2_2.pdf [Fecha de acceso 10 abril 2010].

Poletti O, Barrios L. Obesidad e hipertensión arterial en escolares de la ciudad de Corrientes. Argentina. Arch. Argent. Pediatr. [en línea] 2007; 105(4):293-298. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-0752007000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es [Fecha de acceso 25 junio 2010].

Sociedad Uruguaya de Pediatría. Comité de Nutrición. Guía de alimentación del niño preescolar y escolar. Arch. Pediatr. Urug. [en línea] 2004; 75(2):159-163. Disponible en: http://www.sup.org.uy/Archivos/adp75-2/pdf/adp75-2_10.pdf [Fecha de acceso 15 abril 2010].

ANEXOS

ANEXO N° 1



- patologías de riñón.....

Antecedentes personales del adolescente:

SI	NO

- **patología de riñón.....**
- **bajo peso al nacer.....**
- **nacimiento prematuro (menor a 38 semanas de gestación).....**
- **Diabetes.....**
- **Sobrepeso.....**
- **Obesidad.....**
- **Tabaquismo.....**

ANEXO N° 3

Canelones, 10 de Junio, 2010.

Escuela Pública N° 231.
Directora Sra. Graciela Fuentes
De nuestra mayor consideración:

Quienes suscriben, somos cinco Estudiantes (Mónica Barbé, Susana de Olivera, Natalia Manzzi, Sheyla Olivera, Gabriela Sigales) de la Facultad de Enfermería, Universidad de la República, cursando el 4^{to} ciclo de la carrera Licenciatura en Enfermería (realizando el trabajo de investigación); a cargo del Porf. Lic. Sandro Hernandez.

Dicho trabajo, consiste en investigar mediante consultas de enfermería a preadolescentes (10 a 13 años de edad), que puedan llegar a desarrollar factores de riesgo de hipertensión arterial.

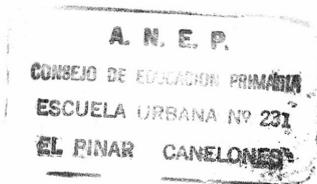
Las consultas de enfermería consisten, en una entrevista al usuario, en la cual se le realiza un cuestionario y se lo medirá y pesara.

Motivo por el cual nos ponemos en contacto con Ud. por este medio, para solicitarle la posibilidad de desarrollar dichas consultas de enfermería, en esa institución.

Sin otro particular saludamos atte.
En representación:


Susana de Olivera


Gabriela Sigales




GRACIELA FUENTES
MAESTRA DIRECTORA

Canelones, 10 de Junio, 2010.

Escuela Pública N° 162.
Sra. Directora
De nuestra mayor consideración:

Quienes suscriben, somos cinco Estudiantes (Mónica Barbé, Susana de Olivera, Natalia Manzzi, Sheyla Olivera, Gabriela Sigales) de la Facultad de Enfermería, Universidad de la República, cursando el 4^{to} ciclo de la carrera Licenciatura en Enfermería (realizando el trabajo de investigación); a cargo del Prof. Lic. Sandro Hernandez.

Dicho trabajo, consiste en investigar mediante consultas de enfermería a preadolescentes (10 a 13 años de edad), que puedan llegar a desarrollar factores de riesgo de hipertensión arterial.

Las consultas de enfermería consisten, en una entrevista al usuario, en la cual se le realiza un cuestionario y se lo medirá y pesara.

Motivo por el cual nos ponemos en contacto con Ud. por este medio, para solicitarle la posibilidad de desarrollar dichas consultas de enfermería, en esa institución.

Sin otro particular saludamos atte.
En representación:


Susana de Olivera


Gabriela Sigales

*Autorizando a realizar la investigación a quien
que presenten autorización del sus padres, salud
y agradece Rosario Ferrer*

Rosario Ferrer

1.716 301-3

N.E.P C.E.I.P
Escuela N° 162
Pinar -Canelones

ANEXO N° 4

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
TESIS: FACTORES DE RIESGO DE HTA EN ADOLESCENTES
CUESTIONARIO DE ENFERMERIA PARA EL ADOLESCENTE

FECHA: -----/-----/-----

N° de registro:.....

Iniciales:

Edad:

Sexo: F M

HABITOS ALIMENTICIOS DEL ADOLESCENTE

Hábitos alimenticios:

Comidas diarias	si	no
desayuno		
almuerzo		
merienda		
cena		

Durante el proceso de cocción de los alimentos cocina con sal: SI.....NO.....

Al momento de servir la comida le agrega sal: SI.....NO.....

Ingesta de líquidos: ¿que toma?.....

Cuanta cantidad x día.....

Peso:

Talla:

IMC:

Realiza ejercicio físico, si.....no....

- Cuales:
- Caminar
 - Montar en Bicicleta
 - Gimnasia
 - Hacer compras
 - Subir escaleras
 - Futbol

Con que frecuencia.....

Distancia en cuabras que queda el hogar de la escuela.....

¿El recorrido lo hace caminando? SI.....NO....

Fuma: Si..... Cuantos cigarrillos por día.....

No....

ANEXO N° 5

Los procedimientos de medición se realizaron de las siguientes formas:

MEDIDA DE TALLA:

RRHH: 1 operador.

RRMM: -cinta métrica

-papel, regla.

-alcohol gel.

PROCEDIMIENTO: Lavado de manos. Seleccionar un lugar adecuado para la colocación de la cinta métrica de modo que quede colocada sobre la pared y bien fijada. Se le explicara el procedimiento a los adolescentes; los cuales tendrán que descalzarse y ubicarse con los cuatro puntos de apoyo: occipucio, hombros, nalgas y talones juntos en contacto con la pared de tal forma que ambos pies formen un ángulo de 45°. La vista estará fijada hacia delante. Con una regla colocada sobre la cabeza del adolescente se medirá la altura del mismo.

MEDIDA DE PESO:

RRHH: 1 operador.

RRMM: -balanza.

-papel.

-alcohol gel.

PROCEDIMIENTO: Lavado de manos. Se colocara la balanza en un lugar seleccionado, se le explicará al adolescente el procedimiento. Para este procedimiento el adolescente deberá estar con la menor cantidad de prendas y sin calzado; se colocara a este en la balanza y se le pedirá que se mantenga quieto durante el procedimiento. Luego se efectuara la lectura. Para pesar al siguiente adolescente se bajara el que fue pesado y se esperara que la balanza vuelva a cero nuevamente.

ANEXO N° 6

Tablas y Gráficos.

Tabla N°1: Distribución de la Población según Sexo.

SEXO	FA	FR	FR%
Femenino	61	0,63	63
Masculino	36	0,37	37
Total	97	1	100

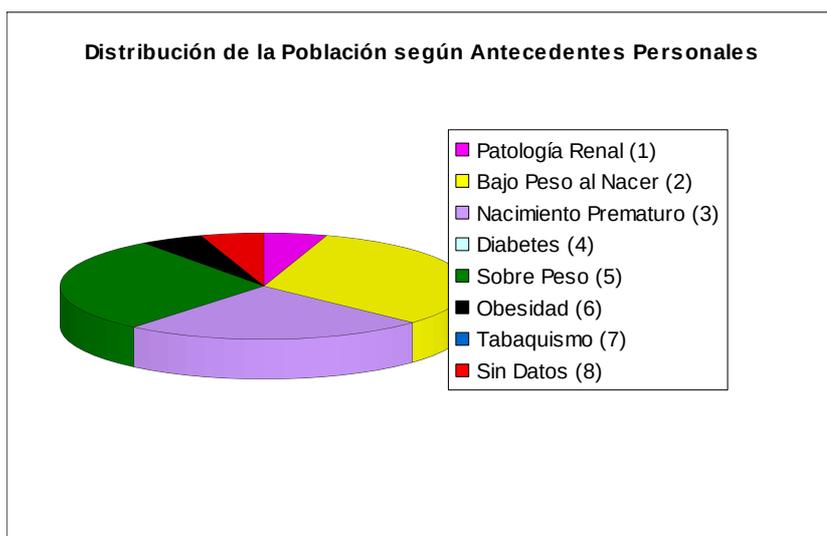
Fuente: Registro de consulta de enfermería.

Tabla N°2: Distribución de la Población Según Edad.

EDAD	FA	FR	FR%
10 a 11 Años	70	0,72	72
13 a 13 Años	27	0,28	28
Total	97	1	100

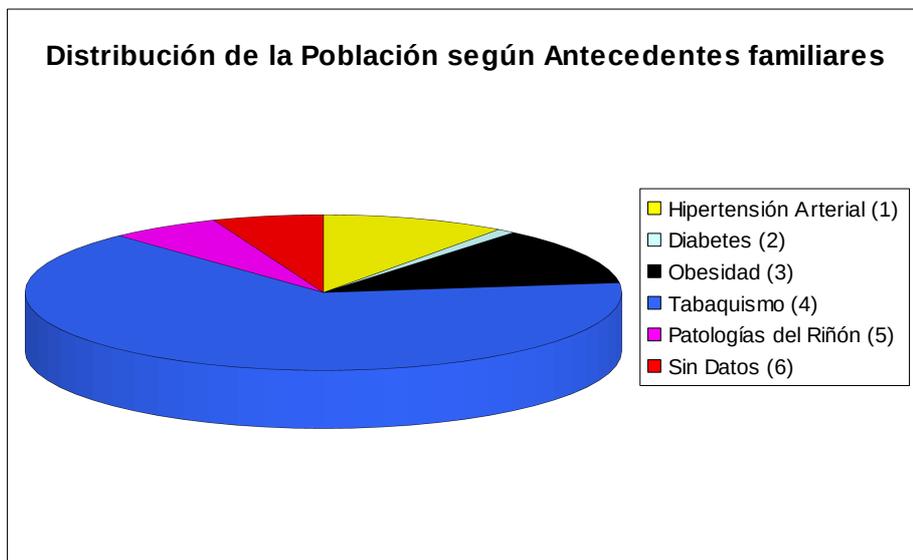
Fuente: Registro de consulta de enfermería.

Gráfico N°1: Distribución de la Población Según Antecedentes Personales.



Fuente: Registro de consulta de enfermería.

Gráfico N°2: Distribución de la Población Según Antecedentes Familiares.



Fuente: Registro de consulta de enfermería.

Tabla N°3: Distribución de la Población Según Hábitos Alimenticios.

Hábitos Alimenticios	FA	FR	FR%
Desayuno	79	0,21	21
Almuerzo	97	0,27	27
Merienda	92	0,26	26
Cena	92	0,26	26
Total	360	1	100

Fuente: Registro de consulta de enfermería.

Tabla N°4: Distribución de la Población Según Consumo de Grupos Alimenticios.

Grupos Alimenticios	FA	FR	FR%
Grupo 1	96	0,169	16,9
Grupo 2	94	0,165	16,5
Grupo 3	95	0,168	16,8
Grupo 4	95	0,168	16,8
Grupo 5	94	0,165	16,5
Grupo 6	94	0,165	16,5
Total	568	1	100

Fuente: Registro de consulta de enfermería.

Tabla N°5: Distribución de la Población Relacionado a Sobre Agregar Sal a las Comidas ya Preparadas.

Sobre Agrega Sal	FA	FR	FR%
Si	24	0,25	25
No	73	0,75	75
Total	97	1	100

Fuente: Registro de consulta de enfermería.

Tabla N°6: Distribución de la Población Según Ingesta de Líquido.

Ingesta de Líquido	FA	FR	FR%
Menos de 1Litro	27	0,28	28
De 1a 2 Litros	62	0,64	64
Mas de 2 Litros	8	0,08	8
Total	97	1	100

Fuente: Registro de consulta de enfermería.

Tabla N°7: Distribución de la Población Según Índice de Masa Corporal.

Índice Masa Corporal	FA	FR	FR%
Menor a 18,5 (Bajo Peso)	34	0,35	35
Entre 18,5 a 24,9 (Normo Peso)	52	0,53	53
Entre 25,5 a 29,9 (Sobre Peso)	10	0,1	10
Mayor a 30 (Obesidad)	2	0,02	2
Total	98	1	100

Fuente: Registro de consulta de enfermería.

Tabla N°8: Distribución de la Población Según Ejercicio Físico.

Ejercicio Físico	FA	FR	FR%
Si	94	0,97	97
No	3	0,03	3
Total	97	1	100

Fuente: Registro de consulta de enfermería.

Tabla N°9: Distribución de la Población Según Actividad Física Realizada.

Actividad Física	FA	FR	FR%
Caminar	12	0,13	13
Gimnasia	71	0,73	73
Fútbol	10	0,1	10
Otros	4	0,04	4
Total	97	1	100

Fuente: Registro de consulta de enfermería.

Tabla N°10: Distribución de la Población Relacionado al Tabaquismo.

Fumador	FA	FR	FR%
Si	0	0	0
No	97	1	100
Total	97	1	100

Fuente: Registro de consulta de enfermería.