



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

ESTUDIO DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES ASOCIADOS EN UNA POBLACIÓN HIPERTENSA DE UNA INSTITUCIÓN MUNICIPAL DE MONTEVIDEO-URUGUAY

AUTORES:

Br. Claudia, Gandini
Br. Ferradaz, Silvana
Br. González, Elisa
Br. Piccardo, Luciana
Br. Pesce, Gabriella

TUTOR:

Lic. Enf. Rocha, Fanny

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

Montevideo, 1999

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	2
2.1 ENFOQUE DE RIESGO	2
2.1.1 Factores de riesgo cardiovascular no modificables	2
2.1.2 Factores de riesgo cardiovascular modificables	2
2.2 DATOS DE INVESTIGACIONES EPIDEMIOLÓGICAS REALIZADAS EN EL PAÍS DESDE 1981	4
2.3 ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	6
3. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	8
4. OBJETIVOS	8
4.1 GENERALES	8
4.2 ESPECÍFICOS	8
5. VARIABLES	9
5.1 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	9
5.2 DEFINICIÓN DE VARIABLES	9
5.3 FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES	9
5.4 FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES	9
5.5 FACTORES ASOCIADOS	10
6. DISEÑO METODOLÓGICO	12
6.1 TIPO DE ESTUDIO	12
6.2 UNIVERSO Y MUESTRA	12
6.3 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y ELABORACIÓN DEL INSTRUMENTO	12
6.4 PROCEDIMIENTOS	12
7. PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	14
8. ANÁLISIS	19
9. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	21
10. BIBLIOGRAFÍA	22
ANEXOS	24

1. INTRODUCCIÓN

El presente informe fue realizado por cinco estudiantes de la Licenciatura en Enfermería, del Instituto Nacional de Enfermería, generación '93, quienes habiendo cursado el último semestre de actividad curricular, eligieron el estudio de los Factores de Riesgo cardiovasculares que permiten tipificar la población en estudio, como tema de investigación para presentar su tesis final.

Es de fundamental importancia el conocimiento de los mismos, para implementar programas educativos, con el objetivo de promover conductas saludables.

Constituye un factor de riesgo cardiovascular la Hipertensión Arterial (HA). Ésta es la enfermedad crónica más frecuente en la población adulta y anciana del Uruguay. El 25% de la población adulta mayor de 18 años en nuestro país es hipertensa.

La prevalencia aumenta en relación con la edad, de modo que los grupos etárcos mayores de 60 años alcanzan de un 58 a 60%.

La asociación de la HA con otros factores de riesgo cardiovasculares potencian el riesgo de afecciones cardiovasculares. Dada esta situación es necesario desarrollar estrategias que estén dirigidas a detectar y tratar fundamentalmente a individuos hipertensos en una etapa inicial de la enfermedad. Es en esta etapa que se puede normalizar las cifras de presión arterial con la adopción de hábitos de vida saludables o tratamiento no farmacológico.

Enfermería cumple un papel importante, en actividades de promoción, prevención y educación para la salud. Al estar en contacto muy estrecho con la población, puede ser el impulsor de cambios de hábitos y conductas que favorezcan una mejor calidad de vida.

Es por esto que se consideró necesario implementar un estudio descriptivo para conocer los factores de riesgo cardiovasculares a los cuales está expuesta la población en estudio e identificar otros factores de riesgo asociados de dicha población.

Fue seleccionado como método de recolección de datos una encuesta semiestructurada que se aplicó a la muestra poblacional de los usuarios hipertensos de la Policlínica del Sindicato Autónomo del Ómnibus (SAO) de la IMM, mediante visita domiciliaria.

El hallazgo muestra la existencia de factores de riesgo cardiovasculares asociados a la HA en la población estudiada. Las características de los usuarios hipertensos no difieren en general del perfil descripto en investigaciones anteriores.

2. MARCO TEÓRICO

Para la realización del presente trabajo se tienen en cuenta diferentes conceptos teóricos relacionados al tema en estudio. Los mismos se desarrollan a continuación.

2.1 ENFOQUE DE RIESGO

Se considera al enfoque de riesgo como un método de trabajo en la atención de la salud de personas, las familias y las comunidades basado en el concepto de riesgo. Este se define como la probabilidad que tiene un individuo o un grupo de individuos de sufrir en el futuro un daño en su salud. Se basa en la observación de que no todas las personas, las familias y las comunidades tienen la misma probabilidad o riesgo de enfermar o morir, sino que para algunos esta probabilidad es mayor que para otros.

Factor de Riesgo: es la característica o atributo cuya presencia o ausencia en el individuo se asocia con un aumento de la probabilidad de padecer el daño.

2.1.1 Factores de riesgo cardiovasculares no modificables

Entre los factores de riesgo cardiovasculares encontramos:

- a) Herencia: el poseer antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular puede incrementar los riesgos de contraer la misma.
- b) Edad: es un factor que incrementa el riesgo de contraer una enfermedad cardiovascular especialmente por encima de los 50 años.
- c) Raza: se ha comprobado que la prevalencia de hipertensión es mucho mayor en los negros que en los blancos (15).
- d) Sexo: los hombres experimentan hipertensión con más frecuencia y a una edad más temprana que las mujeres (15).

2.1.2 Factores de riesgo cardiovasculares modificables

Entre los factores de riesgo modificables tenemos:

- a) Tabaquismo: las personas que fuman tienen de 2 a 3 veces mayores probabilidades de desarrollar enfermedades del corazón que las personas que no fuman.
- b) Sedentarismo: la inactividad puede causar sobrepeso, hipertensión arterial, niveles de colesterol elevados, aumentando así el riesgo de adquirir enfermedad coronaria y cerebrovascular.
- c) Hipercolesterolemia: el LDL puede depositarse en las paredes de las arterias contribuyendo a la formación de placas de ateroma (arteriosclerosis). La disminución

del HDL aumenta los riesgos de enfermedades cardiovasculares ayudando al depósito de LDL a nivel arterial.

- d) Diabetes: es una enfermedad que contribuye al deterioro en el aparato circulatorio.
- e) Obesidad: es causa indirecta de enfermedad coronaria porque influye sobre la presión arterial, los niveles de colesterol, triglicéridos y predisponen a la aparición de diabetes.
- f) Menopausia: aumenta el riesgo de adquirir enfermedades cardiovasculares por alteraciones hormonales, fundamentalmente el descenso del nivel de estrógenos en sangre.
- g) Consumo de anticonceptivos orales: pueden aumentar el riesgo cardiovascular, sobre todo si presenta los factores de riesgo antes mencionados.
- h) Estrés: produce un aumento de la PA, de la frecuencia cardíaca y del índice de coagulación sanguínea (15).
- i) Hipertensión arterial: es la elevación intermitente o continua de la Presión Sanguínea Sistólica o Diastólica. Es la causa principal del accidente cerebro-vascular, la enfermedad cardíaca y la insuficiencia renal.
La Presión Arterial está determinada por el gasto cardíaco y las resistencias vasculares periféricas, por lo tanto refleja el volumen de sangre y la elasticidad de las paredes arteriales.
La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera hipertenso a todo individuo que presente en más de una oportunidad, cifra de Presión Arterial Sistólica (PAS) igual o superior a 160 mmHg y/o de Presión Arterial Diastólica (PAD) igual o superior a 95 mmHg.
Los valores de PA comprendidos entre 140 y 150 y/o de PAS entre 90 y 94 mmHg son los casos de HA límite, y se considera Presión Arterial Normal o Normotenso, siempre que la PAS se encuentre por debajo de los 140 mmHg y su PAD sea inferior a los 90 mmHg (2).
Etiología: la **Hipertensión Arterial primaria o Esencial**, es la forma más común, es responsable de 90% de todos los casos clínicos de hipertensión, sin embargo sus causas exactas no están claras.
La **Hipertensión Secundaria** se refiere a la PA elevada relacionada con alguna alteración; las causas más comunes son: insuficiencia renal, enfermedad reno-vascular, empleo de ACO en mujeres, trastornos en el parénquima renal, enfermedad arterio-renal, trastornos metabólicos y endócrinos, etc. (2).
Las complicaciones más frecuentes son: crisis hipertensivas, enfermedad arterial coronaria, enfermedad cerebro-vascular (Accidentes Vasculares Encefálicos), enfermedad renal, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad vascular periférica, aneurisma y disección de la aorta, muerte súbita.
Accidente Vascular Encefálico (AVE) es una de las enfermedades neurológicas más frecuentes.

En nuestro país la mortalidad por AVE, para el año 1989, llegó a 3461 casos. La morbilidad es muy elevada y de gran importancia sanitaria, social y económica, dada la invalidez y dependencia que dejan sus secuelas.

La HA se asocia frecuentemente, y potencia el riesgo en afecciones tales como: la diabetes y la obesidad.

La posibilidad de tratamiento no farmacológico o farmacológico, depende de varios factores, de forma que en algunos casos pueda ser tratada sin medicación, éste ha demostrado su eficacia en el tratamiento de todo usuario hipertenso.

Estas medidas son de gran importancia no sólo porque permite el control de la HA sino que contribuye a reducir otros factores de riesgo CV, así como prevenir enfermedades CV y otras enfermedades crónicas (13).

2.2 DATOS DE INVESTIGACIONES EPIDEMIOLOGICAS REALIZADAS EN EL PAIS DESDE 1981

Muy ilustrativo para el desarrollo de esta investigación, es el conocimiento de los datos provenientes de diferentes investigaciones epidemiológicas que se han llevado a cabo en nuestro país desde 1981 (6) :

- 1981. Paysandú. Sobre una muestra de 1501 personas concurrentes a servicios médicos (usuarios y funcionarios), 13,4% eran hipertensos (160/95 mmHg o más). La incidencia aumentó con la edad (50% en mayores de 60 años). 75% de los hipertensos no estaban controlados.
- 1986. Montevideo. Encuesta de HA sobre una muestra al azar de 1% de la población (1392 personas), organizada por el Comité de HA de la Sociedad Uruguaya de Cardiología. Para un nivel de corte de 160/95, se encontró una prevalencia estandarizada de 26%, siendo de 38,5% si los criterios de HA se fijaban en 140/90 mmHg o superiores. 71% no estaban controlados. La prevalencia aumenta con la edad: 58% en personas mayores de 60 años.
- 1987. Rosario y Palmita, Uruguay. La prevalencia de HA (nivel 160/90 mmHg) en estas dos encuestas domiciliarias fue de 42% y 46% respectivamente. En ambas situaciones existe un sesgo con respecto a los datos de la encuesta de Montevideo dado por el mayor número de personas con edad avanzada.
- 1991. Montevideo. Encuesta de detección de Enfermedades Cardiovasculares. Sobre una muestra de 866 usuarios. En relación a los factores de riesgo se halló un 67% de encuestados que desconocen sus cifras de colesterol; mientras que el 83,8% de los hipercolesterolémicos desconocen su situación. Se observó una incidencia de HA de 10,3%. Los usuarios hiperglucémicos significaron el 5,4% del total, de ellos, el 70,2% desconocían su situación. En relación a la regularidad del control médico se halló que el 61% de los encuestados no tiene control médico voluntario. Uno de cada cuatro postulantes presentó dos o más factores de riesgo y/o alguna alteración cardiovascular.

- 1991. Tacuarembó. Primera encuesta sobre población rural. Sobre 913 personas encuestadas (nivel de corte 160/95 mmHg) la prevalencia de Ha fue de 37,2%.
- 1993. Rivera. Prevalencia de HA (nivel 160/95 mmHg): 25,7%.
- 1993. San José. Estudio Poblacional según Factores de Riesgo Cardiovascular. Sobre una muestra de 978 usuarios que concurren a efectuar examen médico laboral.
Se halló un 7,16% de usuarios con HA.
En relación a la obesidad con ligero predominio del sexo femenino, se encontró un 24,13% de obesos.
Usuarios con cifras de colesterolemia por encima de 200mg/ml, se constata un 39,0%.
En cuanto al tabaquismo un 43,3% de los encuestados son fumadores, de ellos 22,9% son fumadores leves, siendo fumadores intensos 7,1%.
- 1996- 1997. Montevideo. Encuesta en curso. Encuesta de seguimiento de 10 años de Montevideo, 1986 sobre los mismos habitantes ya encuestados. Los datos preliminares indican mantenimiento de la prevalencia encontrada anteriormente.
- 1996- 1997. Montevideo. Encuesta en curso, Departamento de Cardiología de la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos. Datos preliminares sobre 1456 personas indican una prevalencia (nivel de corte 140/90 mmHg) de 36%.

Puede observarse, en las distintas zonas del país, la alta prevalencia de la HA en todas las muestras: 25% a 46% con la excepción de la encuesta de Paysandú.

La elevada prevalencia de la HA se mantiene en niveles similares para las distintas regiones de nuestro país.

Los estudios arriba señalados indican que el adecuado control de los pacientes con HA oscila entre 15% y 29%.

Las cifras antes mencionadas no reflejan la verdadera magnitud de la HA como causa de muerte.

2.3 ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Definición de APS (Atención Primaria de Salud): la conferencia de la OMS- Unicef (Organización Mundial de la Salud) de Alma Ata definió la APS como: " La asistencia esencial basada en métodos y tecnologías prácticas científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesto 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 pueda soportar, en todos y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

La atención primaria es parte integrante tanto del sistema nacional de salud del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

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

La función del equipo de salud en el control comunitario de la HA en sus diferentes aspectos (detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento) es la clave en el control de éste y otros factores de riesgo CV.

La mayoría de los hipertensos pueden y deben ser controlados desde la Atención Primaria, por lo que la colaboración entre el personal de enfermería y médico es imprescindible para conseguir un modelo de atención eficiente.

La responsabilidad de enfermería en la Atención Primaria en relación con la HA se concretaría en:

- a) Detección de casos de forma oportuna según la estrategia elegida por el equipo.
- b) Evaluación periódica del usuario.
- c) Control de la PA de los usuarios durante las consultas.
- d) Educación sanitaria.
- e) Visitas domiciliarias.

En caso del personal médico su responsabilidad abarcaría:

- a) Detección de casos en forma oportuna según la estrategia elegida por el equipo.
- b) Realización de toma PA necesarios para su diagnóstico.
- c) Educación sanitaria.
- d) Diagnóstico de HA y su tipificación.
- e) Instauración del tratamiento.

La educación sanitaria del usuario hipertenso es responsabilidad tanto de enfermería como del médico. Pero es indiscutible que dada la mayor frecuencia de la visita de control de enfermería, la educación sanitaria constituye una de las labores más importantes a realizar por estos profesionales.

La discusión y valoración conjunta de los problemas detectados en el seguimiento de estos usuarios son imprescindibles para el abordaje en el trabajo en equipo.

Enfermería se plantea como estrategias de prevención y detección de usuarios con afecciones CV y sus factores de riesgo, las siguientes:

- Actuar a través de actividades educativas y de asistencia, tendientes a favorecer el autocuidado para mantener una calidad de vida digna.
- Reclutar en la comunidad personas interesadas para llevar a cabo actividades de concientización y sensibilización.
- Capacitar al personal de enfermería para la detección y atención de personas con problemas CV en la comunidad.
- Participar en el desarrollo de programas educativos dirigidos a la prevención de enfermedades CV disponiendo de material educativo y coordinando con los organismos correspondientes a la promoción.
- Promover la participación de enfermería en equipos interdisciplinarios, para actuar en el problema de enfermedades CV.
- Establecer una organización de enfermería para participar en la atención de los problemas CV.
- Participar en la detección de los factores de riesgo y en la identificación de signos y síntomas que orienten el diagnóstico y apoyen el tratamiento médico.

No todos los usuarios tienen la mismas probabilidades de desarrollar enfermedad coronaria, se entiende como factor de riesgo aquellos hábitos, caracteres y anomalías que se acompañan de aumento en la susceptibilidad para desarrollarla. Es decir, que se trata de un predictor estadístico de la enfermedad que puede estar o no relacionado con ella (9).

3. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

¿ Cuáles son los factores de riesgo cardiovasculares asociados que presentan la población de usuarios hipertensos que se atienden en la Policlínica del Sindicato Autónomo del Ómnibus (SAO) de la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM), en el período comprendido desde el 23 de noviembre de 1998 al 21 de setiembre de 1999?

4. OBJETIVOS

4.1 GENERALES

- Conocer la población en estudio según factores de riesgo cardiovasculares a los cuales está expuesta.
- Determinar otros factores de riesgo asociados.

4.2 ESPECIFICOS

- Determinar los factores de riesgo cardiovasculares modificables presentes en la población.
- Identificar los factores de riesgo cardiovasculares no modificables.
- Conocer algunos factores socioeconómicos y culturales de la población en estudio.

5. VARIABLES

5.1 IDENTIFICACION DE VARIABLES

Las variables principales estudiadas según el problema y los objetivos fueron: población de hipertensos y factores de riesgo CV.

5.2 DEFINICION DE VARIABLES

Población de hipertensos; definiéndolos como aquellos individuos que tienen un diagnóstico de hipertensión y poseen una historia clínica en la policlínica.

Factores de riesgo CV; son aquellos hábitos, características o atributos cuya presencia en la población se asocia con un aumento de la probabilidad de padecer un daño (17).

5.3 FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

Dimensiones:

Sexo, condición orgánica que distingue el hombre de la mujer. Se mide en dos categorías femenino o masculino.

Edad, número de años cumplidos, (medida en años).

Raza, casta o calidad del origen o linaje (blanco, negro).

Antecedentes familiares, antecedentes de HA presente y/o pasado de familiares directos (padre, madre, otros).

Antecedentes personales, patologías médicas ocurridas hasta el momento de la encuesta (diabetes, IAM, ACO, hipercolesterolemia, otros).

5.4 FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Dimensiones:

Actividad física, comprende las tareas moderadamente activas, deportes, caminatas, etc. Se considera sedentario aquella persona que practica ejercicios menos de tres días en la semana y que su duración es menor de 20 minutos diarios. Activa es aquella persona que practica ejercicios más de tres veces a la semana y que su duración es mayor o igual a 20 minutos.*

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERIA
BIBLIOTECA
HOSPITAL DE CLINICAS
AV. ITALIA 300 3er PISO
MONTAVIDEO - URUGUAY

00457 9

Consumo de tabaco. Se considera fumador aquella persona que consume tabaco o que abandona el hábito en un período menor a un año al momento de la encuesta. Se medirá en tres categorías: 1) No fumador, no consume ni está expuesto al humo de cigarrillo.

2) Fumador leve, consumo menor a 10 cigarrillos/ día. 3) Fumador intenso, consumo de 10 o más cigarrillos/ día.**

Consumo de alcohol. Se mide en cuatro categorías: 1) No consume. 2) Alcoholismo leve o social, 1 o 2 medidas/ día. 3) Alcoholismo moderado, 3 a 5 medidas/ día. 4) Alcoholismo intenso, 6 o más medidas/ día.

Una medida de alcohol consiste en: 30 ml de alcohol fuerte (whisky o similar); 125 ml de vino (un vaso mediano); 360 ml de cerveza (una jarra).*

Dieta, incorporación de alimentos con contenido graso y/o sodio. Se consideran las siguientes categorías: 1) Elabora comidas con sal, 2) Agrega sal a las comidas ya elaboradas, 3) Consume fiambres embutidos, quesos, 4) Frita las comidas.

Estrés, experiencias en las que se produce tensión debido a situaciones que exigen un esfuerzo, un afrontamiento y un nivel de adaptación por parte del individuo. Se mide teniendo en cuenta los siguientes signos y síntomas: 1) Alteración del sueño, 2) Alteración en la comunicación, 3) Alteración en la memoria, 4) Miedo, 5) Dolores musculares, 6) Cefaleas.

Obesidad, índice de masa corporal igual o mayor a 27, su valor se calcula dividiendo el peso por la talla al cuadrado. *

Control de Salud. La consulta con diferentes técnicos para valorar su evolución. Se consideran las siguientes categorías para el último control: 1) Menor a 1 mes; 2) De 1 a 6 meses; 3) Más de 6 meses; 4) No recuerda.

Realizado con: cardiólogo, medicina general, enfermería, otros.

Cumplimiento del tratamiento farmacológico, en individuos con indicación del mismo. Se consideran las siguientes categorías: 1) Continuo: cumple el tratamiento medicamentoso en forma indicada; 2) Irregular: realiza supresiones en la ingesta de medicación de un día a una semana; 3) No cumple: realiza supresiones mayores a una semana.

5.5 FACTORES ASOCIADOS

Dimensiones

Estado civil, situación en que está una persona, clase o condición. Clasificados en: 1) Soltero, 2) Casado, 3) Viudo, 4) Divorciado, 5) Unión libre.

Cobertura Asistencial, servicio y/o institución a la cual recurre a solicitar atención de salud: 1) IMM, 2) Salud Pública, 3) Mutualista, 4) Otros.

Ocupación Principal, actividad actual a la que dedica más tiempo: 1) Profesional,

2) Estudiante, 3) Empleado, 4) Ama de casa, 5) Jubilado, 6) Desempleado.

Nivel de Educación, número de años aprobados al momento de la entrevista. Se consideran las siguientes categorías: 1) No curso, 2) Primaria incompleta, 3) Primaria completa, 4) Secundaria incompleta, 5) Secundaria completa, 6) Terciaria.

Situación socioeconómica, se deben integrar las condiciones de la vivienda, ingresos, salud, educación, alimentación y/o otras (vestimenta, vacaciones, etc. de la persona encuestada).

Se medirá en las siguientes categorías:

- 1) Acomodada: cuando estén satisfechos todos los aspectos mencionados sin limitaciones.
- 2) Media: están cubiertos todos los aspectos básicos.
- 3) Modesta: existen limitaciones moderables en uno o dos aspectos de los antes mencionados.
- 4) Mala: presenta carencia en la mayoría de los aspectos analizados o algunos muy graves.***

*Extraído de: Programa Nacional de Enfermedades Cardiovasculares. M.S.P.. Dirección general de la salud. División promoción Salud. Detección y control de factores de riesgo.

** Extraído de: Programa Nacional de Enfermedades Cardiovasculares. M.S.P. Estudio poblacional según factores de riesgo cardiovasculares.

***Extraído de :Programa Nacional de Enfermedades Cardiovasculares M.S.P. Estudio epidemiológico sobre hipertensión arterial.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Según el problema y los objetivos planteados, el estudio es de tipo descriptivo, con un corte transversal.

Se considera descriptivo porque el objetivo es conocer la existencia de factores de riesgo CV a los cuales está expuesta la población en estudio e identificar otros factores de riesgo asociados.

Es transversal porque se recogieron los datos en un momento dado.

6.2 UNIVERSO Y MUESTRA

La población universo de estudio está constituida por el total de los hipertensos que se atiende en la policlínica SAO de la IMM, los que llegan a un número de 300; dato proporcionado por médicos de la policlínica, obtenido en un relevamiento realizado en el año 1998.

Para la realización del estudio se seleccionó una muestra representativa en forma probabilística aleatoria estratificada al azar simple, siendo la misma el 10 % del universo.

6.3 METODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y ELABORACIÓN DEL INSTRUMENTO

La investigación está dirigida a obtener información de la población de hipertensos de la policlínica SAO sobre la presencia de factores de riesgo CV.

Según lo expuesto anteriormente y los objetivos del estudio, fue seleccionado como método de recolección de datos, una encuesta semiestructurada que se aplicó mediante visita domiciliaria.

El formulario de encuesta fue construido de modo de asegurar la validez y confiabilidad de los datos registrados (anexo 1). Se considera confiable ya que la información obtenida se correlacionó con la realidad que se pretendía conocer.

El instrumento fue sometido a una prueba piloto, luego de la cual, se debió reestructurar dado que no proveía la información necesaria para el logro de los objetivos. A posteriori de su reformulación se logró medir lo que se pretendía asegurando de ésta manera su validez.

6.4 PROCEDIMIENTOS

En el presente estudio, la recolección de los datos estuvo a cargo del equipo investigador directamente. Previo a la realización de la encuesta, se mantuvo una entrevista con la

Licenciada en Enfermería coordinadora de dicha policlínica, obteniendo el consentimiento para la realización del estudio.

La ejecución se llevo a cabo por los cinco investigadores, estudiantes de la Licenciatura en Enfermería, Generación '93, que realizan su Tesis Final en el tema "Conocer los factores de riesgo cardiovasculares e identificar otros factores de riesgo asociados". Los mismos, se presentaron en los domicilios de los individuos que comprendían la muestra de estudio con el fin de informales el objetivo de la investigación, el tipo de estudio y de asegurarles el anonimato en las respuestas brindadas en la encuesta.

El tiempo promedio empleado para la realización de la visita y aplicación del instrumento fue de 30 minutos.

7. PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Factores de riesgo no modificables

Tabla N° 1: Distribución por sexo.

Sexo	Fa	FR %
Femenino	26	86,7
Masculino	4	13,3
N	30	100

Fuente propia.

El sexo predominante es el femenino en un 86,7 %.

Tabla N° 2: Distribución por edad.

Edad	Fa	FAA:	FR %
50 – 56	1	1	3,3
57 – 63	2	3	6,7
64 – 70	14	17	46,7
71 – 77	10	27	33,3
78 – 84	3	30	10
N	30		100

Fuente propia.

X= 70, 25.

Md = 70.

Factores de riesgo modificables

Tabla N° 3: Distribución por consumo de tabaco.

Consumo Tabaco	Fa	FAA	FR%
No fuma	29	29	96,7
Fuma <10 cig.	1	30	3,3
N	30		100

Fuente propia.

El 96,7% no fuma.

Tabla N° 4: Distribución por consumo de alcohol.

Consumo de Alcohol	Fa	FAA	FR%
No consume	28	28	93,3
1 a 2 medidas/ día	2	30	6,7
N	30		100

Fuente propia.

El 93,3% no consume alcohol.

Tabla N° 5: Distribución por control de Salud.

Último Control	Fa	FAA	FR%
Menos de 1 mes	12	12	40
1 a 6 meses	11	23	36.7
Más de 6 meses	4	27	13.3
No recuerda	3	30	10
N	30		100

Fuente propia.

El 40% se controló en un período menor a un mes.

Tabla N° 6: Distribución por el cumplimiento del tratamiento farmacológico.

Tratamiento Farmacológico	Fa	FAA	FR%
Continuo	21	21	70
Irregular	2	23	6.7
No cumple	3	26	10
No realiza Tratamiento	4	30	13.3
N	30		100

Fuente propia.

El 70 % cumple con el tratamiento farmacológico en forma continua.

Tabla N° 7: Obesidad en relación con el cumplimiento de la dieta.

Cumplimiento Obesidad. De la dieta	≥ 27	< 27	Total
No estricto	12	15	27
Estricto	1	2	3
N	13	17	30

Fuente propia

El 56% de la muestra poblacional son obesos, de los cuales 88% no cumplen con dieta estricta.

Riesgo relativo = 1,6

Tabla N° 8: IMC en relación a la actividad física.

Actividad IMC Física	≥ 27	< 27	Total
Sedentarios	12	3	15
Activos	5	10	15
N	17	13	30

Fuente propia.

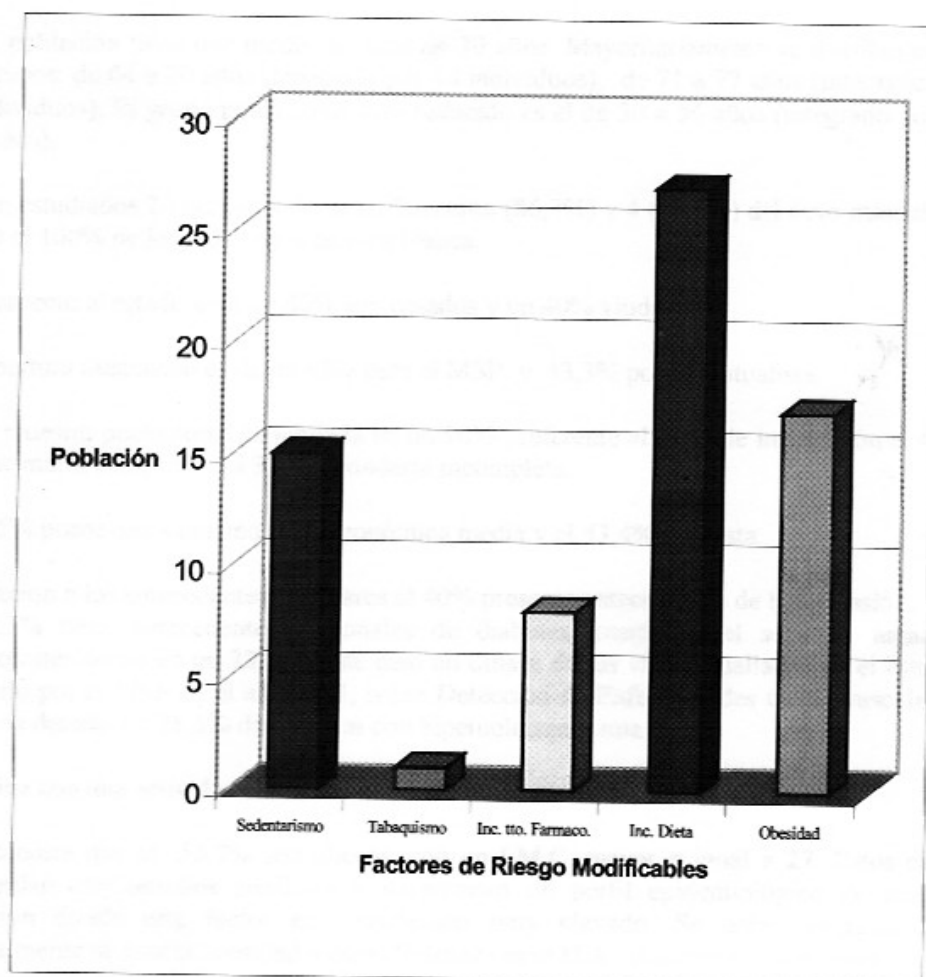
El 50% de la muestra poblacional es sedentaria y el otro 50% activa.

El 80% de los sedentarios tienen un IMC mayor o igual a 27.

El 66,6% de los activos tienen un IMC menor a 27.

Riesgo relativo = 8,0

Gráfica N°1: Factores de Riesgo Modificables predominantes en la muestra poblacional.



Fuente Propia. Año 1999.

8. ANÁLISIS

La muestra poblacional estudiada es de 30 usuarios que presentan el daño hipertensión, obteniéndose una información completa.

Dicha población tiene una media de edad de 70 años. Mayoritariamente se distribuyen en dos grupos: de 64 a 70 años (integrado por 14 individuos), de 71 a 77 años (integrado por 10 individuos). El grupo poblacional más reducido es el de 50 a 56 años (integrado por un individuo).

Fueron estudiados 26 personas del sexo femenino (86,7%) y 4 (13,3%) del sexo masculino; siendo el 100% de los individuos de raza blanca.

Con respecto al estado civil un 40% son casados y un 40% viudos.

La cobertura asistencial es de un 43% para el MSP y 43,3% posee mutualista.

Dicha muestra poblacional es jubilada en un 90% , referente al nivel de instrucción el 40% tiene primaria completa y el 30% secundaria incompleta.

El 46,6% posee una situación socioeconómica media y el 43,4% modesta.

En relación a los antecedentes familiares el 40% presenta antecedentes de hipertensión. El 26,7% tiene antecedentes personales de diabetes, ocupando el segundo lugar la hipercolesterolemia en un 23,3%. Este dato no difiere de los valores hallados en el estudio realizado por el MSP en el año 1991, sobre Detección de Enfermedades Cardiovasculares, donde se detectó un 28,5% de usuarios con hipercolesterolemia.

Se define con una actividad física activa el 50% de la muestra poblacional.

Se encuentra que el 56,7% son obesos, con un I.M.C. mayor o igual a 27. Estos datos concuerdan con estudios similares y determinan un perfil epidemiológico de nuestra población donde este factor es considerado muy elevado. Se debe consignar que habitualmente se asocia obesidad a otros factores como H.A., diabetes y dislipemias, por lo que su corrección es de fundamental importancia para la prevención de estas enfermedades.

El 80% de los sedentarios tienen un IMC mayor o igual a 27, el 66,6% de los activos tienen un IMC menor a 27.

Tomando como daño la obesidad y asociándola a los factores de riesgo: cumplimiento de la dieta y actividad física respectivamente, se destaca que el factor de riesgo actividad física (RR de 8,0) predomina sobre el factor de riesgo cumplimiento de la dieta (RR de 1,6) en la producción del daño.

El 96,7% no fuma y el 93,3% no consume alcohol, difiere de datos obtenidos por el MSP en el estudio sobre Detección de Enfermedades Cardiovasculares, donde el tabaquismo

estuvo presente en un 21,7%. Cabe destacar que en dicho estudio la muestra poblacional predomina el sexo masculino , mientras que en el presente estudio, la población es mayoritariamente de sexo femenino.

De la muestra el 90% no cumple con la dieta estricta, constituyendo ésta un factor de riesgo modificable y un pilar fundamental en el tratamiento y prevención de H.A y patologías cardiovasculares

Los indicadores de estrés predominantes son alteración del sueño y dolores musculares. El 40% se controló en un período menor a un mes, mientras que un 10% no recuerda su último control. Este dato no concuerda con lo brindado por el MSP en su estudio de 1991 donde el 61% de los encuestados no tienen control médico voluntario; de los encuestados definidos con actividad deportiva el 81% no tiene control médico voluntario.

Se controlan con cardiólogo el 50%, mientras que el 26,7% se controla con enfermería. El 70% cumple con el tratamiento farmacológico en forma continua.

El perfil que arrojan otras investigaciones sobre HA se corresponde con el obtenido en el presente trabajo.

9. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

La presente investigación demuestra que los factores de riesgo cardiovasculares, a los que está expuesta dicha muestra poblacional mayoritariamente son: incumplimiento de la dieta, obesidad, sedentarismo, hipercolesterolemia, presencia de antecedentes familiares de hipertensión y personales de diabetes.

Las características de los usuarios hipertensos no difieren en general del perfil descrito en investigaciones anteriores. Destacándose como diferencia la ausencia de consumo de tabaco y alcohol en dicha muestra.

Teniendo en cuenta estos hallazgos, sobre la existencia de factores de riesgo cardiovasculares antes mencionados y por el riesgo potencial de presentar patologías y secuelas cardiovasculares, se considera de real importancia, la elaboración e implementación de un programa de trabajo en esta área por parte de enfermería. En el mismo se deberán elaborar estrategias que desarrollen nuevas modalidades de atención centradas en educación, cambios conductuales y comportamentales en el primer nivel de atención.

La vulnerabilidad de la población a desarrollar una enfermedad cardiovascular está en relación directa con los factores de riesgo que ella tenga, tanto para el inicio de la enfermedad como para la aparición de sus distintas complicaciones.

Es necesario establecer pautas educativas que corrijan los hábitos nocivos. Desde el punto de vista preventivo, enfermería debe actuar sobre aquellos factores de riesgo que son modificables.

La adopción de medidas preventivas es un derecho fundamental y universalmente reconocido. Para que ese derecho esté vigente, la población tiene que estar informada. Es un deber de los integrantes del equipo de salud, el cumplimiento de las acciones de prevención y fomento de la salud pública.

10. BIBLIOGRAFÍA

- (1)- ANDRIESZYN, B., Experiencia de Trabajo de Grupo con Pacientes Hipertensos, Dpto. de Cardiología del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintelas, Montevideo 1989.
- (2)- BIANCHI, M., et al, Encuesta Epidemiológica de Hipertensión Arterial en Montevideo, Revista Médica, Uruguay 1994.
- (3)- CANOBBIO, M., et al, Trastornos Cardiovasculares, Serie Mosby de Enfermería Clínica, España 1993.
- (4)- CURTO, S., et al, Hipertensión Arterial en Pacientes que concurren a la Policlínica en una Institución de Asistencia Médica Colectiva, Revista Médica, Uruguay 1995.
- (5)- DE CANALES, F., et al, Metodología de la Investigación, Manual para el Desarrollo del Personal de Salud, 2ª Edición, Serie Paltex; OPS, OMS, EUA, 1994.
- (6)- FOLLE, L., Revista de Hipertensión Arterial, Volumen 4, Editor Liga Uruguaya Contra la Hipertensión Arterial, Pfizer, Editorial Vesalius, Noviembre 1997.
- (7)- PARDELL, H., et al, Manual de Biocstadística, Ed. Masson S.A, Edición 1986.
- (8)- POLIT, D., et al, Investigación Científica en Ciencias de la Salud, Editorial Interamericana, 3ª y 5ª Edición, México 1991,1997.
- (9)- ZURRO, M., et al, Atención Primaria .Conceptos, Organización y Práctica Clínica 3ª Edición, Editorial Mosby- Doyma 1994.
- (10)- HERNANDEZ,R., et al, Metodología de la Investigación ,Editorial Mc Graw- Hill, Mexico 1986.
- (11)- BLEGER,J., Temas de Psicología (Entrevista y Grupos) ,Editorial Nueva Visión, Bs.As.1985.
- (12)-ANDER EGG,E., Técnicas de Investigación Social , 21º Edición ,Editorial Humanitas, Bs.As.1990.
- (13)- M.S.P. Dirección Nacional de Salud, Programa de Prevención y Control de Enfermedades Cardiovasculares, Uruguay 1991-1993.
- (14)- MARTIN,P., et al, Enfermería Anátomo-Fisiológica, Tomo 2,Editorial Masson Salvat, Barcelona 1994.

(15)- BEARE,P., et al, Enfermería Médico Quirúrgica,2º Edición, Editorial Mosby-Doyma, España 1995.

(16)- GONZALEZ, L., et al, Farmanuario-1993,4ºEdicion, Editorial Medina Montevideo.

(17)- SARUE, E. , et al, Enfoque de Riesgo, CLAP, Montevideo 1992.

ANEXOS

Universidad de la República Oriental del Uruguay
Instituto Nacional de Enfermería
Departamento de Adulto y Anciano

Encuesta sobre factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial realizada por estudiantes de la
Licenciatura en Enfermería para su trabajo de investigación. Se asegura su anonimato.

Nº Historia Clínica:

Sexo: F

M

Edad:

Estado Civil: S ☐ C ☐ V ☐ D ☐ U Libre ☐

Raza: B ☐ N ☐

Cobertura Asistencial: Salud Pública ☐ Mutualista ☐
IMM ☐ Otro ☐ Especifique

Ocupación Principal:

- Profesional u oficio
- Estudiante
- Empleado
- Ama de Casa
- Jubilado
- Desempleado

Nivel de Educación:

No cursó

Primaria Incompleta

Primaria Completa

Secundaria Incompleta

Secundaria Completa

Universidad

Situación Socioeconómica:

Acomodada

Media

Modesta

Mala

Antecedentes Familiares:

Hipertensión Arterial Si ☐ No ☐ No Sabe ☐
Padre
Madre
Otro

Antecedentes Personales:

* Diabetes Si ☐ No ☐ No Sabe ☐

* IAM Si ☐ No ☐

* A.C.O. Si ☐ No ☐

* Colesterol Si ☐ No ☐ No Sabe ☐

* Otro

Actividad Física:

* Sedentario ☐

* Activo ☐

Consumo de Tabaco:

* No Fuma ☐

* Menos de 10 cig./ día ☐

* Más de 10 cig./ día ☐

Consumo de Alcohol:

* no consume ☐

* de 1 a 2 medidas / día ☐

* de 3 a 5 “ “ ☐

* de 6 o más “ “ ☐

Dieta:

- * **Elabora las comidas con sal** Si ☐ No ☐
- * **Frita las comidas con aceite** Si ☐ No ☐
- * **Agrega sal a las comidas ya elaboradas** Si ☐ No ☐
- * **Consume flambres, embutidos, quesos** Si ☐ No ☐

Estrés:

- * **Alteración del sueño** A veces ☐
 Frecuentemente ☐
 Siempre ☐
 Nunca ☐
- * **Alteración en la comunicación:** A veces ☐
 Frecuentemente ☐
 Siempre ☐
 Nunca ☐
- * **Alteración de la memoria:** A veces ☐
 Frecuentemente ☐
 Siempre ☐
 Nunca ☐
- * **Miedo:** A veces ☐
 Frecuentemente ☐
 Siempre ☐
 Nunca ☐
- * **Dolores musculares:** A veces ☐
 Frecuentemente ☐
 Siempre ☐
 Nunca ☐
- * **Cefaleas:** A veces ☐
 Frecuentemente ☐
 Siempre ☐
 Nunca ☐

Obesidad:

- **Peso**
- **Talla**
- **Índice de Masa Corporal**

Control de salud:

- **Con quién?**

- **Cardiólogo** ☐
- **Medicina General** ☐
- **Enfermería** ☐
- **Otro** ☐ **Especifique**

- **Último control:**

- **Menos de un mes** ☐
- **De uno a seis meses** ☐
- **Más de seis meses** ☐
- **No recuerda** ☐

Cumple el tratamiento farmacológico:

- **Continuo** ☐
- **Irregular** ☐
- **No cumple** ☐

INSTRUCTIVO

Ocupación Principal: actividad actual, a la que dedica más tiempo.

- * Profesional, posee un título y desempeña el cargo.
- * Estudiante, que estudia al momento de la entrevista.
- * Empleado, desempeña una tarea por la cual recibe remuneración.
- * Ama de casa, se dedica a las tareas del hogar únicamente.
- * Jubilado, recibe una jubilación.
- * Desempleado, sin trabajo actual.

Situación Socioeconómica: se deben integrar las condiciones de vivienda, ingresos, salud, educación, alimentación y otros (vestimenta, vacaciones, etc) de la persona encuestada.

- * Acomodada, satisfacción de todos los aspectos antes mencionados sin limitaciones impuestas por su situación socioeconómica
- * Media, cuando su situación es tal que la permita cubrir todos las necesidades básicas.
- * Modesta, cuando existen limitaciones moderadas en uno o dos aspectos de los analizados.
- * Mala, si presenta carencias en la mayoría de los aspectos analizados o alguna muy grave.

Actividad Física: tareas moderadamente activas, deportes, caminatas, etc (sedentario, aquella persona que practica ejercicios menos de 3 días en la semana y que su duración es menor de 20 min. diarios.

Consumo de tabaco: se considera fumador aquella persona que consume tabaco o que abandona el hábito en un período menor a un año al momento de la encuesta.

- * No fumador, no consume tabaco ni está expuesto al humo del cigarrillo.
- * Fumador Leve: consumo menor a 10 cig./ día.
- * Fumador Intenso: consumo de 10 o más cig./ día.

Consumo de alcohol: aquellos individuos que consumen alcohol. Una medida estándar de alcohol consiste en:

- * 30 ml de alcohol fuerte (una medida de whisky o similar)
- * 125 ml de vino (un vaso mediano)
- * 360 ml de cerveza (una jarra)

Estrés: experiencias en las que se produce tensión cuando las situaciones exigen un esfuerzo, un afrontamiento y un nivel de adaptación por parte del individuo (alteración del patrón del sueño, en la comunicación, de la memoria, miedo, dolores musculares, cefaleas).

Nunca: no presenta síntomas en un período de 30 días.

A veces: presenta síntomas cada 15 días aproximadamente.

Frecuentemente: presenta síntomas semanalmente.

Siempre: presenta síntomas diariamente.

Obesidad: Índice de Masa Corporal (IMC), es el peso dividido la altura al cuadrado. Se considera obesidad un IMC mayor o igual a 27.

Cumplimiento del tratamiento farmacológico:

- * Continuo: cumple el tratamiento farmacológico en forma indicada.
- * Irregular: realiza supresiones en la ingesta de medicación de un día a una semana
- * No cumple: realiza supresiones mayores a una semana.