



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE ADULTO Y ANCIANO

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN JÓVENES QUE CONCURREN A LA DIVISIÓN UNIVERSITARIA DE LA SALUD

AUTORES:

Br. Calcerrada, Yisel
Br. Leonardi, Marcia
Br. Magallanes, Lila
Br. Vasallo, Luciana

TUTOR:

Lic. Enf. Costabel, Miriam

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

Montevideo, 2003

AGRADECIMIENTOS

A la Directora de la División Universitaria de la Salud, Dra. Graciela Cruz por la posibilidad que nos brindó de poder desarrollar nuestra investigación en dicha institución, como también a la colaboración constante de los funcionarios.

A la Docente Tutora Prof. Ag. Lic. en Enf. Miriam Costabel, la cual nos guió e incentivó, permitiéndonos desarrollar nuestra investigación.

A todas las personas que de alguna manera colaboraron en esta investigación.

Para finalizar quisiéramos agradecer al Instituto Nacional de Enfermería por habernos permitido formarnos como Licenciadas en Enfermería

SIGLAS Y ABREVIATURAS

- D.U.S.** - División Universitaria de la Salud
- ECV.** - Enfermedad Cardiovascular.
- M.S.P.** - Ministerio de Salud Pública
- FRCV** - Factores de Riesgo Cardiovascular
- O.M.S.** - Organización Mundial de la Salud
- HTA** - Hipertensión Arterial
- J.N.C.** - Comité Nacional Conjunto de Detección , Tratamiento y Evaluación de la Hipertensión Arterial en Mayores de 18 Años
- PAS** - Presión Arterial Sistólica
- PAD** - Presión Arterial Diastólica
- DM** - Diabetes Mellitus
- HDL** - Lipoproteína de alta densidad
- LDL** - Lipoproteína de baja densidad
- VLDL** - Lipoproteína de muy baja densidad
- I.M.C.** - Índice de Masa Corporal
- A.P.S.** - Atención Primaria en Salud
- AF** - Antecedentes Familiares
- F** - Femenino
- M** - Masculino
- AP** - Antecedentes Personales
- RCV** - Riesgo Cardiovascular
- PA** - Presión Arterial
- FR** - Factores de Riesgo

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	Pag. 1
OBJETIVOS E HIPOTESIS	Pag. 3
MARCO TEORICO	Pag. 4
METODOLOGIA	Pag.20
Tipo de Investigación	
Sujeto de Estudio	Pag.20
Metodología de la Recolección de Datos.....	Pag.21
Metodología del Análisis de Datos.....	Pag.26
RESULTADOS.....	Pag.27
ANÁLISIS DE DATOS	Pag.45
CONCLUSIONES	Pag.48
SUGERENCIAS	Pag.50
BIBLIOGRAFIA	Pag.51
ANEXOS	Pag.54

RESUMEN

Las Enfermedades Cardiovasculares son la causa mas importante de invalidez y muerte del Uruguay. Se realizó un estudio descriptivo, cuyo objetivo es describir los Factores de Riesgo Cardiovascular que presentan los jóvenes que asisten a la División Universitaria de la Salud, en el periodo comprendido Marzo – Abril del 2003, Montevideo – Uruguay.

El muestreo seleccionado fue intencional, abordándose 64 jóvenes de ambos sexos.

Los resultados obtenidos nos permitió constatar la presencia de factores de riesgo cardiovascular en los jóvenes, predominando el factor de riesgo antecedente familiar seguido por sedentarismo, tabaquismo, obesidad. También se identificó diferencias entre la presencia de factores de riesgo cardiovascular en ambos sexos, predominando el sexo masculino.

Es necesario tener una visión global de los factores de riesgo cardiovascular y no considerarlos de forma individual; como también es necesario la intervención de enfermería en las conductas de riesgo de los jóvenes, ya que éstas aparecen en edades tempranas de la vida teniendo una importancia decisiva en la génesis de la morbimortalidad del adulto y el anciano. Enfermería debe abordar a los jóvenes desde una perspectiva integral, considerando los estilos de vida, el ambiente físico y cultural, y no sólo los factores biológicos, con el propósito de preservar la salud.

Palabras Claves: FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR
JÓVENES
ENFERMERIA

INTRODUCCION

Esta tesina está comprendida por el marco teórico, metodología seleccionada, el análisis de los datos y conclusiones.

El trabajo de investigación fue realizado por un grupo de estudiantes de Licenciatura en Enfermería del Instituto Nacional de Enfermería de la Universidad de la República.

El problema planteado en nuestra investigación fue: ¿Presentan Factores de Riesgo Cardiovascular los Jóvenes que asisten a la División Universitaria de la Salud?

La fundamentación del estudio como el que proponemos es múltiple. Creemos que la más importante y que en definitiva nos orientó a seleccionar el tema es el elevado porcentaje de morbimortalidad en nuestro país a causa de Enfermedades Cardiovasculares y la presencia de los Factores condicionantes de estas afecciones, llevando a la pérdida de la calidad de vida.

La Enfermería tiene entre sus áreas principales la atención de usuarios jóvenes, una forma de enfocar esta atención es con una perspectiva anticipatoria, teniendo en cuenta que la juventud es una etapa de la vida en donde el individuo se prepara para asumir la vida adulta con todas sus responsabilidades incluyendo la de su propia salud. En éste período de la vida existen numerosas conductas de riesgo; que conllevan al desarrollo de patologías cardiovasculares a largo plazo.¹

Es un estudio descriptivo cuyo objetivo fundamental es describir los Factores de Riesgo Cardiovascular que presentan los jóvenes que asisten a la DUS, al mismo tiempo nos guiaremos por un conjunto de hipótesis.

El muestreo seleccionado es no probabilístico, intencional.

La investigación se realizó en la DUS; se seleccionó este campo para realizar dicho estudio ya que brinda atención a los jóvenes con un enfoque preventivo.

Este aspecto es de gran interés para la disciplina de Enfermería ya que con un enfoque preventivo se puede detectar hábitos nocivos y conductas de riesgo, y así estimular la práctica de acciones positivas para la salud, con el fin de mejorar la calidad de vida.

¹. Creado por los autores según diversos autores curriculares y tras la lectura de diversas bibliografías.

El trabajo de campo se realizó en un plazo de 10 días hábiles en los meses Marzo- Abril del 2003. Se realizó una entrevista a los jóvenes, conteniendo preguntas referidas a sus hábitos de salud (tabaquismo, sedentarismo, etc) y llevándose a cabo la medición de la presión arterial, peso, talla, glicemia, colesterol total y HDL colesterol.

Una vez finalizada la recolección de datos, se procesaron por medio de tablas uni y bivariadas; posteriormente se analizaron los datos en base al marco teórico, llegándose a la inferencia de los jóvenes y los factores de riesgo cardiovascular con un enfoque preventivo, promocionando la salud.

INSTITUTO NAL. ENFERMERIA
BIBLIOTECA
HOSPITAL DE CLINICAS
AV ITALIA S/N 3er PISO
MONTEVIDEO - URUGUAY

OBJETIVOS

Objetivo general:

- ◆ Describir los factores de riesgo cardiovascular que presentan los jóvenes que asisten a la DUS.

Objetivos específicos:

- ◆ Detectar si existen factores de riesgo cardiovascular en el grupo de dicho jóvenes.
- ◆ Detectar si existen diferencias entre la presencia de riesgo cardiovascular entre ambos sexos de jóvenes.
- ◆ Determinar que factor de riesgo cardiovascular predomina en el grupo de jóvenes.

HIPOTESIS

- ◆ Los jóvenes que concurren a la D.U.S presentan algún factor de riesgo cardiovascular.
- ◆ Los factores de riesgo cardiovascular se ven aumentados en el sexo masculino en relación con el sexo femenino.

MARCO TEORICO

Las **Enfermedades Cardiovasculares (ECV)** son la causa más importante de invalidez y muerte en los países de América Latina.

Estas afecciones son causa importante de mortalidad prematura (medida en años de vida potencialmente perdidos), y por su evolución crónica la principal causa de pérdida de calidad de vida (medida en años de vida saludables ajustados por discapacidad).

Las investigaciones y publicaciones sobre morbilidad y otras acerca de las enfermedades del aparato circulatorio, coinciden en que éstas son las patologías de mayor magnitud e impacto social en los países que presentan una situación avanzada en la transición demográfica y epidemiológica.

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en el Uruguay, causando el 33,7 % del total de las defunciones, en 1999 según el Departamento de Estadísticas del MSP.²

El análisis de las defunciones correspondientes al año 1999 llevado a cabo por la Comisión Honoraria de Cardiología de nuestro país establece que la tasa ajustada de mortalidad por enfermedades cardiovasculares para el sexo masculino son mayores que las correspondientes al sexo femenino, aunque el número de muertes y tasa bruta de mortalidad son similares para ambos sexos. En este mismo año estas afecciones fueron causa de una mortalidad prematura equivalente a 41,7 años de vida potencialmente perdidos. En el sexo masculino la mortalidad precoz es de 19,1 años y en el sexo femenino es de 21,1 años, esta diferencia surge del diferente valor de esperanza de vida para cada sexo. A pesar que las afecciones cardiovasculares son la primer causa defunciones en nuestro país, presenta una tendencia decreciente (1990-1999).

Se gasta en Uruguay por éstas enfermedades 230 millones de dólares anuales.

Las Enfermedades Cardiovasculares están asociadas a una serie de condicionantes o **Factores de Riesgo**; se define como aquel factor que produce en una persona o grupo una vulnerabilidad particular o un suceso no deseado o desagradable.³

² Según datos de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. *Mortalidad por Enfermedades Cardiovasculares en Uruguay*, Montevideo, 2002.

³ Mosby *Diccionario de Medicina*, Madrid, Harcourt-Mosby, 2000.

Según datos obtenidos de una investigación sobre Factores de Riesgo Cardiovascular en adolescentes, se conoció que de un total de 103 adolescentes que concurrían a un Centro Médico Deportivo, donde se les realizaban el chequeo de salud, el sexo masculino presentó factores de riesgo cardiovasculares en un 64% de la población en estudio.⁴

Específicamente los Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV) se dividen en 2 tipos; los factores de riesgo modificables y los no modificables.

Los *Factores de Riesgo no Modificables* son inherentes al propio individuo, sin que exista posibilidades de alterarlos, ellos son: edad, sexo, raza, antecedentes familiares.

Los *Factores de Riesgo Modificables* son aquellos que el individuo puede adquirir en el transcurso de su existencia, pudiendo estos ser controlados o modificados, ellos son: Diabetes Mellitus, Dislipemias, Hipertensión Arterial, Tabaquismo, Obesidad, y Sedentarismo. A continuación se profundizará cada uno de ellos:

Factores de riesgo no modificables:

◆ Edad

Aunque las ECV no son causa directa del envejecimiento, son más comunes entre las personas de edad avanzada. Esto se debe a que las afecciones coronarias son el resultado de un desorden progresivo.

Se ha demostrado que la arteriosclerosis a menudo se inicia a una edad temprana y puede tardar entre 20 y 30 años llegar al punto donde las arterias coronarias están suficientemente bloqueadas para provocar un ataque cardíaco u otros síntomas.

Sin embargo, las ECV no son una parte inevitable del envejecimiento, sino la consecuencia de un estilo de vida y de la acumulación de múltiples factores de riesgo.⁵

En nuestro estudio se tomará en cuenta las edades entre 19- 25 años, ya que en este rango de edades es posible actuar sobre los factores de riesgo y prevenir futuras afecciones cardiovasculares.

⁴ Instituto Nacional de Enfermería, Tesis. *Factores de Riesgo Cardiovascular en Adolescentes que concurren al Centro Médico Deportivo*. Montevideo, 2001.

⁵ Long, B.C; *Enfermería Médico Quirúrgica*, 3 Ed. Madrid, Harcourt Brace, 1997.

◆ Sexo

Teniendo en cuenta el sexo se ha comprobado que los ataques cardíacos en personas jóvenes son sufridos principalmente por varones, y aumenta en forma lineal con la edad. Los hombres por debajo de los 50 años tiene una incidencia más elevada de afecciones cardiovasculares que las mujeres en el mismo rango de edad entre tres y cuatro veces más.⁶

A partir de la menopausia, los índices de enfermedades cardiovasculares son sólo el doble en hombres que en mujeres de igual edad. En general, se ha comprobado que las complicaciones clínicas de la arteriosclerosis aparecen en la mujer con 10-15 años de retraso con respecto al hombre.

◆ Antecedentes Familiares

Los miembros de familias con antecedentes de trastornos cardíacos se consideran en una categoría de Riesgo Cardiovascular más alta.

El riesgo en hombres con historias familiares de ECV antes de los 50 años de edad, es de 1.5 veces a 2 mayor que en quienes no aportan el factor hereditario, en cambio, este factor genético influye en menor medida en las mujeres. Este riesgo es más evidente si la referencia de antecedentes paternos de ECV, es mayor cuanto más tiempo hallan vivido los familiares.⁷

Tanto los factores genéticos como los ambientales (dieta, tabaquismo, nivel de actividad) pueden ser importantes en el agrupamiento familiar de ECV.

◆ Raza

En cuanto a la raza la población negra tiene mayor riesgo de desarrollar estas patologías que la población blanca.

En nuestro país la raza predominante es la caucásica, solamente el 10% de la población son descendientes de africanos, por esta razón no se tomará en cuenta esta variable.

⁶

⁷ ZARRO, A. *Atención Primaria de la Salud*. 4 Ed. Barcelona, Harcourt, 1999.

Factores de riesgo modificables:

◆ Hipertensión Arterial

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como la Hipertensión Arterial (HTA) a la elevación crónica, y por lo tanto mantenida, de la presión sanguínea sistólica, diastólica o de ambas en las arterias.

Es el principal factor de riesgo modificable de las enfermedades cardiovasculares. En nuestro país ocupa el 25%, en la población mayor de 15 años y aproximadamente el 50% de éste factor lo presentan adultos y personas de edad avanzada.

En los últimos años se ha despertado un mayor interés en la hipertensión arterial esencial en la población pediátrica y joven, sobre todo en lo que refiere a la prevención de las consecuencias fatales en la edad adulta.

Existe una correlación entre presión arterial y múltiples variables, edad, sexo, índice de colesterol, índice de masa corporal. Por lo tanto, los niveles de presión arterial obedecen a la compleja interacción que aumentan la presión arterial cuando son estimulados algunos de estas variables de manera individual.

Desde la adolescencia y hasta la menopausia es superior en los hombres. Posteriormente estas diferencias se estrechan en parte por incremento en la incidencia de la HTA en las mujeres posmenopáusicas.

En lo que respecta a la obesidad contribuye de manera significativa al proceso hipertensivo por tanto los individuos obesos tienen mayor probabilidad de ser hipertensos.

La inactividad física incrementa el riesgo de padecer HTA y en sentido contrario, la práctica regular de ejercicios se acompaña de una reducción de la presión arterial.

Los familiares de hipertenso presentan mayor probabilidad de sufrir HTA. Desde el punto de vista genético la HTA se considera poligénicas.

En el estudio de Framingham se ha demostrado que cuando se añade algún otro factor de riesgo (consumo de tabaco, dislipemia, obesidad, consumo excesivo de alcohol, diabetes mellitus) se producirá una potenciación exponencial, pudiendo llegar a sufrir un infarto isquémico hasta el 80% de esa población en los siguientes 10 años cuando se asocian tres o más factores de riesgo.⁸

La incidencia de la HTA varía considerablemente según diferentes grupos humanos; como la edad, sexo y raza. Se ha comprobado que los hombres presentan mayor incidencia de hipertensión arterial que las mujeres. Según un estudio realizado con jóvenes en Argentina se vio que la prevalencia de HTA fue del 9,7%, discriminado por sexo en varones 22% y mujeres 3%.

CUADRO Nº 1

Según el Comité Nacional conjunto sobre Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (J.N.C.) en individuos mayores de 18 años (1998):

CATEGORÍA	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
OPTIMA	< 120	< 80
NORMAL	< 130	< 85
NORMAL ALTA	130 - 139	85 - 89
HIPERTENSIÓN:		
Estadio 1	140 - 159	90 - 99
Estadio 2	160 - 179	100 - 109
Estadio 3	>180	>110

◆ Dislipemia

Uno de los factores de riesgo más importante en relación con la morbimortalidad por ECV es la alteración del metabolismo de los lípidos.

Es de interés en nuestra investigación el estudio de los niveles de colesterol total y HDL colesterol. Definiendo colesterol como: una sustancia grasa, componente primordial de las membranas celulares, es un precursor para la síntesis de ciertas hormonas esteroideas,

⁸ Zurro, A.M. *Atención Primaria en Salud* 4Ed. Barcelon, Harcour, 1999.

vitamina D y ácidos biliares; y HDL, como una lipoproteína de alta densidad la cual evita la acumulación de colesterol en los tejidos periféricos, interviene en el proceso de captación y transporte de colesterol hacia el hígado.

La mortalidad por enfermedades isquémicas coronarias se encuentra muy vinculadas con el ascenso del colesterol total y el descenso de HDL, colesterol.

En diferentes estudios como el de Framingham se ha confirmado la correlación de forma positiva entre el nivel gradual de colesterol total y la morbimortalidad por ECV, siendo esta correlación independiente de la edad, sexo, raza y tanto en personas sanas o en aquellas que la enfermedad ya existe.⁹

En sus estudios se ha observado también que el HDL es un predictor independiente y potente de ECV, ya que concentraciones bajas de HDL se asocian con un riesgo elevado de ECV, en función de la edad, sexo o la concentración de colesterol plasmático y otros FRCV, considerando que la HDL no constituye un factor de riesgo sino un factor protector.

En nuestro país fue realizado un estudio (a cargo de C. Scolnik de Grumberg y M. Mastropiero) en donde se encontró un descenso de HDL por debajo de 35 mg/dl mayoritariamente en hombres, viéndose que en un grupo entre 15 y 24 años se encontraron valores bajos de HDL en un 12%.

Con la presencia de varios factores de riesgo las ECV se incrementan de manera muy marcada, ya que el efecto de estos no es aditivo, sino que se potencia.

Otro estudio realizado en nuestro país en el Hospital de Clínicas, en la DUS, tomando 47 donantes de sangre y 99 estudiantes que concurren a la DUS, se obtuvieron los siguientes datos, en el grupo de donantes el promedio para colesterol total era de 191 mg/dl y en los estudiantes con una edad promedio de 22 años el 10 % tenían un riesgo aterogénico elevado.

La relación colesterol total / HDL colesterol es un índice de enorme valor en la predicción de aterosclerosis coronaria, infarto de miocardio y muerte coronaria.

Para valoración de estos datos tenemos en cuenta el Índice de Castelli, el cual si da un valor mayor de 4,5 el individuo se encuentra en riesgo cardiovascular.¹⁰

⁹ Zurro, A.M. *Atención Primaria de Salud*. 4ª Ed. Barcelona, Harcourt, 1999.

¹⁰ Sociedad Uruguaya de Cardiología. *Revista Uruguaya de Cardiología*. Vol.5, Uruguay 1990.

CUADRO N° 2

Clasificación de los valores según Laboratorio Clínico del Hospital de Clínicas:

COLESTEROL TOTAL	(mg/dl)
Ideal	< 200
Aceptable	200- 240
Anormal	> 240

HDL	(mg/dl)
Ideal	> 45
Aceptable	35- 45
Anormal	< 35

◆ Diabetes Mellitus

Numerosos estudios epidemiológicos han confirmado la asociación de diabetes mellitus y ECV. Así en el estudio de Framingham se encontró que la diabetes llegaba a doblar o triplicar el riesgo de padecer enfermedades ateroscleróticas.

Dado que el riesgo cardiovascular que se asocia con la diabetes varía en gran medida con la coexistencia de otros factores de riesgo (HTA, obesidad, tabaquismo).

La Diabetes Mellitus (D.M.) es una enfermedad del metabolismo caracterizada por una deficiencia relativa o absoluta de insulina, productora de ajustes metabólicos o cambios fisiológicos en casi todo el organismo. Es el trastorno endocrino más frecuente en la infancia y alcanza su máximo frecuencia al principio de la adolescencia.

Las complicaciones de estas patologías se dividen en agudas y crónicas: dentro de las agudas está el coma hiperglicémico, hiperosmolar, no cetósico y la cetoacidosis diabética, y los crónicos cambios macro y microvasculares.

Es bien sabido que las personas diabéticas son propensas a desarrollar ECV a una edad más temprana, que la enfermedad progresa más rápido y que es más grave y extensa que en las personas no diabéticas. La enfermedad de las arterias coronarias y las cerebrovasculares son tres veces más comunes, y las enfermedades periféricas lo son cinco veces más comunes.

Los mecanismos por los cuales el trastorno en la tolerancia a la glucosa incrementa el riesgo de ECV no están claras; se ha implicado el efecto tóxico de la hiperglucemia mantenida sobre la fisiología del endotelio, la alteración en el metabolismo lipídico secundaria a la resistencia insulínica, la obesidad e HTA concomitantemente.

CUADRO N° 3

Los valores de referencia de glucosa plasmática según Laboratorio Clínico del Hospital de Clínicas son:

GLICEMIA	mg/dl
Normal	70-110
Hiperglicemia	> 110
Hipoglicemia	<70

◆ Tabaquismo

En lo que respecta al consumo de tabaco constituye el factor de riesgo modificable más importante en los jóvenes en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular, constituye un factor de riesgo independiente, estando plenamente demostrado su relación con la enfermedad coronaria, enfermedad vascular periférica, shock, aneurisma aórtica y desarrollo de arteriosclerosis.

Entre el 76-91% de pacientes jóvenes con infarto son fumadores, comparado con el 40% de los pacientes adultos.

Es un importante problema de salud pública no solo por su magnitud sino también por las consecuencias sanitarias que conlleva así como por los elevados costos económicos y sociales que genera. De hecho se puede hablar de epidemia del tabaquismo. No obstante es prevenible mediante legislación, información y tratamiento.

El tabaquismo es un hábito, es una forma de drogodependencia, la nicotina es el principio activo del tabaco, es una droga adictiva y como tal tiene las características de otros, como: tolerancia, dependencia física y psicológica.

El humo de cigarrillo contiene una cantidad importante de partículas pequeñas, las más importantes son: nicotina y monóxido de carbono, tiene un efecto perjudicial para la salud del fumador generando aumento de la concentración plasmática de ácidos grasos libres, aumento de la concentración plasmática de LDL/VLDL, aumento de la adhesividad y agregabilidad plaquetaria, de la concentración de fibrinógeno, disminución de la vida media de las plaquetas, daño directo al endotelio, favoreciendo estos fenómenos la isquemia miocárdica por los siguientes procedimientos: vasoconstricción, espasmo coronario, aumento de la frecuencia del pulso y de la contractilidad miocárdica, disminución del transporte de oxígeno.

Los patrones de consumo de tabaco varían considerablemente según sexo, en el mundo fuma el 47% de los hombres y el 12% de las mujeres. Cabe destacar que diferentes estudios han documentado actualmente el aumento de la incidencia de este hábito en el sexo femenino.

CUADRO N° 4

Los fumadores se pueden clasificar según Ministerio de Salud Pública:

FUMADOR	Cantidad/ día
Leve	< 10 cigarrillos
Moderado	10- 20 cigarrillos
Severo	> 20 cigarrillos

◆ Obesidad

La Obesidad se define como exceso de peso corporal debido a adiposidad excesiva, es decir, más del 25% del peso corporal a expensas de grasa en los varones y más del 30% en las mujeres.

En el estudio de Framingham obtuvo la evidencia de que la obesidad es un factor de riesgo cardiovascular independiente, aunque en otras investigaciones parece que el probable mecanismo por el que la obesidad aumenta el riesgo cardiovascular es su asociación con hiperlipidemia, hipertensión arterial e intolerancia a la glucosa.

Lo que sí está claro es que la obesidad está asociada con varios factores de riesgo cardiovasculares bien establecidos, aunque su relación singular con el riesgo cardiovascular es menos clara.

Se sabe que la HTA se asocia con obesidad, su prevalencia es 10 veces superior a la de la población con normopeso.

La obesidad está asociada con la normalidad de los lípidos plasmáticos, existiendo una relación directa entre los niveles de lípidos y la obesidad, se suele asociar con un descenso significativo del colesterol de HDL.

La obesidad es el factor de riesgo más importante para desarrollar diabetes tipo II, la frecuencia de padecer esta patología aumenta con el tiempo de duración del exceso de peso.

Existe evidencia de que la reducción de peso contribuye a la disminución del colesterol sérico, de la HTA y de la prevalencia de diabetes mellitus.

En cuanto a la obesidad distribuida por sexo se conoce que las mujeres constituyen la mayoría de los obesos, los hombres tienen mayor probabilidad de tener sobrepeso.

El método de medida del peso corporal más utilizado es el Índice de Quetelet o Índice Masa Corporal (I.M.C) definida como el cociente de Peso (Kg) sobre Talla (cm) al cuadrado.

CUADRO N° 5

Clasificación del estado ponderal según I.M.C (Kg /m²) recomendado por la O.M.S:

Categorías		I.M.C.
Peso Normal	Mujeres	< 25
	Hombres	< 27
Sobrepeso	Mujeres	25-29
	Hombres	27-29
Obesidad	Mujeres	>30
	Hombres	
Obesidad Mórbida	Mujeres	> 40
	Hombres	

◆ Sedentarismo

Está ampliamente comprobado que los estilos de vida sedentarios son una importante causa de mortalidad, morbilidad y discapacidad, siendo este un factor de riesgo cardiovascular altamente prevenible, haciendo necesaria la acción sobre el mismo.

Se puede definir sedentarismo (inactividad física) como un nivel de actividad diaria que está por debajo de los requerimientos óptimos para mantener una adecuada capacidad funcional, músculo-esquelética y cardíaca. la OMS estableció, en el año 1992, que el sedentarismo es un FRCV independiente.

Según conclusiones preliminares de un estudio de la O.M.S sobre factores de riesgo los modos de vida sedentarios son una de las 10 causas fundamentales de mortalidad y discapacidad en el mundo duplicando el riesgo de padecer ECV como la HTA, obesidad, diabetes mellitus tipo II, entre otras.

Los niveles de inactividad física son altos en prácticamente todos los países, la población uruguaya tiene una alta prevalencia de sedentarismo.

En 1993 el "American College of Sport Medicine" recomendó que alcanza con realizar 30 min. diarios de ejercicios de tres a cuatro veces por semana.

Sin embargo, los 30 min. referidos no tiene que ser continuos se podría acumular el tiempo sumando las diferentes actividades. En cuanto a la práctica del ejercicio uno de los puntos fundamentales es la continuidad en el tiempo no es útil realizarlo en un período de meses y luego volver a la vida sedentaria.

La intervención sobre los factores de riesgo modificables en la población joven constituye el método clínico primario para disminuir la morbimortalidad de las enfermedades cardiovasculares.

Existe una relación directa entre el aumento de la mortalidad por esta afección y la presencia de los diferentes factores de riesgo modificables: lo cual confirma que los estilos de vida son uno de los determinantes principales de salud.

Enfermería y los Jóvenes

Teniendo en cuenta que la población de este estudio serán Los Jóvenes entre 19 y 25 años se hace necesario conocer las características de este grupo.¹¹

La O.M.S. define ésta etapa como: "aquel período de la vida en el que el individuo se prepara para asumir la vida adulta y todas sus responsabilidades, alcanzando el establecimiento de una identidad sexual y posibilidades de formar relaciones afectivas estables. Tiene la capacidad de establecer compromisos profesionales y mantener la independencia económica, adquisición de un sistema de valores personales (moral propia) y relación de reciprocidad de la generación precedente (sobre todo con su familia)".

Cronológicamente la define como el período de vida que transcurre entre los 19 y 25 años.

La juventud es una edad de consolidación psicológica, es una fase de gran vitalidad emocional existe un anhelo de dar un sentido más profundo a la vida.

Las conductas saludables o de riesgo son adquiridas por el individuo en el transcurso de su vida, pudiendo estar influenciadas por la familia, grupos de amigos, instituciones educativas, medios de comunicación, cultura, religión y preferencias.

Estas conductas que aparecen a edades tempranas de la vida tienen importancia decisiva en la génesis de la morbimortalidad del adulto y anciano.

Los jóvenes son individuos saludables, la incidencia de la enfermedad es baja durante este período y la mayoría de los problemas de salud están relacionados con las conductas de riesgo.

Hay cada vez más conocimiento que plantean preocupaciones acerca de esta percepción.

Los perfiles de jóvenes y su estado de salud han sufrido cambios sustanciales durante las últimas tres décadas, dichas modificaciones tienen implicancias importantes para los prestadores de salud.

Actualmente las estrategias de promoción para la salud de los jóvenes esta evolucionando favorablemente debido a fuerzas medico sociales importantes, que pretenden prevenir las conductas adultas no saludables ya que es más fácil que modificar las conductas una vez iniciadas.

¹¹ M. Anaracy, *Medicina del Adolescente*. Buenos Aires, Panamericana, 1994.

Estos objetivos se cumplen a través de intervenciones preventivas dirigidas a los individuos a cambiar sus conductas y estilo de vida.

Esta tendencia ofrece al profesional de enfermería una gran posibilidad de asumir el liderazgo para ayudar a los jóvenes a conservar la salud, promover el bienestar y prevenir las enfermedades.

Siendo la enfermería una disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano, familia y comunidad, enfocando su atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención.¹²

Consideramos relevante que nuestra disciplina amplíe y profundice el conocimiento de la presencia de factores de riesgo cardiovasculares en la población joven de Uruguay, ya que existe una elevada mortalidad (33,7%) a nivel nacional por afecciones cardiovasculares, no existiendo programas enfocados a los jóvenes para prevenir esta problemática y también durante la revisión bibliográfica fue difícil y escasa la obtención de información en este grupo poblacional.

Por otra parte es importante incidir en esta etapa de la vida ya que están preparados para asumir la responsabilidad de su propia salud y por lo tanto responsabilizarse de su autocuidado que de acuerdo a la teoría de Dorothea Orem: "Es una actividad aprendida por los individuos orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida a las personas hacia sí mismo o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".¹³

El autocuidado es una acción de las personas maduras y en proceso de maduración que han desarrollado las capacidades para cuidar de sí mismas en situaciones ambientales.

Las personas que se ocupan de su autocuidado tienen las capacidades para el requisito de acciones: la agencia o la capacidad de actuar intencionadamente para regular los factores que afectan a su propio funcionamiento y desarrollo.

Para Orem, el objetivo de la enfermería es ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado, para conservar la salud y la vida.

¹² . Alfano. *Enfermería Comunitaria I España*. Masson - Salvat, 1992.

¹³ . Orem, D. *Método de Orem*. Cap. La teoría de Eufanciaia del autocuidado. Barcelona, Masson - Salvat.

Enfermería Comunitaria

La enfermería comunitaria es la profesional 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 atender en los lugares donde viven, donde trabajan, donde estudian, donde se relacionan, o en las instituciones sanitarias cuando fuera preciso, desde una concepción de la enfermera como miembro de un equipo interdisciplinario que trabaja en coordinación con otras instituciones y sectores realizando las funciones de docencia, asistencia o investigación, fortaleciendo las capacidades de participación y creación de los propios involucrados.

Según la Asociación Americana de Enfermeras (1973):

“La Enfermería Comunitaria es una síntesis de la práctica de la enfermería y la salud pública aplicada a promover y preservar la salud de la población. La naturaleza de esta práctica es general y abarca muchos aspectos. No se limita a un grupo de edad o a un diagnóstico determinado. Es continua y no episódica. La responsabilidad dominante es la población como un todo. Por lo tanto, la enfermería dirigida a los individuos, las familias o los grupos contribuye a la salud de la población total. La promoción de la salud, el mantenimiento de la salud, la educación sanitaria, la coordinación y continuidad del cuidado se utilizan con un enfoque integral de la familia, grupo y de la comunidad. La actuación de la enfermera confirma la necesidad de un planteamiento general de salud, reconoce las influencias de tipo social y ecológico, presta atención a las poblaciones en peligro y utiliza las fuerzas dinámicas que influyen en el cambio.”¹⁴

Es importante destacar que la enfermera profesional desempeña un papel fundamental en primer nivel de atención y además cuenta con una estrategia en Atención Primaria de Salud, que es la educación para la salud, que sirve a los profesionales para conseguir que la población tenga la capacidad de controlar, mejorar y tomar decisiones con respecto a su salud-enfermedad.

¹⁴ Caja, C. *Enfermería Comunitaria III*. Barcelona, Masson - Salvat, 1993.

Atención Primaria de la Salud (APS)

Definición

Es la asistencia esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias 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 y con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación.

Representa el primer nivel de contacto con los individuos, la familia y la comunidad, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituyen el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.¹⁵

Las acciones para alcanzar las metas en APS son integrales; es decir afecta, no solo a lo curativo, sino fundamentalmente a lo preventivo.

Por esto se acostumbra a denominarlas: prevención primaria (promoción y protección de la salud), prevención secundaria (curación) y prevención terciaria (rehabilitación), aplicando el concepto integrador de la historia natural de la enfermedad.

El pilar organizativo y funcional en el que se basa la APS es el trabajo en equipo multidisciplinario; que desarrollan en forma coordinada, integral, continuada, permanente, compartiendo las funciones y actividades.

La conferencia internacional de la OMS celebrada en Alma Ata (1978) estableció las funciones mínimas que deben llevar acabo los servicios de salud de la atención primaria:

1. Promoción de la salud
2. Prevención de la enfermedad
3. Tratamiento de los problemas de salud
4. Rehabilitación

En nuestra investigación se desarrollará las dos primeras funciones, ya que las actividades de la institución, en donde se realizará el estudio, están basadas en ellas.

¹⁵ Zarro. *Atención Primaria de Salud*. 4 Ed. Barcelona, Harcour, 1999.

La promoción de la salud pretende mantener el grado de salud de la población, a la vez que promulga los hábitos saludables como uno de los principales elementos del bienestar humano. Uno de los principales instrumentos de la promoción de la salud, es la educación sanitaria, tanto individual como colectiva.

La prevención de la enfermedad tiene como actividades la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, si bien son complementarias, las primeras suelen tener un carácter general e inespecífico, las segundas están dirigidas selectivamente a evitar aspectos concretos de una enfermedad. La aplicación de estas actividades preventivas es responsabilidad de todo el equipo de atención primaria, pero es deseable que sean las profesionales de enfermería las protagonistas en dicha aplicación.

METODOLOGIA

Tipo de investigación

Es un estudio cuantitativo ya que supone la recolección sistemática de información numérica, en estricto control, así como el análisis de la información mediante procedimientos estadísticos.

Descriptivo, porque constituye un primer nivel de aproximación a un fenómeno en el ámbito de la ciencia de la salud. Su propósito es describir y documentar diversos aspectos de una situación que ocurre de modo natural y algunas veces proveer un punto de partida para la generación de hipótesis o desarrollo de la teoría, constituye un medio eficiente y efectivo para obtener una gran cantidad de datos acerca de un área problema.

Una desventaja, a diferencia de los estudios experimentales, es que se pierde la posibilidad de conocer las relaciones causales.^{16 17}

Sujeto de estudio

El universo sobre el cual se llevó a cabo la investigación, corresponde a los jóvenes que concurren a la División Universitaria de la Salud (DUS).

El muestreo fue no probabilístico, intencional. Tomándose al 100% de los jóvenes que tenían entre 19 a 25 años de edad, en el período entre el 31 de Marzo y el 11 de Abril del 2003.

Los criterios de inclusión considerados fueron, jóvenes de 19 a 25 años de edad, que concurren a la DUS en el horario matutino, que presentaron 8 horas de ayuno, en los días planificados.

El área donde se llevó a cabo la investigación fue la DUS (Anexo N° 1). Se seleccionó este campo ya que:

- presta servicios de salud a jóvenes en un primer nivel de salud, a través de diferentes programas, en especial de interés para nuestra investigación el programa "Examen Preventivo Integral del Nivel de Salud", el mismo permite obtener un diagnóstico precoz así como el conocimiento de los Factores de Riesgo que está expuesto el individuo.
- La institución realiza los exámenes sanguíneos de interés para la investigación.

¹⁶. Polit, D. *Investigación científica en la Ciencia de la Salud*. México, Mc Graw – Hill Interamericana, 1997

¹⁷. Canales, F. *Metodología de la Investigación*. México, OPS/OMS, 1994.

- Se contó con la planta física, recursos humanos y materiales necesarios.
- El resultado de esta investigación es muy valiosa para la DUS, ya que les permite obtener mayor conocimiento sobre los Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV) en los jóvenes y profundizar en el tema.

Metodología de la recolección de datos

Con el fin de llevar a cabo la investigación, como primer medida se obtiene la autorización de la Directora de la Institución para recabar la información.

También fue necesario el consentimiento de los jóvenes para participar en el estudio que se obtuvo a través de un consentimiento informado (Anexo N° 2).

Para obtener la información se utilizó el método de encuesta, siendo la técnica seleccionada la entrevista estructurada y medición de variables biofisiológicas. El instrumento utilizado fue el formulario (Anexo N° 3), organizado con preguntas cerradas, dando respuestas con opciones dicotómicas o múltiples.

La recabación de información fue realizada por el grupo de investigadoras, durante diez días hábiles en el horario de 8 a 12 horas.

El formulario cuenta con:

- Título
- Identificación del encuestado
- Variables primarias (sexo, edad)
- Variables secundarias (variables propias de la investigación)
- Observación

A continuación se detallan las variables en estudio:

Variable	Tipo	Definición conceptual	Indicadores	Categorización
Sexo	Cualitativa Nominal	Clasificación en masculino o femenino basada en numerosos criterios entre ellos los cromosómicos y anatómicos	Se diferencia en femenino y masculino de acuerdo a las características sexuales secundarias	Masculino Femenino
Edad	Cuantitativa Continua	Tiempo en que una persona ha vivido desde su nacimiento	Años vividos	19 20 21 22 23 24 25
Antecedentes personales	Cualitativa Nominal	Presencia de alteraciones orgánicas que aumentan la probabilidad de afecciones cardiovasculares	- H.T.A. - Diabetes Mellitus - Dislipemia	Si No No conoce
Antecedentes familiares	Cualitativa Nominal	Los miembros de la familia con antecedentes de patología que se consideran de riesgo cardiovascular. Teniendo en cuenta la 1ª y 2ª generación	- Enfermedad cardiovascular - Dislipemias - Diabetes Mellitus	Si No No conoce

Hipertensión Arterial	Cuantitativa Continua	Enfermedad caracterizada por un aumento de la presión arterial que excede persistentemente los valores de 140/90 mmHg	Se considerará valores exactos de PAS y PAD hallados en el individuo medido en mmHg	<ul style="list-style-type: none"> - Óptima - Normal - Normal alta - Hipertensión <ul style="list-style-type: none"> . Estadio 1 . Estadio 2 . Estadio 3
Dislipemia	Cuantitativa Continua	Trastorno en el que existe una concentración plasmática alterada para el colesterol total y HDLcolesterol. Riesgo cardiovascular : índice > 4, 5.	Se utilizará el Índice de Castelli = $\frac{\text{Colesterol Total}}{\text{HDL colesterol}}$	<p>Riesgo Cardiovascular</p> <p>Si</p> <p>No</p>
Diabetes Mellitus	Cuantitativa Continua	Trastorno del metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas, resultado de la falta relativa o completa de secreción de insulina, se caracteriza por aumento de glicemia en sangre. (> 110 mg/dl).	Cifras halladas en el individuo	<ul style="list-style-type: none"> - Normal - Hiperglucemia - Hipoglucemia
Tabaquismo	Cualitativa Ordinal	Es todo aquel individuo que consume algún tipo de tabaco.	Consumo de tabaco	<ul style="list-style-type: none"> - No - Si <ul style="list-style-type: none"> . Leve . Moderado . Severo

Obesidad	Cuantitativa Continua	Aumento anormal de proporción de las células grasas, especialmente en las vísceras y tejido subcutáneo del cuerpo.	Se utilizará el índice de Masa Corporal teniendo en cuenta el peso (Kg.) y talla (cm) del individuo	<ul style="list-style-type: none"> - Peso normal - Sobrepeso - Obeso - Obesidad mórbida
Sedentarismo	Cualitativo Nominal	Es el individuo que se encuentra en situación de inactividad física.	Realización de ejercicios de 3 a 4 veces por semana (30 minutos diarios), debe de tener continuidad en el tiempo	<p style="text-align: center;">Si No</p>

Los jóvenes en la DUS transcurran por diferentes etapas, las actividades se realizan respetando el flujoograma establecido por la institución.

Luego de constatar que los jóvenes cumplieron con los criterios de inclusión, se explicaron los objetivos de la investigación, los procedimientos necesarios a realizar y se obtuvo el consentimiento de éstos.

Posteriormente pasaron a la sección de laboratorio donde se realizó extracción de sangre para glicemia, colesterol total y HDL colesterol. Luego a la enfermería donde se controló peso, talla y presión arterial (Procedimientos y técnicas Anexo N° 4).

Finalizando se brindó una actividad informativa sobre prevención de FRCV (Anexo N° 5), completando la entrevista en el consultorio médico.

Cada joven al transcurrir por cada sección llevó consigo el instrumento y el consentimiento informado, en donde cada investigador fue responsable del registro de la información en el instrumento.

La distribución de las tareas estará detallada en la matriz de programación, éstas actividades fueron realizadas por las investigadoras con la colaboración de los funcionarios.

MATRIZ DE PROGRAMACION

ACTIVIDADES	POBLACION	COBERTURA	CONCENTRACION	RENDIMIENTO	RRHH	TOTAL de ACT	TOTAL HS.
Información sobre la investigación al joven.	64	100%	1	3 minutos	1 Investigador	64	3hs 20'
Extracción y medición de colesterol, HDL y glicemia	64	100%	1	10 minutos	1 Técnico Laboratorio	64	10hs 60'
Medición PA, peso y talla	64	100%	1	5 minutos	1 Investigador	64	5hs 30'
Actividad Informativa	64	100%	1	5 minutos	1 Investigador	10	50'
Entrevista	64	100%	1	5 minutos	1 Investigador 1 Médico	64	5hs 30'

Durante el proceso de recolección de datos las investigadoras realizaron actividades de coordinación y supervisión tales como:

- Asignación y organización del trabajo de campo entre los investigadores y los funcionarios de la institución.
- Selección de los sujetos de estudio.
- Revisión de los instrumentos (del instrumento de registro de la información y los instrumentos de medición de las variables biofisiológicas).
- Se realizó la organización de la información recolectada.

Estas actividades fueron realizadas con el propósito de asegurar lo planificado y garantizar la validez y confiabilidad de la investigación.

Metodología del análisis de datos

El procesamiento de los datos estuvo a cargo de las investigadoras, se realizó la tabulación a través de tablas uni y bivariadas según distribución sexo.

Se realizó diferencia de proporción ya que en nuestro estudio se plantea que existe diferencia en la presencia de FRCV en ambos sexos, y también al recabar los datos tuvimos una diferencia en el número de jóvenes en ambos sexos.

Los datos se representaron a través de gráficos, y fueron analizados comparando los valores hallados en cada variable con las referencias del Marco Teórico.

RESULTADOS

Comportamiento de las variables según sexo

N = 64

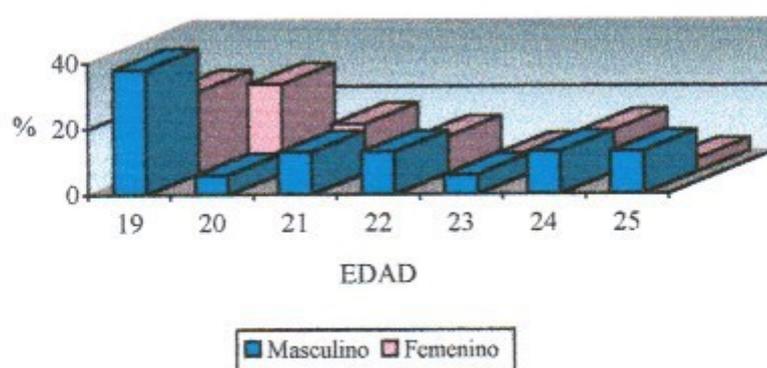
1. DISTRIBUCIÓN DE EDAD SEGÚN SEXO:

Sexo	Edad							Total
	19	20	21	22	23	24	25	
M	6	1	2	2	1	2	2	16
F	12	13	7	5	3	6	2	48
Total	18	14	9	7	4	8	4	64

Diferencia de Proporción

Sexo	Edad (%)							
	19	20	21	22	23	24	25	
M	37,5	6,25	12,5	12,5	6,25	12,5	12,5	100%
F	25,0	27,0	14,6	10,4	6,25	12,5	4,2	100%

GRAFICO 1: Edad / Sexo



De los 64 jóvenes de la muestra la edad que predominó fue 19 años. Para el sexo masculino la edad que predominó fue de 19 años con 37,5% y para el sexo femenino fue 20 años con 27,0%.

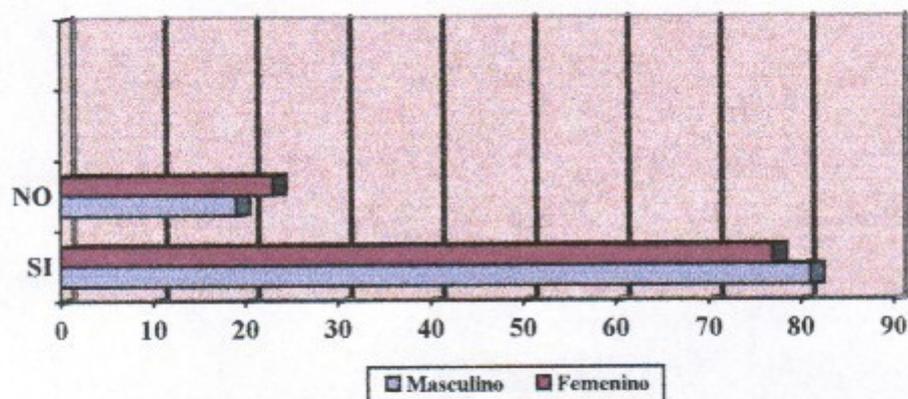
2. PRESENCIA DE ANTECEDENTES FAMILIARES SEGÚN SEXO:

Sexo	Antecedentes Familiares		Total
	SI	NO	
M	13	3	16
F	37	11	48
Total	50	14	64

Diferencia de Proporción

Sexo	Antecedentes Familiares (%)		Total
	SI	NO	
M	81,3	18,7	100%
F	77,1	22,9	100%

GRAFICO 2:
Antecedentes Familiares / Sexo



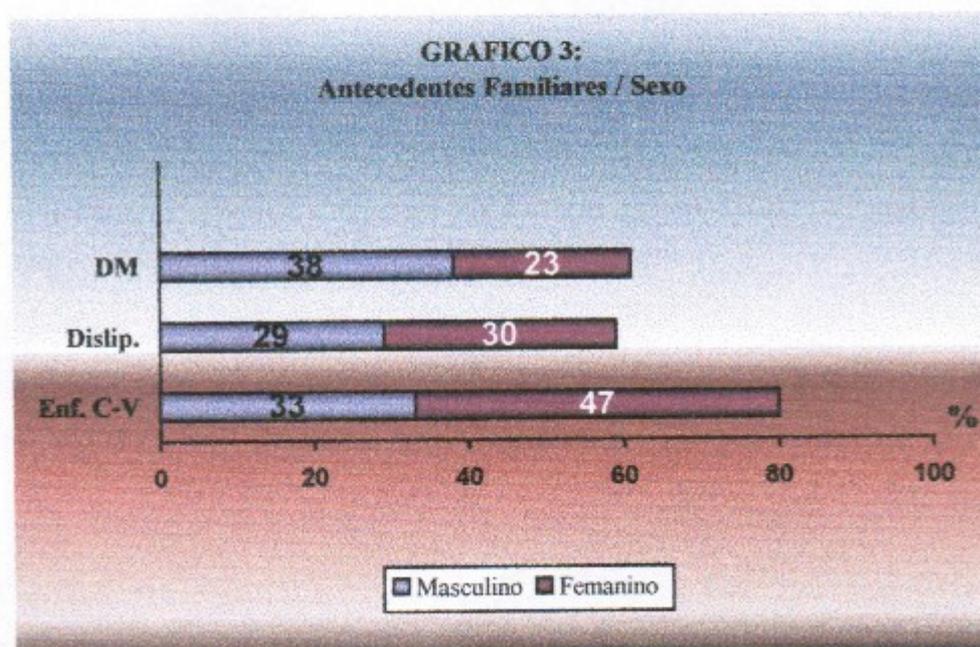
mbos sexos presentaron antecedentes familiares, el sexo femenino con un 77,1% y el sexo masculino 81,3%.

3. DISTRIBUCIÓN DE ANTECEDENTES FAMILIARES SEGÚN SEXO:

Sexo	Antecedentes Familiares			Total
	Enf. Cardiovasculares	Dislipemia	Diabetes Mellitus	
M	7	6	8	21
F	28	18	14	60
Total	35	24	22	81

Diferencia de Proporción

Sexo	Antecedentes Familiares (%)			Total
	Enf. Cardiovasculares	Dislipemia	Diabetes Mellitus	
M	33,3	28,6	38,1	100%
F	46,7	30,0	23,3	100%



se observa que el antecedente familiar más frecuente en el sexo femenino fue las enfermedades cardiovasculares con un 46,7% y en el sexo masculino diabetes mellitus con un 38,1%

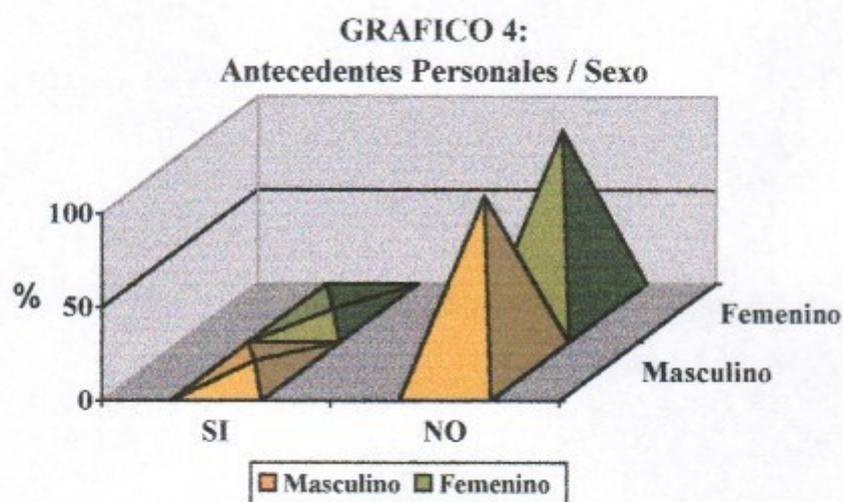
4. PRESENCIA DE ANTECEDENTES PERSONALES SEGÚN SEXO

Sexo	Antecedentes Personales		Total
	SI	NO	
M	1	15	16
F	1	47	48
Total	2	62	64

Diferencia de Proporción

Sexo	Antecedentes Personales (%)		Total
	SI	NO	
M	6,25	93,8	100%
F	2,1	97,9	100%

Sexo Masculino hipertensos el 6,25%.
Sexo Femenino con Dislipemia el 2,1%.



Respecto a los antecedentes personales, en el sexo masculino presentó 6,25%, mientras el sexo femenino 2,1%.

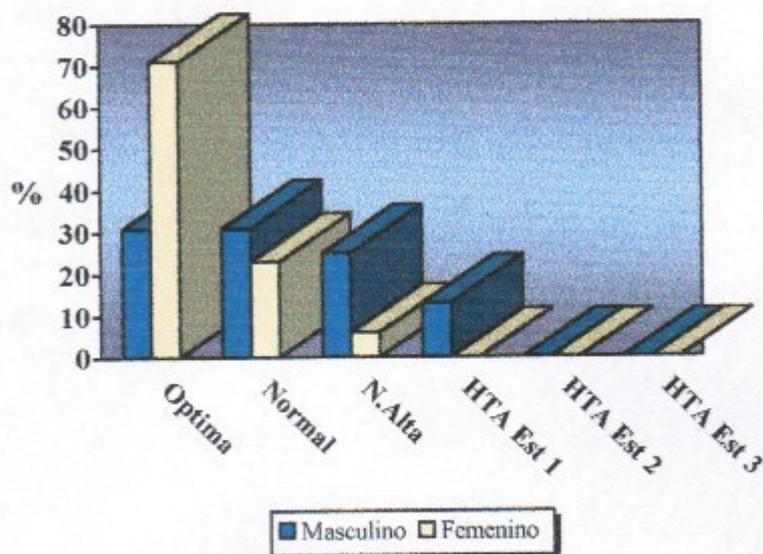
5. DISTRIBUCIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL SEGÚN SEXO

Sexo	Presión Arterial						Total
	Óptima	Normal	Normal Alta	HTA Est. 1	HTA Est. 2	HTA Est. 3	
M	5	5	4	2	0	0	16
F	34	11	3	0	0	0	48
Total	39	16	7	2	0	0	64

Diferencia de Proporción

Sexo	Presión Arterial (%)						Total
	Óptima	Normal	Normal Alta	HTA Est. 1	HTA Est. 2	HTA Est. 3	
M	31,3	31,3	25,0	12,5	0	0	100%
F	70,8	22,9	6,3	0	0	0	100%

GRAFICO 5:
Presión Arterial / Sexo



El 12,5% del sexo masculino presento hipertensión arterial en estadio 1, no presentándose este factor en el sexo femenino.

6. DISTRIBUCIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL SEGÚN SEXO:

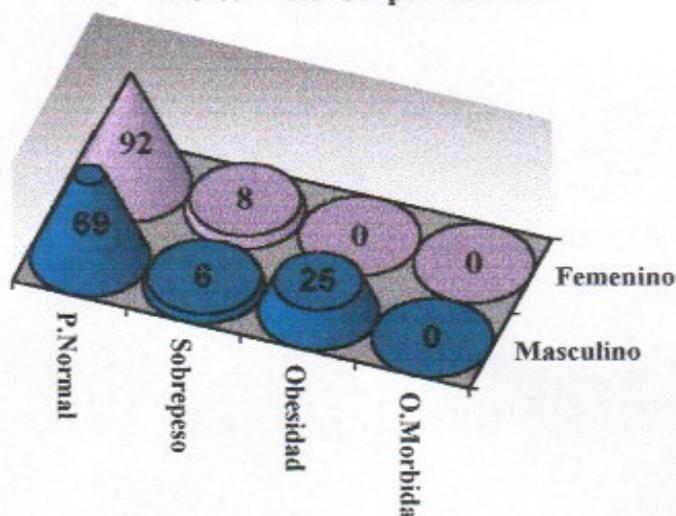
Sexo	Índice de Masa Corporal				Total
	Peso Normal	Sobrepeso	Obesidad	Obesidad Morbida	
M	11	1	4	0	16
F	44	4	0	0	48
Total	55	5	4	0	64

Diferencia de Proporción

Índice de Masa Corporal (%)

Sexo	Peso Normal	Sobrepeso	Obesidad	Obesidad Morbida	Total
M	68,8	6,3	25,0	0	100%
F	91,7	8,3	0	0	100%

GRAFICO 6:
Índice Masa Corporal / Sexo



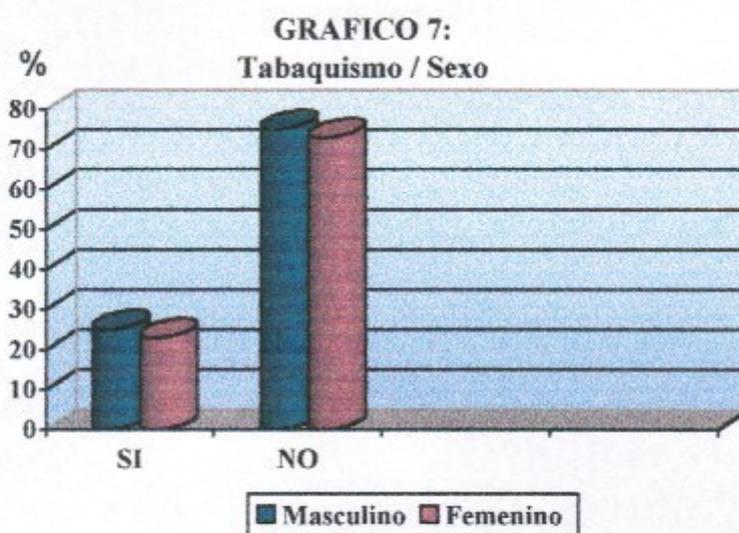
Del total de los jóvenes del sexo masculino el 6,3% presentó sobrepeso y 25% obesidad; en cuanto al sexo femenino el 8,3% sobrepeso.

7. PRESENCIA DE TABAQUISMO SEGÚN SEXO:

Sexo	Tabaquismo		Total
	SI	NO	
M	4	12	16
F	13	35	48
Total	17	47	64

Diferencia de Proporción

Sexo	Tabaquismo (%)		Total
	SI	NO	
M	25,0	75,0	100%
F	27,0	73,0	100%



En lo que respecta al tabaquismo, en el sexo femenino el 27% presenta el hábito tabáquico, y en sexo masculino el 25%.

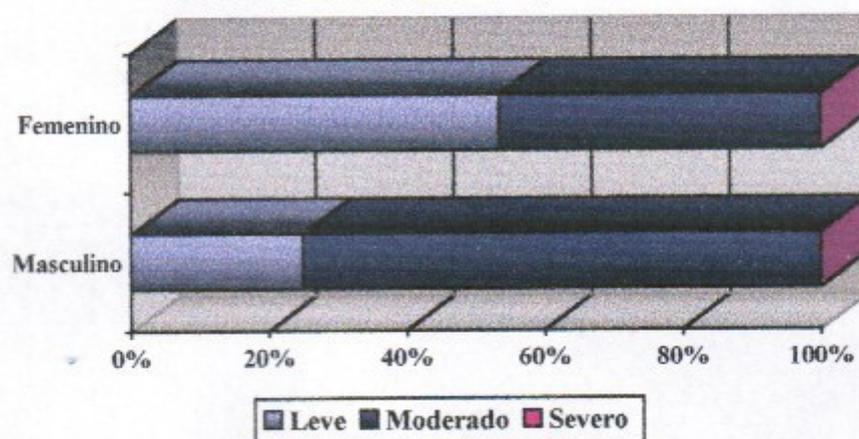
8. DISTRIBUCIÓN TABAQUISMO SEGÚN SEXO:

Sexo	Nivel de Tabaquismo			Total
	Leve	Moderado	Severo	
M	1	3	0	4
F	7	6	0	13
Total	8	9	0	17

Diferencia de Proporción

Sexo	Nivel de Tabaquismo (%)			Total
	Leve	Moderado	Severo	
M	25,0	75,0	0	100%
F	53,8	46,2	0	100%

GRAFICO 8: Niveles de Tabaquismo / Sexo



Con respecto al nivel de tabaquismo podemos destacar que el sexo masculino en su mayoría son fumadores moderados con un 75% y en el sexo femenino son fumadores leves en un 53,8%.

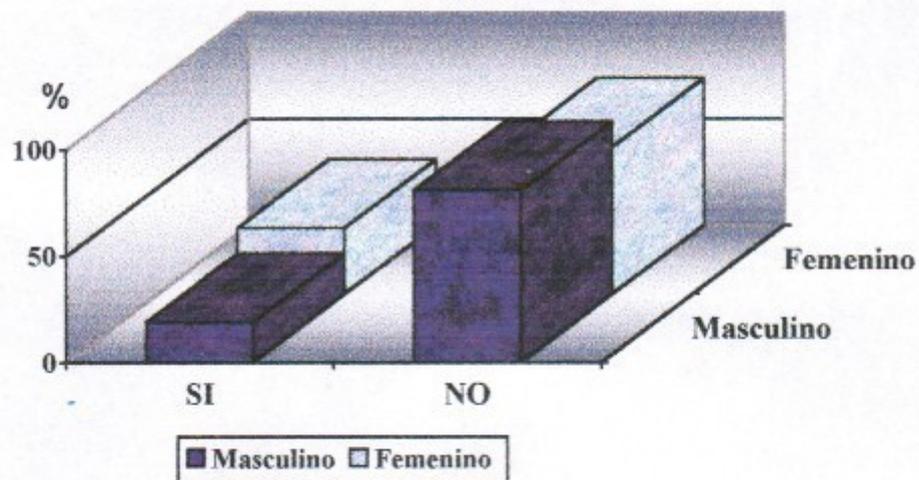
9. PRESENCIA DE SEDENTARISMO SEGÚN SEXO:

Sexo	Sedentarismo		Total
	SI	NO	
M	3	13	16
F	15	33	48
Total	18	46	64

Diferencia de Proporción

Sexo	Sedentarismo (%)		Total
	SI	NO	
M	18,8	81,3	100%
F	31,3	68,8	100%

**GRAFICO 9:
Sedentarismo / Sexo**



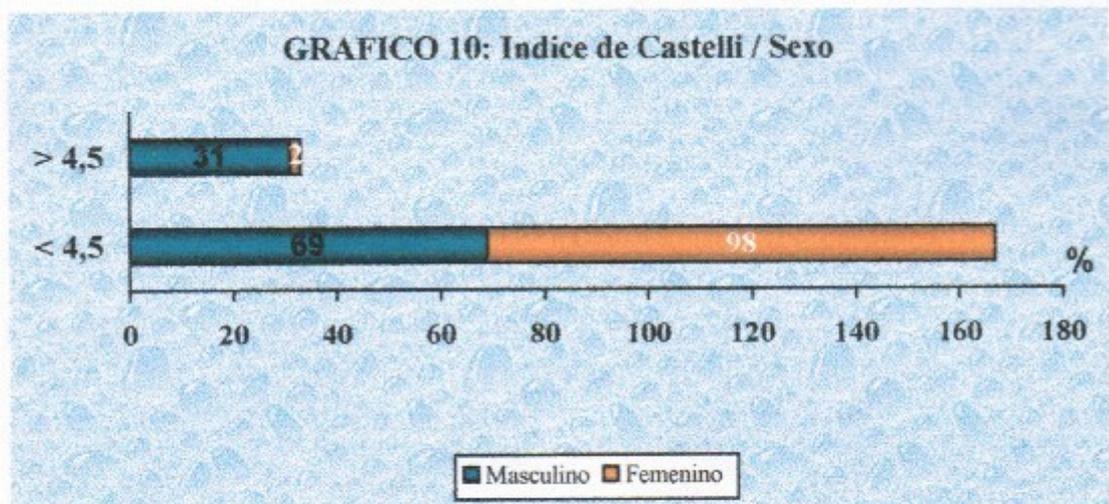
El 31,3% del sexo femenino presentan este factor de riesgo, mientras que en el sexo masculino se presenta el 18,8%.

10. DISTRIBUCIÓN DEL ÍNDICE DE CASTELLI SEGÚN SEXO:

Sexo	Índice de Castelli		Total
	<4,5	>4,5	
M	11	5	16
F	47	1	48
Total	58	6	64

Diferencia de Proporción

Sexo	Índice de Castelli (%)		Total
	<4,5	>4,5	
M	68,8	31,3	100%
F	97,9	2,1	100%



Se observa que en el sexo masculino el 31,3% y en el sexo femenino el 2,1% presentó un índice de Castelli mayor a 4,5, estos individuos presentan riesgo aterogénico.

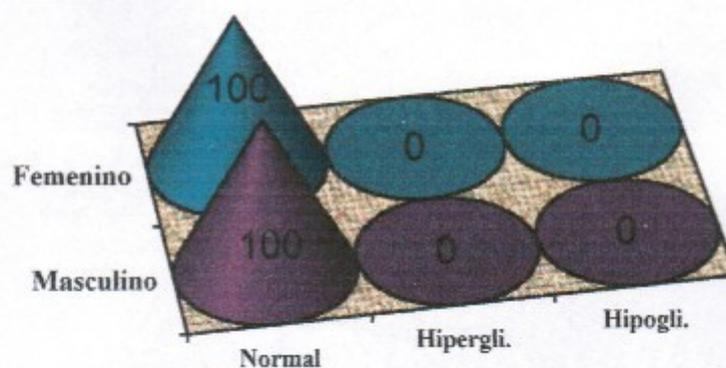
11. DISTRIBUCIÓN DE GLICEMIA SEGÚN SEXO:

Sexo	Glicemia			Total
	Normal	Hiperglicemia	Hipoglicemia	
M	16	0	0	16
F	48	0	0	48
Total	64	0	0	64

Diferencia de Proporción

Sexo	Glicemia (%)			Total
	Normal	Hiperglicemia	Hipoglicemia	
M	100	0	0	100%
F	100	0	0	100%

GRAFICO 11: Glicemia / Sexo



El 100% de la muestra presentó niveles de glicemia dentro de los parámetros normales.

Comportamiento de las principales variables en estudio

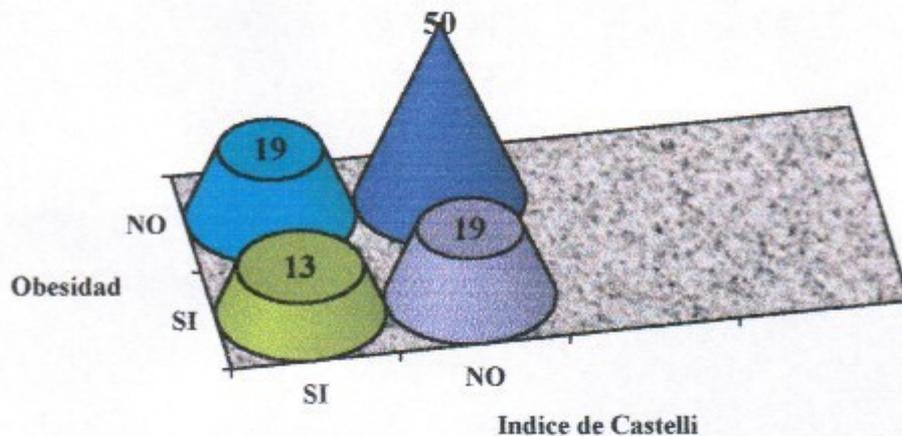
12. RELACION OBESIDAD / INDICE DE CASTELLI

SEXO MASCULINO

Obesidad	Indice de Castelli		Total
	SI	NO	
SI	2 (13%)	3 (19%)	5 (31%)
NO	3 (19%)	8 (50%)	11 (69%)
Total	5 (31%)	11 (69%)	16 (100%)

El 13% de lo obesos presentan un Indice de Castelli mayor a 4,5 o sea riesgo aterogénico.

GRAFICO 12: Obesidad / Indice de Castelli
Sexo Masculino

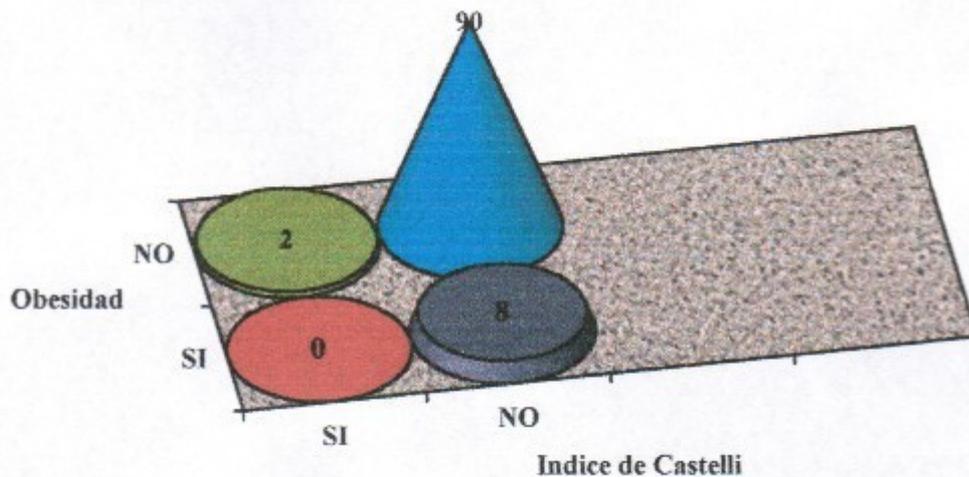


SEXO FEMENINO

Obesidad	Indice de Castelli		Total
	SI	NO	
SI	0	4 (8%)	4 (8%)
NO	1 (2%)	43 (90%)	44 (92%)
Total	1 (2%)	47 (98%)	48 (100%)

A diferencia con el sexo masculino, el sexo femenino que son obesos en un 8% no presentan riesgo aterogénico.

GRAFICO 13: Obesidad / Indice de Castelli
Sexo Femenino



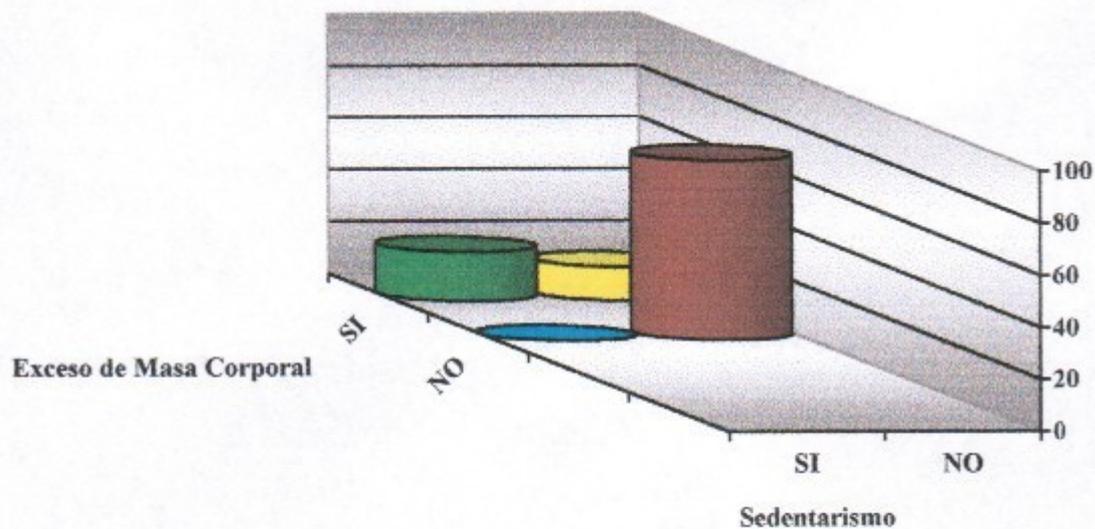
13. RELACION SEDENTARISMO / EXCESO DE MASA CORPORAL:

SEXO MASCULINO

Sedentarismo	Exceso de Masa Corporal		Total
	SI	NO	
SI	3 (19%)	0	3 (19%)
NO	2 (13%)	11 (69%)	13 (81%)
Total	5 (31%)	11 (68%)	16 (100%)

El 19% de los sedentarios presentan exceso de masa corporal.

GRAFICO 14: Sedentarismo / Exceso de Masa Corporal
Sexo Masculino



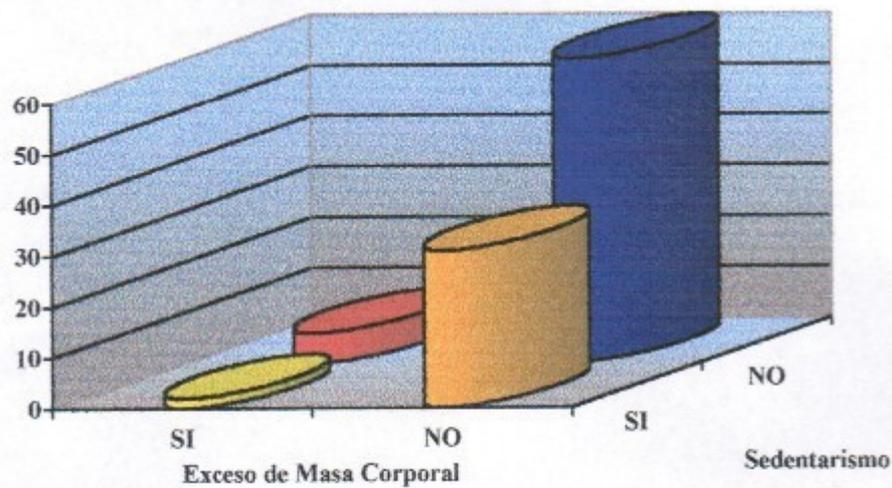
SEXO FEMENINO

Exceso de Masa Corporal

Sedentarismo	SI	NO	Total
SI	1 (2%)	15 (31%)	16 (33%)
NO	3 (6%)	29 (60%)	32 (67%)
Total	4 (8%)	44 (92%)	48 (100%)

El 2% de los sedentarios presentaron exceso de masa corporal.

GRAFICO 15: Sedentarismo / Exceso de Masa Corporal
Sexo Femenino



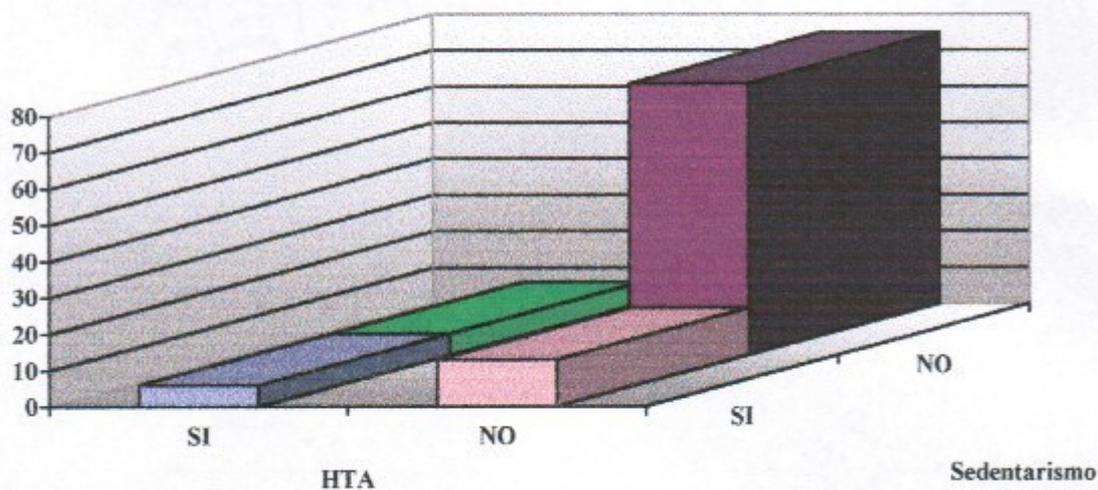
14. RELACION SEDENTARISMO / HIPERTENSION ARTERIAL:

SEXO MASCULINO

Sedentarismo	Hipertensión Arterial		Total
	SI	NO	
SI	1 (6%)	2 (13%)	3 (19%)
NO	1 (6%)	12 (75%)	13 (81%)
Total	2(13%)	14 (88%)	16 (100%)

El 6% de los sedentarios son hipertensos.

GRAFICO 16: Sedentarismo / Hipertensión Arterial
Sexo Masculino



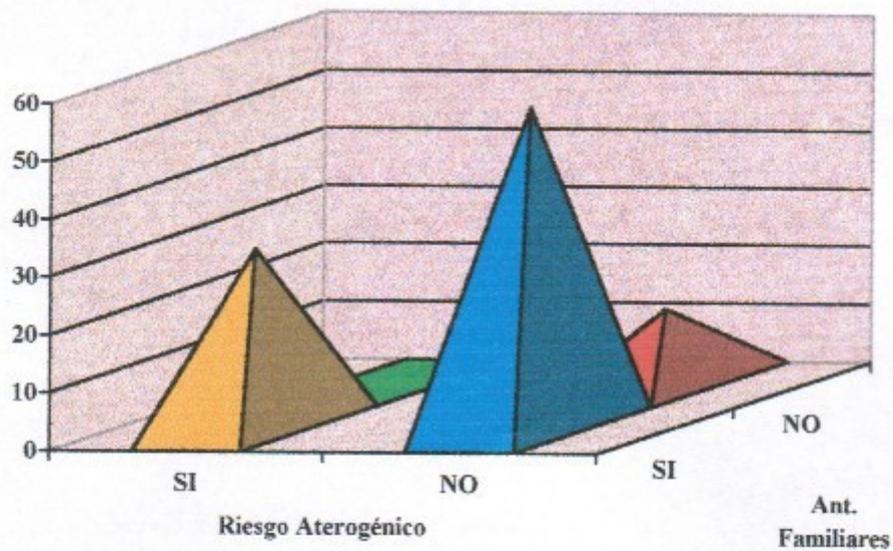
15. RELACION ANTECEDENTES FAMILIARES / RIESGO ATEROGENICO:

SEXO MASCULINO

Ant. Familiares	Riesgo Aterogénico		Total
	SI	NO	
SI	5 (31%)	9 (56%)	14 (88%)
NO	0	2 (13%)	2 (13%)
Total	5 (31%)	11 (69%)	16 (100%)

El 31% que presenta antecedentes familiares presenta riesgo aterogénico.

GRAFICO 17: Antecedentes Familiares / Riesgo Aterogénico
Sexo Masculino

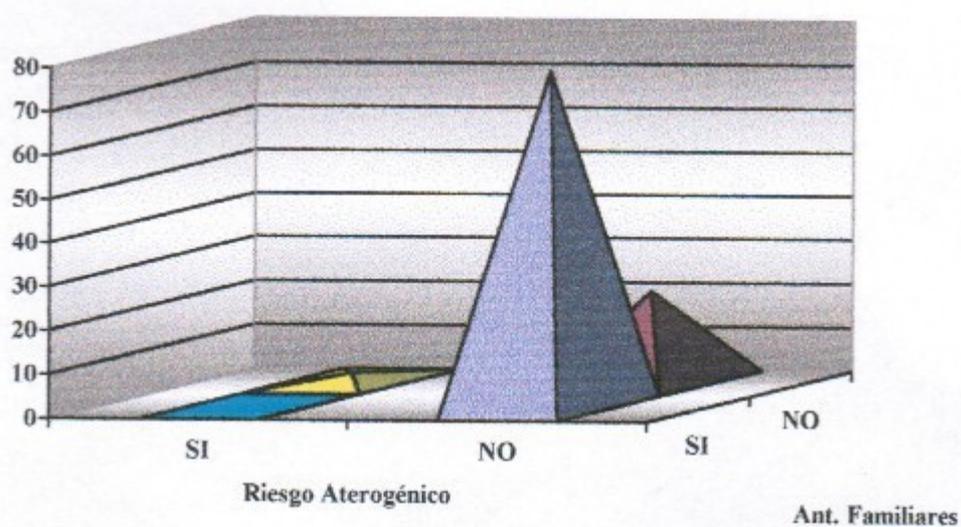


SEXO FEMENINO

Ant. Familiares	Riesgo Aterogénico		Total
	SI	NO	
SI	0	37 (77%)	37 (77%)
NO	1 (2%)	10 (21%)	11 (23%)
Total	1 (2%)	47 (98%)	48 (100%)

El 77% con antecedentes familiares no presenta riesgo aterogénico.

GRAFICO 18: Antecedentes Familiares / Riesgo Aterogénico
Sexo Femenino



ANÁLISIS DE DATOS

El análisis estuvo orientado por objetivos específicos e hipótesis alcanzándose los mismos, pudiéndose detectar Factores de Riesgo Cardiovasculares (FRCV) en los jóvenes, su predominio y las diferencias existentes en ambos sexos (Anexo N° 6).

Los datos relevantes de nuestra investigación fueron:

La muestra que se abordó comprendió 64 jóvenes universitarios, de los cuales el 75% pertenecían al sexo femenino (F) y el 25% al masculino (M).

Dentro del rango de edades establecidos la edad que más predominó fue de 19 años, con un total de 29,7% y un 21,7% correspondió a 20 años.

Un total de 78% de los jóvenes presentaron Antecedentes Familiares (AF) de Riesgo Cardiovascular. En el sexo F 77,1%, en donde el AF de predominio fueron Enfermedades Cardiovasculares (46,7%) y Dislipemia (30%). En relación al sexo M 81,3% presentaron AF de Riesgo Cardiovascular, teniendo en consideración que en este sexo se ve aumentado del 1,5 a 2 veces el riesgo de padecer Enfermedades Cardiovasculares (ECV), destacándose en este sexo Diabetes Mellitus (38,1%) y ECV (33,3%).

Los individuos con historia familiar de ECV se encuentran en una categoría de Riesgo Cardiovascular (RCV) más elevada.

En cuanto a los Antecedentes Personales (AP), se obtuvo que el 96,9% de la muestra no presentan FRCV, mientras que el 3,1% presentó por lo menos un FRCV.

Discriminado por sexo; el 93,8% del sexo M no presentó AP, mientras que el 6,25% restante sí lo presentó siendo éste Hipertensión Arterial (HTA). En el sexo F el 97,9% no presentó AP, mientras que el 2,1% restante sí lo presentó siendo Dislipemia.

Concordando con la bibliografía los jóvenes no presentaron en su mayoría AP.

En lo que respecta a la HTA el 3,1% presentaron Presión Arterial (PA) elevada, el 11% PA normal alta.

En el sexo F no se hallaron valores de PA elevados, presentando 6,3% con la PA normal alta.

En el sexo M el 12,5% presentó valores de PA elevada (HTA Estadio 1) y PA normal alta 25%. Si bien la HTA es el principal Factor de Riesgo (FR) modificables de las ECV no se obtuvo un porcentaje representativo, pero es importante destacar el elevado porcentaje de jóvenes que presentaron la PA normal alta, es un dato relevante ya que pueden progresar a futuros hipertensos. Por lo que es necesario la detección de este FR para disminuir la incidencia futura en su salud cardiovascular.

Ea cuanto al FR Obesidad, el 7,8% de los jóvenes de la muestra presentó sobrepeso, el 6,3 % obesidad, sumando estos resultados el 14,1% de los jóvenes presentan exceso de masa corporal. En el sexo F el 8,3% presentó sobrepeso.

En el sexo M el 25% son obesos y el 6,3 % presentó sobrepeso, sumando el 31,3 % de los jóvenes con exceso de masa corporal.

Sea la obesidad un FR CV independiente o asociado a otros FR si esta claro que propensa el desarrollo de ECV.

El exceso de masa corporal en etapas tempranas de la vida suele mantenerse en la edad adulta lo que resulta evidente el RCV en los jóvenes con este FR.

El 26,6 % de los jóvenes son Fumadores. Discriminado por sexo, en el sexo M el 25% presentaron el hábito tabaquico, en su mayoría en forma moderada (75%). En cuanto al sexo F el 27% presentaron el hábito en su mayoría en forma leve (53,8%).

El consumo de tabaco constituye el FR modificable independiente más importante en los jóvenes en el desarrollo de ECV.

Como lo muestra los porcentajes el consumo de tabaco es similar en ambos sexos, revelándonos lo que esta sucediendo actualmente en el mundo, en donde hay un aumento del hábito tabaquico en el sexo F.

Relacionado al Sedentarismo el 28,1 % de jóvenes son sedentarios.

En el sexo F el 31,3% son sedentarios y en el sexo M 18,8%. Este es un FR altamente prevenible a través de acciones sobre el joven que contribuyan a modificar conductas de riesgo.

Se observó una estrecha relación entre sedentarismo e HTA en el sexo M de un 33 %, también entre sedentarismo y exceso de masa corporal encontrándose esta relación en el 100% del sexo M y 6,25 % en el sexo F. Estas relaciones coinciden con lo establecido por la OMS que manifiesta que los modos de vida sedentarios duplican el riesgo de padecer ECV.

Con respecto a la Dislipemia: se obtuvo que el 9,4% de los jóvenes presentó riesgo aterogénico.

Discriminado por sexo, en el sexo M el 31,3 % se encontraron en situación de riesgo y en el sexo F el 2,1%. Estas cifras halladas de riesgo aterogénico resulta de alto RCV para estos jóvenes ya que se comprobó una firme asociación entre las concentraciones plasmáticas de Colesterol total y HDL, colesterol y el riesgo de enfermedad coronaria.

El 40% del sexo M que presentó exceso de masa corporal también presentó riesgo aterogénico, evidenciándose una alta frecuencia de asociación entre obesidad y riesgo aterogénico. También se observa en el mismo sexo la relación con AF en un 35,7%.

En cuanto a la Diabetes Mellitus, se obtuvo que el 100% de los jóvenes presentaron valores de glicemia dentro de los parámetros normales.

Se pudo observar a través de los datos prescudados que existen diferencias notorias en lo que respecta a la presencia de FR entre ambos sexos, existiendo un predominio en el sexo Masculino en todos los FRCV a excepción del sedentarismo.

CONCLUSIONES

El trabajo de investigación desarrollado se organizó en torno al objetivo general que consistió en describir los Factores de Riesgo Cardiovasculares en los jóvenes que concurren a la División Universitaria de la Salud (DUS).

Los puntos que serán abordados para concluir la investigación serán la presentación de la síntesis de los hallazgos y las limitaciones del estudio, así como reflexiones al respecto.

En lo que refiere a los objetivos planteados se constató la presencia de FRCV en los jóvenes que concurren a la DUS en dicho período, existiendo un predominio del FR Antecedentes Familiares; con estos hallazgos se pudo validar nuestra primera hipótesis.

También se identificó la existencia de diferencias entre la presencia de FRCV entre ambos sexos encontrándose un predominio en el sexo masculino, en cuanto a un mayor porcentaje en cada FRCV y un mayor número de estos; este hallazgo está en sintonía con la segunda hipótesis formulada.

La investigación desde el punto de vista metodológico tuvo sus limitaciones que son necesarias explicitar, el tipo de muestreo fue intencional, esto excluye toda posibilidad de generalizar los resultados de la investigación a todos los jóvenes que concurren a la DUS. Al no ser una muestra representativa el estudio carece de validez externa.

La información recabada en el estudio nos permitió conocer la presencia de cada FRCV en los jóvenes, siendo interesante en futuras investigaciones conocer sobre las conductas de riesgo cardiovascular de los mismos y así inferir en los hábitos específicos de cada joven.

Es importante destacar la validez que tiene la investigación con respecto al efecto social al cuidado de la salud en éstos jóvenes. En donde se pudo detectar FRCV con la finalidad en un futuro de prevenir ECV y así mejorar la calidad de vida de éstos jóvenes. Pudiéndose cumplir una de las metas de enfermería que es el cuidado de la salud.

En lo que respecta a las actividades llevadas a cabo en la recolección de datos, no se presentaron dificultades, contando con el apoyo y colaboración del equipo multidisciplinario perteneciente a la institución (DUS).

Para finalizar coincidimos con las conclusiones de la investigación realizada sobre “Factores de Riesgo Cardiovasculares en los Adolescentes que concurren al Centro Médico Deportivo” (2001); en la cual consideran necesario tener una visión global de los FRCV y no considerarlos y/o tratarlos de forma individual ya que lo fundamental es disminuir la intensidad de todos los FRCV con independencia de que sean poco importantes.

Es esencial recuperar aquí el fundamento que inspiró esta investigación. Las ECV constituyen la primer causa de morbimortalidad en nuestro país, sin embargo no existen programas o actividades enfocadas a la prevención de ECV dirigidos hacia los jóvenes. Si consideramos que las conductas y los hábitos se adquieren en edades tempranas de la vida, éstas tendrán importancia decisiva en la génesis de la morbimortalidad del adulto, haciéndose necesaria en esta etapa de la vida la intervención de Enfermería, abordando a los jóvenes desde una perspectiva integral considerando los estilos de vida, el ambiente físico y cultural y no solo los factores biológicos; estimulando la detección de riesgos en forma precoz y la modificación favorable de conductas de riesgo en los jóvenes con el propósito de preservar la salud.

SUGERENCIAS

Al tener en cuenta que la DUS tiene como objetivos principales la promoción y prevención de la salud, sería interesante que se integrara al equipo multidisciplinario, una Licenciada en Enfermería, la cual fuera responsable de la Consulta de Enfermería ya que es una instancia entre el usuario y el profesional de enfermería, sabiendo que la instrucción individual es el mejor método de educación para la salud.

La enfermera profesional desempeña un papel fundamental en primer nivel de atención y además cuenta con una estrategia en Atención Primaria de Salud (APS), que es la educación para la salud, que sirve a los profesionales para conseguir que la población tenga la capacidad de controlar, mejorar y tomar decisiones con respecto a su salud – enfermedad.

Dada la importancia que cobran las enfermedades cardiovasculares en nuestro país y considerando que la DUS brinda atención a un gran número de jóvenes, siendo ésta la etapa de la vida en donde el individuo se prepara para asumir la vida adulta con todas sus responsabilidades, incluyendo la de su propia salud. Sería conveniente que la institución realizara actividades de promoción de la salud que contribuyan a modificar conductas de riesgo cardiovasculares en los jóvenes.

BIBLIOGRAFIA

- ALFANO, M. T., DARDET, C. A. Enfermería comunitaria I. España, Masson- Salvat, 1992.
- ANDER-EGG, E., AGUILAR, M. J. Como elaborar un proyecto. Argentina, Instituto de Ciencias Aplicadas, 1989.
- BRONTS, C. Monografías clínicas en atención primaria. Texas, Doyma, 1991.
- CAJA, C., LOPEZ, R. Enfermería comunitaria III. Barcelona, Masson- Salvat, 1993.
- CANALES, F., PINEDA, E. B., ALVARADA, E. L. Metodología de la investigación. 2 a. ed. México, OPS- OMS, 1994.
- CANOBBIO, M. M. Trastornos cardiovasculares. Barcelona, Doyma, 1993.
- CARLEVARO, P. V. El protocolo de la investigación. Revista medica del uruguay. 1985, Vol 1, Nº 1.
- CASTILLO, B. / et al/ Manual de técnicas y procedimientos en enfermería . 2 a ed. Nicaragua, OPS- OMS, 1992.
- COMISION HONORARIA PARA LA SALUD CARDIOVASCULAR. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares en uruguay. Montevideo , 2002.
- CUIXAST, C. B. Factores de riesgo cardiovascular. Madrid, Doyma, 1991.
- DEPORTES Y BIENESTAR. Riesgos del sedentarismo. Publicado en: http://www.latinsalud.com/temas/riesgos_sedent.htm
- DICCIONARIO MOSBY. Medicina, enfermería y ciencias de la salud.5 a. ed. Madrid, Harcourt- Mosby, 2000.
- FUENTE, R., SÁNCHEZ, R. Educación para una vida saludable. Publicado en: <http://www.saludjoven.org/index/metodo.html>.

- FUNDACION DEL CORAZON. Factores de Riesgo la Prevención. Preguntas y respuestas publicado en: <http://www.fundaciondelcorazon.com/index-ie.html>".
- LONG, B. C., PHIPPS, M. J., CASSMEYER, U. L. Enfermería medico quirúrgica. 3 ed. Madrid, Harcourt Bracc, 1997.
- MARTÍNEZ, C. / et al / Factores de Riesgo de Enfermedades cardiovascular en jóvenes adultos. Publicado en: http://www.unme.edu.ar/eyt/2001/3-Medicinas/M_023.pdf.
- Mc ANARNEY, E. R. / et al / Medicina del adolescente. Buenos Aires, Panamericana, 1994.
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE CULTURA Y DEPORTE. Tabaco y jóvenes. Publicado en: http://cnico.meecd.es/recursos/jóvenes/op_07.htm.
- MONEDERO, CARMELO. Psicología evolutiva y sus manifestaciones psicopatológicas. 4ª.cd. Madrid, Biblioteca Nueva, 1982.
- OREM, D. Método de Orem. La teoría de enfermería del autocuidado. Barcelona, Masson – Salvat.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. Estilos de vida y juventud. Publicado en: www.centerfor.org.uy/jóvenes.
- PAGANA, K., PAGANA, T. Guías de prueba diagnóstica y de laboratorio. Madrid, Mosby, 1994.
- POLIF, D. F., HUNGLER, B. P. Investigación científica en ciencias de la salud. 4 a ed. México, Mc Graw- Hill Interamericana, 1997.
- SABINO, C. Como hacer una tesis. Buenos Aires, Humanitas, 1987.
- SOCIEDAD URUGUAYA DE CARDIOLOGIA. Revista Uruguaya de Cardiología.Vol. 5. 1990.

- UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA, INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERIA. Tesis "Factores de riesgo cardiovascular en adolescentes que concurren al centro medico deportivo. Montevideo, 2001.

- UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA, FACULTAD DE MEDICINA. La adolescencia, salud y enfermedad 2. Montevideo, Banda Oriental.

- ZURRO, A. M., CANO, J. F. Atención primaria de salud. 4 a ed. Barcelona, Harcourt, 1999. 1v.

ANEXOS

- ANEXO N° 1* - Marco Referencial
- ANEXO N° 2* - Consentimiento Informado
- ANEXO N° 3* - Instrumento de Recolección de Datos
- ANEXO N° 4* - Técnicas y Procedimientos de Enfermería
- ANEXO N° 5* - Actividad Informativa
- ANEXO N° 6* - Tabulación de Datos: Univariados
- ANEXO N° 7* - Cronograma de Actividades

MARCO REFERENCIAL

La División Universitaria de la Salud (DUS) se constituyó en febrero de 1992, dependiendo del Servicio Central de Bienestar Universitario, encontrándose sus antecedentes en los servicios creados a lo largo del tiempo por la Facultad de Medicina, a saber: el Dispensario Profiláctico Estudiantil 1942, el Servicio de Bienestar Estudiantil en 1946, las actividades de certificación médica presupuestadas desde 1947, la Oficina Médica creada 1952, y por último la Oficina Universitaria de la Salud, creada alrededor de 1970, como dependencia central.

La División tiene por objetivo principal la promoción de la salud entre la población universitaria, así como la realización de acciones propias de la prevención primaria y secundaria, como lo son las inmunizaciones, la selección de individuos con Factores de Riesgo y la detección precoz de enfermedades.

Su finalidad es programar, administrar, ejecutar, promover, difundir y evaluar las actividades en materia de la salud de los estudiantes y funcionarios de la Universidad de la República. Para ello cuenta con los Departamentos de Salud Ocupacional y Medicina Preventiva, y los Servicios de Asistencia Social y Psicología.

La DUS se encarga de realizar exámenes médico-preventivos que habilitan para la entrega del Carne de Salud Básico Nacional, determinaciones de aptitud Psicofísica, consultas por problemas de rendimiento escolar, de índole Psicológica o Social, así como certificaciones médicas de estudiantes y funcionarios, en consultorio y domicilio.

Brinda atención para la salud a través de diferentes Programas a estudiantes y funcionarios perteneciente a la Universidad, estos son:

- 1) Examen Preventivo Integral del Nivel de Salud.
- 2) Atención Bucal a Estudiantes Becarios.
- 3) Atención de Situación de Riesgo o Crisis.
- 4) Prevención de Accidentes Laborales en estudiantes.
- 5) Seguimientos de Casos.

1) – EXAMEN PREVENTIVO

Inicio a partir de 1992.

En él se aspira a lograr la evaluación periódica del nivel de salud de estudiantes y funcionarios en sus aspectos físicos y psíquicos, sociales, ocupacionales y académicas relacionado con los cargos que ocupan y las carreras que siguen.

Actualmente se jerarquizan aspectos físicos, procurando conocer otros aspectos de la salud. Con actividades como:

1. Recolección completa de datos filiatorios.
2. Prueba de laboratorio en sangre y orina.
3. Control de vacunas obligatorias y realización de inmunizaciones.
4. Control de peso, talla, presión arterial, agudeza auditiva y visual.
5. Examen odontológico.

6. Despistajes en el área de problemas sociales.
7. Despistaje de problemas de salud vinculados al trabajo.
8. Despistaje de problemas en el rendimiento académico.
9. Entrevista con médico de Medicina Preventiva (en busca de factores de riesgo y afecciones incipientes, fundamentalmente las más frecuentes en la población).
10. Entrevista médica de Salud Ocupacional.
11. Derivaciones a otros técnicos de la D.U.S, al Hospital de Clínicas o a mutualistas cuando los hallazgos del diagnóstico inicial así lo amerita.
12. Otorgamiento del carne de salud y/o de la aptitud funcional.

2)- ATENCION BUCAL A ESTUDIANTES BECARIOS.

Inicio a partir de 1999.

Este programa se lleva a cabo a través de un convenio realizado con el Servicio Central de Bienestar Universitario, D.U.S y Facultad de Odontología.

Objetivos:

- * Desarrollar actividades de promoción, recuperación y mantenimiento de la Salud Bucal de los estudiantes universitarios considerados de mayor riesgo.
- * Contribuir a la formación de estudiantes de facultad de odontología en pre y postgrado.

Los beneficiarios son estudiantes universitarios en situación socioeconómica desfavorable (becarios) los mismos deben abonar un arancel mínimo.

Los recursos para llevar a cabo dicho programa son aportados por la DUS y Facultad de Odontología.

3)- ATENCION DE SITUACION DE RIESGO O CRISIS

Inicio a partir de 1998.

Objetivos:

- * Desarrollar un espacio de trabajo común para la atención para las situaciones de riesgo o crisis de la población universitaria, docente, no docente y estudiantes.
- * Coordinar acciones desde el departamento de Salud Ocupacional.
- * Desarrollar pautas de atención planteadas: como en el área laboral, familiar, rendimiento estudiantil.

4)- PREVENCION DE ACCIDENTES LABORALES EN ESTUDIANTES.

Inicio a partir del 2000.

Objetivos:

- * Conocer los riesgos a los que están expuestos los estudiantes durante su participación en los cursos prácticos.
- * Identificar medidas de prevención que se deberían implantar a nivel primario, secundario y terciario.
- * Realizar acciones necesarias para eliminar o minimizar los riesgos.

5)- SEGUIMIENTO DE CASOS

Inicio a partir del 2000.

Objetivos:

- * Mantener el registro de aquellos funcionarios y estudiantes que presentan aptitud parcial o problemas de salud que afectan su normal desempeño.
- * Realizar el seguimiento preventivo a través del control regular de los usuarios ingresados al programa.
- * Evaluar si el usuario esta siendo atendido de acuerdo a sus necesidades.

INVESTIGACIONES

La DUS no tiene programas específicos de investigación, pero propicia las investigaciones por parte de sus funcionarios y también sirve de campo para llevar a cabo otras investigaciones.

Aspectos Generales de la DUS

La DUS esta realizando en este momento el examen médico preventivo aproximadamente a 5.500 personas por año, y certificaciones médicas aproximadamente 16.000 personas por año, mayoritariamente funcionarios.

Cabe destacar que la DUS tiene una larga experiencia en la prevención de la salud, para ello trabaja en equipo multidisciplinario observándose la ausencia del Licenciado en Enfermería.

Actualmente la DUS se encuentra en una etapa de transición en la que aun se jerarquizan los aspectos físicos, pero en la cual se procura conocer otros aspectos de la salud de cada usuario, actuando en consecuencia.

Consentimiento Informado

Por el presente deseamos su consentimiento para conocer si presenta Factores de Riesgo Cardiovasculares y así prevenir futuras afecciones cardiovasculares para optimizar su calidad de vida.

Si bien hoy lo ubicamos, los resultados de su proceso serán generales y anónimos.

Gracias.

Consentimiento

Contrafirma

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS DE
FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES

Entrevista a jóvenes de 19 a 25 años.

Fecha: / /

Nombre:

Teléfono:

1. *Sexo:* Masculino
 Femenino

2. *Edad* años

3. *Antecedentes familiares*

	Sí	No	No conoce
Enfermedades cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dislipemias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. *Antecedentes personales:*

	Sí	No	No conoce
H.T.A.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dislipemias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. *Presión Arterial*

Sistólica mmHg.
Diastólica mmHg.

Optima
Normal
Normal alta

Hipertensión
Estadio 1
Estadio 2
Estadio 3

6. Relación peso/talla

Peso (kg)

Talla (cm)

Peso normal

Sobrepeso

Obeso

Obesidad mórbida

7. Tabaquismo:

Si

Leve

Moderado

No

Severo

8. Sedentarismo:

Si

No

9. Valores en sangre de lípidos :

Colesterol total (mg/dl)

HDL - colesterol (mg/dl)

Índice de Castelli

10. Valores en sangre de glucosa:

Glicemia (mg/dl)

Normal

Hiperglicemia

Hipoglicemia

Observaciones:

TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Medición Peso y Talla

Condiciones Generales: el usuario debe estar con la menor cantidad de ropa posible, sin zapatos. Para la mujer tener en cuenta accesorios en la cabeza, broches, apliques. Verificar que el tallómetro y la balanza estén en condiciones de uso adecuadas.

Materiales:

- Balanza de pie.
- Tallómetro incorporado a la balanza.
- Sanitas o papel camilla, material de registro y lapicera.

Procedimiento:

- Explicar al usuario los procedimientos
- Lavado de manos.
- Solicitar que se quite los zapatos-accesorios y la mayor cantidad de ropa posible.
- Colocar sanitas o papel camilla sobre la balanza.
- Pedirle al usuario que se pare frente a la balanza, erguido, con los brazos al costado del cuerpo.
- Se observa el registro en la balanza.
- Se registra.
- Se solicita al usuario que se ponga de espalda a la escala de medición, erguido, con la mirada a la altura de los ojos, controlar que los talones estén en contacto con la escala de medición.
- Se baja el brazo horizontal móvil hasta la altura de la corona de la cabeza.
- Se pide al usuario que salga de la posición para visualizar mejor la escala.
- Se registra.

Medición Presión Arterial

Condiciones Generales: el usuario no debe haber fumado, ni realizado ejercicio físico previamente. No debe estar ansioso, ni dolorido.

El ambiente en el que aguarda el usuario debe ser tranquilo, confortable y con una temperatura agradable.

Verificar que la columna de mercurio esté en el nivel cero de la escala de medición previo a cada medición.

Materiales:

- Esfingomanómetro de mercurio
- Estetoscopio.
- Torundas de algodón
- Alcohol al 70 %
- Sillas
- Mesa
- Materiales de registro, lapicera.

Procedimiento:

- Explicar el procedimiento al usuario.
- Lavado de manos.
- Se pide al usuario que tome asiento, con la espalda apoyada, erguido, con los pies descansando sobre el piso.
- Se desnudará el brazo seleccionado, este reposará sobre la superficie de la mesa con la palma de la mano hacia arriba (posición anatómica), en estas condiciones reposará por 5 minutos.
- Se colocará un manguito de tamaño apropiado de manera que quede ajustado y su borde inferior este 3 cm. por encima del pliegue del codo.
- Limpiar el diafragma del estetoscopio con algodón y alcohol.
- Localizar por palpación el pulso de la arteria humeral en el pliegue del codo.
- Se colocará el diafragma del estetoscopio sobre el sitio donde se localizó el pulso arterial, sosteniéndolo firmemente con el pulgar, verificar que las olivas estén en contacto directo con los conductos auditivos del examinador.
- Verificar que la válvula esté cerrada, insuflar aire al brazalete hasta que la columna de mercurio ascienda por encima de 300 mmHg, donde se deja de percibir el pulso arterial.
- Se abre lentamente la válvula observando el descenso de la columna de mercurio, poner atención al primer, de dos o más ruidos consecutivos que indica las cifras de presión arterial sistólica.
- Dejar escapar el aire gradualmente hasta que escuche el último latido que indica la cifra de presión arterial diastólica.
- Abrir por completo la válvula dejando escapar el resto del aire del manguito.
- Si tiene dudas repita el procedimiento, dejando descansar al usuario por 2 minutos.
- Debe expresarse siempre las medidas obtenidas, evitando la tendencia al redondeo.
- Retirar el esfingomanómetro, limpie el equipo y déjelo ordenado.
- Registrar los valores obtenidos.

El esfigmomanómetro más recomendable es el de mercurio. Estos equipos si presentan la dotación de mercurio completa y está en adecuadas condiciones de higiene no necesitan ser calibrados. Lo que requieren es ser mantenidos en cuanto a la limpieza del tubo y filtro, eliminación de pérdidas y buen funcionamiento de las válvulas.

Cuando no se dispone de un manguito de tamaño adecuado, se obtiene cifras más ajustadas a la realidad colocando el manguito estándar (23 x 23 que admite una circunferencia braquial de hasta 32cm) en el antebrazo y auscultando la arteria radial (Según información tomada del Primer Consenso Uruguayo sobre Hipertensión Arterial).

Extracción Glicemia y Colesterolemia

Condiciones Generales:

- Verificar que el individuo presente las horas de ayuno indicadas.
- Brindar ambiente tranquilo.

Materiales:

- Jeringas
- Agujas
- Guantes
- Silla
- Mesa
- Tubos con heparina o EDTA
- Tiras reactivas para glicemia Accutrend Sensor de Roche
- Tiras reactivas para colesterol Reflotron Cholesterol de Roche
- Tiras reactivas para HDL Cholesterol Reflotron de Roche
- Testador glicemia Accutrend Sensor de Roche
- Testador colesterol Reflotron Cholesterol de Roche
- Pipetas de vidrio
- Algodón
- Alcohol al 70%
- Ligadura.

Extracción de sangre

- Preparar bandeja con todo el material necesario
- Explicar el procedimiento al usuario
- Lavado de manos
- Ubicar al usuario en posición cómoda, se desnuda el brazo, se pide que apoye sobre la mesa en posición anatómica
- Seleccionar una vena, las más utilizadas son las del pliegue del codo (vena mediana cefálica, vena mediana basilica)
- Colocar la ligadura unos 10 cm por encima del lugar de punción
- Palpar la vena seleccionada
- Colocarse los guantes
- Desinfectar la zona a puncionar con movimiento circular de adentro hacia fuera, se deja secar la zona
- Retirar el protector de la aguja, y se introduce la misma en vena, en un ángulo de 15 grados, con el bisel de la aguja hacia arriba.
- Llevar el émbolo hacia atrás, llenando la jeringa con 8 cm. de sangre
- Retirar la ligadura
- Aplicar una torunda de algodón, ejerciendo una suave presión sobre el borde de la aguja y se retira
- Presionar el sitio de punción con algodón y cinta adhesiva
- Durante el procedimiento se observa al usuario por cualquier reacción.

Medición de Colesterol

- Extraer sangre según el procedimiento.
- Colocar 3 cm. de sangre en un tubo con heparina.
- Centrifugar (5 minutos)
- Extraer con una pipeta suero del tubo.
- Quitar la banda de protección del portareactivo.
- Colocar la muestra como gota en el centro de la parte roja donde se encuentra el reactivo, sin tocar la zona con la punta de la pipeta.
- Verificar que el testador de colesterol este en adecuadas condiciones de uso, así como ajustar los portarreactivos según su código.
- Luego de 15 segundos introducir el portareactivo horizontalmente en el testador de colesterol.
- Se obtienen los resultados a los 3 minutos.
- Registrar.

Medición de HDL

- De la misma muestra de sangre que fue centrifugada se extrae con una pipeta plasma.
- Retirar la lámina de protección del portareactivo
- Aplicar en la localización central sobre la parte roja de la zona de aplicación en forma de gota
- Introducir el porta reactivos horizontalmente (plazo de 15 seg) con la tapa abierta en la ranura provista
- Cerrar la tapa
- Luego de 1.5 minutos de obtienen los resultados
- Registrar

Medición de Glicemia

- Extraer sangre según el procedimiento.
- Verificar que el testador de glicemia esté en adecuadas condiciones de uso, así como ajustar la tirilla según su código.
- Introducir la tirilla en la ranura del testador de glicemia.
- Cuando indique el testador colocar la gota de sangre en la ranura amarilla de la tirilla.
- Luego de 30 segundos se obtiene el resultado.
- Registrar el valor obtenido.

**ACTIVIDAD INFORMATIVA A LOS JOVENES DE LA DIVISION
UNIVERSITARIA DE LA SALUD (D.U.S).**

Objetivo General:

- * Brindar información sobre los Factores de Riesgo Cardiovasculares a los jóvenes de la D.U.S.

Objetivos Específicos:

- * Informar verbalmente sobre Factores de Riesgo Cardiovasculares.
- * Entregar material de Folleteria.

Meta:

Informar al 100% de los jóvenes (19-25 años) de la muestra seleccionada de la D.U.S en el periodo comprendido Abril 2003.

Metodología:

Se seleccionó la Metodología Participativa.

Actividad:

Se propiciará una instancia con los jóvenes seleccionados a los cuales se les brindará información general sobre los Factores de Riesgo Cardiovasculares en estudio. Posteriormente se le hará entrega de folletos.
Espacio para dudas o preguntas.

Tiempo:

Cinco minutos.

Recursos Humanos:

1 estudiante de Licenciatura en Enfermería.

Recursos Materiales:

Planta Física
Folletos

Información que se brindará:

Las Enfermedades Cardiovasculares ocupan actualmente la primera causa de morbi – mortalidad en la población adulta en nuestro país.

Existen factores que condicionan o aceleran la aparición de estas enfermedades, ellos se denominan Factores de Riesgo Cardiovasculares (F.R.C.V.).

Por tanto es importante evitar y controlar estos Factores de riesgo a edades tempranas de la vida y así poder disminuir la aparición de enfermedades cardiovasculares en la vida adulta. Enfermedades como infarto agudo del miocardio, arteriopatías, infarto cerebral, etc.

Los (F.R.C.V) son:

- Antecedentes Familiares.
- Antecedentes Personales
- Sedentarismo
- Hipertensión Arterial
- Dislipemias (Ej: Cerebrovasculares)
- Diabetes Mellitus
- Tabaquismo
- Obesidad

Como vemos algunos de los factores los podemos modificar o evitar y otros no.

Ejemplo: Tabaquismo → es mejor no consumirlo, de lo contrario disminuir el consumo.

Dieta → consumir frutas, verduras y carnes magras (pollo, pescado).

Sedentarismo → realizar ejercicios como caminatas.

El control de los F.R.C.V sumado a un examen médico periódico es favorable para su salud.

NO SE DEBE OLVIDAR QUE CADA UNO DE NOSOTROS ES RESPONSABLE DEL CUIDADO DE SU SALUD.

TABULACION DE DATOS I
TABLAS UNIVARIADAS

Distribución según Sexo

Sexo	FA	FR %
Masculino	16	25
Femenino	48	75
Total	N = 64	100%

Distribución según Antecedentes Familiares en ambos sexos

Antecedentes Familiares	FA	FR %
SI	50	78,1
NO	14	22
Total	N = 64	100%

Distribución según Antecedentes Personales en ambos sexos

Antecedentes Personales	FA	FR %
SI	2	3,1
NO	62	96,9
Total	N = 64	100%

Distribución según valores de Presión Arterial en ambos sexos

Presión Arterial	FA	FR %
Optima	40	62,5
Normal	15	23,4
Normal Alta	7	11,0
Hipertensión		
Estadio 1	2	3,1
Estadio 2	-	-
Estadio 3	-	-
Total	N = 64	100%

Distribución según índice aterogénico en ambos sexos

Índice Aterogénico	FA	FR %
< 4,5	58	91
> 4,5	6	9,4
Total	N = 64	100%

Presencia de riesgo aterogénico si el índice de Castelli es mayor a 4,5.

Distribución según glicemia en ambos sexos

Glicemia	FA	FR %
Normal	64	100
Hiperglicemia	-	-
Hipoglicemia	-	-
Total	N = 64	100%

Distribución según tabaquismo en ambos sexos

Tabaquismo	FA	FR %
SI	47	73,4
NO	17	26,6
Total	N = 64	100%

Distribución según exceso de masa corporal en ambos sexos

Exceso de masa corporal	FA	FR %
Peso Normal	55	86
Sobrepeso	5	7,8
Obeso	4	6,3
Obesidad Mórbida	-	-
Total	N = 64	100%

Distribución según sedentarismo en ambos sexos

Sedentarismo	FA	FR %
SI	18	28,1
NO	46	71,9
Total	N = 64	100%

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Setiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Selección del Tema y Problema																																								
Revisión Bibliográfica																																								
Elaboración del Protocolo																																								
Recolección de Datos																																								
Tabulación y Análisis de Datos																																								
Informe Final																																								

