



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE ADMINISTRACIÓN

ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN USUARIOS ADULTOS DE 45 A 64 AÑOS QUE CONCURREN A LA POLICLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD DEL HOSPITAL “DR. ZOILO A. CHELLE” DE LA CIUDAD DE MERCEDES

Autores:

Br. Coletto, Allyson
Br. Gonçalves, Jorge
Br. Gramajo, María
Br. Pérez, María

Tutor:

Lic. Enf. Luján Casco

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

Montevideo, 2013



Agradecimientos

Al Hospital Regional "Dr. Zoilo A. Chelle" de la ciudad de Mercedes.

A la dirección y a todo el personal del Hospital Regional "Dr. Zoilo A. Chelle" de la ciudad de Mercedes.

A la Lic. Natalia Guerein

A la Lic. Luján Cabrera

A la Lic. Luján Casco por su invaluable apoyo a lo largo de toda la carrera

A las familias de cada uno de nosotros por apoyarnos siempre y comprender todas las horas de dedicación que les quitamos



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
GLOSARIO



ACV ataque cerebrovascular

CHSC Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular

CV Cardiovascular

DM diabetes mellitus

ECNT Enfermedades Crónicas No Transmisibles

ECV enfermedad CV

FR factor de riesgo

HTA hipertensión arterial

IC insuficiencia cardiaca

IM infarto de miocardio

IMC índice de masa corporal

MSP Ministerio De Salud Pública

MMII Miembros inferiores

OMS Organización Mundial de la Salud

PA presión arterial

PAD PA diastólica

PAS PA sistólica

SUHA Sociedad Uruguaya de Hipertensión Arterial



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA

Índice



| | |
|---|----|
| Resumen | 1 |
| Introducción | 2 |
| Planteamiento del problema | 3 |
| Justificación | 3 |
| Fundamento teórico | 5 |
| Objetivos | 6 |
| Marco teórico, definiciones, hipótesis y variables | 7 |
| Antecedentes | 16 |
| Metodología población y muestra, recolección de datos y procesamiento | 17 |
| Definición y operacionalización de variables | 19 |
| Resultados | 22 |
| Bibliografía | 26 |
| Anexos | 29 |



RESUMEN

El siguiente trabajo de investigación fue realizado por 4 estudiantes de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, en el marco de la carrera escalonada, generación 2010 con la tutoría de la Lic. Enf. Luján Casco. El problema de estudio fue conocer los factores de riesgo cardiovascular modificables en usuarios de 45 a 64 años que concurrieron a la policlínica de Atención Primaria de la Salud, del Hospital "Dr. Zoilo Chelle" de la ciudad de Mercedes, en el período de marzo a agosto de 2013. El trabajo tiene como objetivo identificar los factores de riesgo cardiovascular de mayor incidencia dentro de la población en estudio e identificar aquellos elementos que nos permitan fortalecer los programas de prevención y promoción de salud.

Metodológicamente corresponde a un estudio descriptivo, cuantitativo y transversal. El universo lo constituyen todos los usuarios que concurren a dicha policlínica en el período marzo- agosto de 2013, siendo la muestra los usuarios comprendidos entre 45 y 64 años. Las variables de estudio incluyeron los factores de riesgo cardiovascular modificables (Tabaquismo, hipertensión, dislipemias, obesidad, sedentarismo entre otras) y los no modificables (edad y sexo). El instrumento para la recolección de datos fue la consulta de enfermería.

Los resultados muestran que del total de usuarios sólo un 2.5 % no presenta factores de riesgo modificables, es de destacar que el mayor porcentaje tienen 2 o más factores de riesgo. Dentro de los factores propiamente dichos los 2 más importantes son sobrepeso en un 73.6% y sedentarismo en un 49.7%. Se observa que dentro de las enfermedades crónicas la hipertensión arterial se destaca con un 32 %. Un 37.6% son fumadores de por lo menos 15 cigarrillos diarios y un 34.8% presentan dislipemias.



Introducción

El siguiente trabajo de investigación fue realizado por 4 estudiantes de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, como requisito final para la obtención del título de Licenciatura en Enfermería, en el marco de la carrera escalonada, generación 2010 con la tutoría de la Lic Enf. Luján Casco.

El informe realizado se enmarca dentro del trabajo de investigación, donde planteamos investigar los factores de riesgo cardiovascular modificables en los usuarios adultos atendidos en la policlínica de atención primaria de la salud, del hospital "Dr. Zoilo A Chelle" de la ciudad de Mercedes en el periodo comprendido entre marzo y agosto de 2013.

Creemos prioritario trabajar sobre la causa de morbimortalidad que más afecta al Uruguay, como son las afecciones cardiovasculares y en especial algunos de sus factores de riesgo relacionados, como es el caso de las dislipemias, diabetes, sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo y obesidad.

Las enfermedades cardiovasculares son un problema de Salud Pública por su alta prevalencia y constituye la principal causa de muerte en la población adulta en la mayoría de los países. En los países en vía de desarrollo se espera que su frecuencia siga aumentando porque han ocurrido cambios económicos y demográficos que estarían contribuyendo al incremento de los factores de riesgo. (1-2)

Es pertinente mencionar que las enfermedades crónicas no transmisibles son la causa del 60 % de las defunciones producidas anualmente en Uruguay, siendo el 33,8% de causa cardiovascular, según datos estadísticos que llevó a cabo el Ministerio de Salud Pública sobre enfermedades crónicas no transmisibles en junio 2007.

Partiendo de estos datos consideramos que los factores de riesgo cardiovascular merecen una mayor atención, dada la incidencia en la morbimortalidad de la población en general. También se ha observado que dichos FR estarían presentes cada vez en edades más tempranas. Varios estudios nacionales e internacionales han informado un incremento de la prevalencia de obesidad y sus factores condicionantes, de hipertensión arterial, hipercolesterolemia y tabaquismo.

La cuantificación de los FR en una población de adultos adquiere especial relevancia, porque permite identificar su vulnerabilidad y contribuye a focalizar las estrategias de prevención al constituir un grupo más susceptible de cambiar conductas y establecer hábitos de vida más saludables que permitan retrasar o minimizar la aparición de enfermedades crónicas en años posteriores.

Realizar este estudio en la comunidad permite efectuar controles en la población generando un estímulo en la población seleccionada.

Se planteó estudiar la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en una muestra poblacional, para evaluar la magnitud de este problema en la población adulta joven que se atiende en el Hospital "Dr. Zoilo A. Chelle" de la ciudad de Mercedes.

El procedimiento de recolección de información se realiza en la policlínica de Atención Primaria de la Salud, en el marco del Programa Nacional de Salud de la Población Adulta, enfocado a la detección de los factores de riesgo cardiovascular dentro de los controles en salud.

Como instrumento se utiliza la consulta de enfermería, mediante la cual, previa a la consulta médica se realiza:

- Control de medidas antropométricas (peso, talla, cintura)

- Control Presión arterial
- Control glicemia capilar y colesterol (si no tiene valores de análisis realizados en los tres meses previos a la consulta)
- Llenado de consulta de enfermería con cuestionario sobre antecedentes personales, familiares, hábitos de vida.

Planteamiento del problema

¿Cuáles son los factores de riesgo cardiovascular presentes en los usuarios de 45 a 64 años que concurren a la policlínica de Atención Primaria de la Salud del Hospital "Dr. Zoilo A. Chelle" de la ciudad de Mercedes en el período marzo – agosto de 2013?

Justificación

En Uruguay mueren diariamente 30 personas por causas de origen cardiovascular. Las razones por las que se eligió el tema del presente trabajo fueron la directa incidencia de los factores de riesgo cardiovascular en la calidad de vida de la población adulta y la posibilidad de actuar sobre dichos factores. En base a los datos recabados se podrán implementar a nivel local actividades de prevención que contribuyan a disminuir una de las principales causas de morbimortalidad en la franja etaria considerada.

Los motivos por los cuales se eligió determinar los factores de riesgo cardiovascular en los usuarios de 45 a 64 años que concurren a la policlínica de Atención Primaria de la Salud del Hospital "Dr. Zoilo A. Chelle" como tema de trabajo, fue tratar de establecer cuál es la realidad de la población adulta joven que se atiende en dicha policlínica. Estos datos permiten contar con un punto de partida a nivel local con el fin de impulsar actividades de prevención

Fundamento teórico

Se eligió abordar este tema de factores de riesgo cardiovascular, por su directa relación con el desenlace de eventos cardiovasculares. Estos eventos ocasionan riesgos vitales y perjudican significativamente la calidad de vida de los individuos. Estos factores de riesgo se clasifican en modificables y no modificables. La corrección de los factores de riesgo modificables permite evitar complicaciones severas.

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) son la principal causa de morbimortalidad en Uruguay. También son el origen de la mayor parte de las discapacidades que presentan los individuos y que incrementan sus necesidades asistenciales. En Uruguay son responsables de más del 60% de las defunciones producidas en el país y en especial el 33,8% de causa cardiovascular, según datos estadísticos que llevó a cabo el Ministerio De Salud Pública (MSP) sobre enfermedades crónicas no transmisibles en junio 2007. Estas características determinan una gran carga económica para la sociedad por concepto de costos directos e indirectos. Dentro de los costos directos se encuentran los costos de atención médica, de los que las enfermedades crónicas se llevan más del 60% del total. Dentro de los costos indirectos debe tenerse en cuenta el ausentismo laboral, y las pensiones por invalidez, viudez y orfandad. En Uruguay, a fines del siglo XIX, el 40% de las defunciones se registraban entre menores de 5 años de edad, las muertes que obedecían a enfermedades transmisibles representaban el 40%, las cardiovasculares un 10% y los tumores malignos un 5%. Desde 1915 comienza a reducirse veloz y sostenidamente la mortalidad de etiología infecciosa, y actualmente las muertes en menores de 5 años son menos de un 4%, las causas infecciosas son responsables de un 2% de los fallecimientos, las ECV representan el 33.8 % de las causas de defunción, y los tumores

malignos un 22.6%. Desde el año 1975 se ha estabilizado esta estructura de mortalidad por causas (1° Cardiovasculares, 2° Neoplasias malignas).

Las ECNT se caracterizan por la presencia de FR, mucho antes de que se presente la enfermedad. Se identificaron un grupo de FR que se caracterizan: por tener el mayor peso en la morbimortalidad de estas enfermedades. Dichos FR pueden modificarse mediante acciones de prevención y se cuenta con instrumentos válidos para su detección.

En base a los criterios mencionados se seleccionaron los factores de riesgo clave:

- Consumo de tabaco
- Consumo nocivo de alcohol
- Sedentarismo
- Sobrepeso / obesidad
- Presión arterial elevada
- Glucemia elevada
- Colesterolemia elevada

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de riesgo cardiovascular modificables detectados en los usuarios de 45 a 64 años que concurren a la policlínica de Atención Primaria de la Salud, del Hospital "Dr. Zoilo Chelle" de la ciudad de Mercedes, Soriano, en el período comprendido entre los meses de marzo a agosto de 2013.

Objetivos específicos: **DE PROTECCIÓN**

1. Identificar la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en la población en estudio.
2. Identificar aquellos elementos que nos permitan fortalecer los programas de promoción de salud.

MARCO TEÓRICO

PROCESO SALUD ENFERMEDAD

Partiendo de la base que el hombre es un ser bio-sico-social se entiende por salud no sólo la ausencia de enfermedad o el bienestar físico de la persona, sino que se considera como un proceso dinámico entre los aspectos biológicos, psicológicos, sociales de un individuo, familia, o población y su relación con el medio en que vive.

No se puede desintegrar un ser, por lo tanto, si se ven afectados algunos de sus aspectos, se verán repercusiones en todas sus partes, lo que originaría un desequilibrio en la armonía, lo que se podría llamar enfermedad. La enfermedad puede ser un trastorno funcional, anatómico y/o social, que rompe el equilibrio dinámico del individuo integral. O sea que la salud-enfermedad no se oponen, sino que se complementan y originan diferentes matices o grados entre ellos.

La salud es el resultado de la interacción del hombre con el medio y la sociedad en que vive.

Dicho proceso es dinámico e influye directamente en el estado de salud del individuo. Por lo tanto no se puede considerar a la salud como algo estático, sino algo fluctuante. Salud-enfermedad es algo continuo.

FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN

En Uruguay mueren 30 personas por día debido a las enfermedades cardiovasculares, estas se inician en la infancia, se desarrollan en la juventud y provocan la muerte fundamentalmente en la adultez, asimismo provocan discapacidades y gastos en la salud.

Mejorando nuestro estilo de vida evitando el tabaquismo, alimentándonos en forma balanceada, practicando ejercicios físicos, concurriendo al control médico periódicamente, conociendo el nivel de nuestra presión arterial, manteniendo un peso adecuado promovemos nuestra salud cardiovascular y podemos reducir significativamente el riesgo de desarrollar estas enfermedades.

En la actualidad las enfermedades cardiovasculares y los infartos son responsables de una de cada tres muertes en el mundo.

ENFERMEDAD CORONARIA: La enfermedad coronaria se caracteriza por la acumulación de depósitos de grasa en las células que revisten la pared de una arteria coronaria y, en consecuencia, obstruyen el flujo de sangre. Los depósitos de grasa (llamados ateromas) se forman gradualmente y se desarrollan irregularmente en los grandes troncos de las dos arterias coronarias principales, las que rodean el corazón y lo proveen de sangre; este proceso gradual es conocido como aterosclerosis.

Los ateromas provocan un engrosamiento que estrecha las arterias.

Para que el corazón se contraiga y bombee la sangre normalmente, el músculo cardíaco requiere una provisión continua de sangre rica en oxígeno que le proporciona las arterias coronarias. Pero cuando las arterias se tapan se puede desarrollar una isquemia del músculo

cardíaco que causa lesiones graves. La causa más frecuente de isquemia del miocardio es la enfermedad de las arterias coronarias. Las principales complicaciones de esta enfermedad son la angina de pecho y el ataque cardíaco.

ANGINA DE PECHO (ANGOR): es un dolor torácico transitorio o una sensación de presión que se produce cuando el músculo cardíaco no recibe suficiente oxígeno.

Frecuentemente, el paciente percibe la angina de pecho como una presión o dolor debajo del esternón. El dolor también se produce en el hombro izquierdo o por debajo de la parte interna del brazo izquierdo, en la espalda, la garganta, el maxilar o los dientes y, algunas veces, en la parte inferior del brazo derecho.

La angina de pecho aparece de forma característica durante un esfuerzo físico, dura sólo unos pocos minutos y desaparece con el reposo.

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: es una urgencia médica en la que parte del flujo sanguíneo que llega al corazón se ve reducido o interrumpido de manera brusca y grave y, en consecuencia, se produce una destrucción (muerte) del músculo cardíaco (miocardio) por falta de oxígeno.

Aproximadamente dos de cada tres personas que tienen infarto refieren haber tenido angina de pecho intermitente, disnea o fatiga unos pocos días antes.

Los episodios de dolor pueden volverse más frecuentes, incluso con un esfuerzo físico cada vez menor.

Por lo general, el síntoma más típico es el dolor en el medio del pecho que se extiende a la espalda, el maxilar, el brazo izquierdo, o con menor frecuencia, al brazo derecho. Puede ser que el dolor aparezca en una o varias de estas localizaciones y no en el pecho. El dolor de un infarto es similar al de la angina de pecho pero en general es más intenso, dura más tiempo y

no se calma con el reposo o la administración de nitroglicerina. Otros síntomas incluyen angustias, náuseas y vómitos o diarreas, sudoración y palidez.

Como podemos disminuir el riesgo de padecer ECV, controlando o evitando los FR y promoviendo factores de protección.

Factor de riesgo: Estado de vulnerabilidad de un individuo o una población frente a una enfermedad ó lesión en particular. Los factores que determinan el riesgo pueden ser ambientales ó fisiológicos.

Las investigaciones han descubierto varios factores que pueden contribuir a la aparición de ECV. Cuantos más FR presente una persona más probabilidades habrá que padezca una enfermedad cardiovascular. Aunque algunos factores no pueden modificarse, si se pueden cambiar otros con la ayuda del usuario y del personal de la salud.

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

Hereditarios: hay familias en las que existe una tendencia a las enfermedades cardiovasculares. Si uno de los progenitores ha padecido una enfermedad cardíaca, las posibilidades que uno tiene de padecerlas son mayores.

Raza: por razones desconocidas en la actualidad, las personas de raza negra presentan una tendencia mucho mayor a tener la presión sanguínea elevada que los de raza blanca, un número dos veces mayor de aquellos tiene una presión sanguínea moderadamente elevada, y una cifra tres veces superior presenta una presión extremadamente alta. Como consecuencia, su riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares es mayor.

Sexo: los varones tienen un riesgo de ataque cardíaco más elevado que las mujeres. Durante los años fértiles las mujeres producen hormonas que mantienen bajos los niveles de colesterol en sangre. Las hormonas masculinas tienen el efecto inverso aumentan el colesterol en

sangre. No obstante las mujeres pierden esta protección después de la menopausia o de la extirpación de los ovarios, y las mujeres en edades superiores a los 55 años presentan un riesgo 10 veces superior al de las mujeres más jóvenes. Sin embargo, en los últimos años un número superior de mujeres de menos de 40 años ha presentado una enfermedad de la arteria coronaria y la presión sanguínea elevada. Esto es probablemente el resultado del empleo de anticonceptivos orales y del aumento del consumo de tabaco.

Edad: el 55% de los ataques cardíacos se presenta en personas de 65 años o mayores.

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Hipertensión arterial: Es generalmente una afectación sin síntomas en la que la elevación anormal de la presión dentro de las arterias aumenta el riesgo de trastornos como, la ruptura de un aneurisma, una insuficiencia cardíaca, un infarto de miocardio y lesiones del riñón. Hablamos de hipertensión cuando las cifras tensionales son superiores a 140/90 mmHg.

Podemos clasificar a la hipertensión en primaria y secundaria:

- primaria: es la forma más común, es responsable del 90% de todos los casos clínicos de hipertensión. Sin embargo sus causas exactas no están claras.
- secundaria: se refiere a la presión elevada, relacionada con alguna alteración.

Las causas más comunes de la hipertensión secundaria son la insuficiencia renal, la enfermedad renovascular y el empleo de anticonceptivos orales.

Clasificación en base a los valores de presión arterial obtenidos en usuarios adultos:

| PRESION SISTÓLICA | PRESIÓN DIASTÓLICA | VIGILANCIA RECOMENDADA |
|---------------------|---------------------|--------------------------------|
| Menor 130 | Menor 85 | Normal |
| 130 – 139 | 85 – 89 | Normal alta |
| 140 – 159 | 90 – 99 | Hipertensión arterial ligera |
| 160 – 179 | 100 – 109 | Hipertensión arterial moderada |
| Mayor o igual a 180 | Mayor o igual a 110 | Hipertensión arterial grave |

Cuando la PAS y PAD corresponden a categorías distintas, aplicar la más alta. La HTA Sistólica aislada se clasifica también en grados 1, 2 o 3 según el valor de la PAS.

Diabetes: La *Diabetes Mellitus* es un trastorno en el que los valores sanguíneos de glucosa (un azúcar simple) son anormalmente altos dado que el organismo no libera insulina o la utiliza inadecuadamente.

La insulina, una hormona producida por el páncreas, es la principal sustancia responsable del mantenimiento de los valores adecuados de azúcar en sangre.

Existen distintos tipos de diabetes, dentro de las cuales las más importantes en la franja de edad estudiada son:

- **tipo I (insulino dependiente):** en esta la producción de insulina es escasa o nula. A pesar de tratarse de una enfermedad con una alta prevalencia, sólo el 10% de todos los diabéticos tienen la enfermedad tipo uno. La mayoría de los pacientes que padecen de diabetes tipo 1 desarrollan la enfermedad antes de los 30 años.

- **tipo II (no insulino dependiente):** el páncreas continúa produciendo insulina, incluso a valores más elevados que los normales. Sin embargo, el organismo desarrolla una resistencia

a sus efectos y el resultado es un relativo déficit insulínico. La diabetes tipo II aparece en los niños y en los adolescentes, pero por lo general comienza después de los 30 años y es más frecuente a partir de esa edad. Alrededor del 15% de los pacientes mayores de 70 años padecen diabetes tipo II. La obesidad es un factor de riesgo para la diabetes tipo II, ya que los obesos se cuentan entre el 80 y el 90% de las personas que sufren esta enfermedad.

Síntomas:

- Aumento del apetito.
- Sed desmedida.
- Aumento de la micción.
- Adelgazamiento.
- Visión borrosa.
- Prurito.

El 70% de los diabéticos padecen enfermedades cardiovasculares y son éstas las que ocasionan:

- Trastornos circulatorios en los MMII que puede llevar a la amputación.
- Ceguera por retinopatía diabética.
- Infartos de corazón y/o de cerebro.
- Hemiplejias (parálisis en la mitad del cuerpo).

Hipercolesterolemia: Enfermedad en la que existen cantidades excesivas de colesterol en sangre. El colesterol es un compuesto orgánico de tipo graso, imprescindible para el funcionamiento normal de todas las células animales.

El colesterol no es soluble en agua, circula por la corriente sanguínea, unido a lipoproteínas (moléculas formadas por la unión de un lípido y una proteína).

Existen varios tipos de colesterol, los más conocidos son:

_ LDL o lipoproteína de baja densidad, también llamada "colesterol malo", porque el exceso favorece la obstrucción de las arterias.

_ HDL o lipoproteína de alta densidad, también llamada "colesterol bueno", porque impide que el colesterol se acumule en las paredes de las arterias.

En nuestro organismo el colesterol se origina de dos formas, el que ingerimos con los alimentos (exclusivamente de origen animal) y que constituye hasta un 30% como máximo; y el que sintetiza nuestro propio organismo y constituye un 70% del total.

Lo deseable es tener el colesterol en sangre por debajo de 200mg/dl. El aumento del colesterol en sangre (hipercolesterolemia) resulta peligroso; se puede prevenir modificando ciertas conductas como: realizando ejercicio físico, disminuyendo la ingesta de alimentos abundantes en grasas como ciertas carne de origen animal y derivados de la panificación que usan grasa saturadas, grasas de origen animal o aceites vegetales hidrogenados(shortening).

Obesidad: Se define como un exceso de grasa corporal, constituyéndose en un trastorno metabólico cada día más común en nuestra vida moderna; y un factor de riesgo para la aparición de enfermedades cardiovasculares, diabetes y algunos tipos de cáncer. La obesidad se caracteriza por un exceso de tejido adiposo que va acompañado de un aumento del peso corporal, representando un riesgo para la salud.

La obesidad se produce sobre todo por un desequilibrio del balance energético en el participa varios factores: los antecedentes hereditarios, la ingesta calórica y el gasto energético.

La obesidad se evalúa por el índice de masa corporal (IMC), que se calcula dividiendo el peso (en Kg.) sobre el cuadrado de la estatura (en metros).

Si el valor obtenido, en mayores de 18 años de edad se sitúa entre 20 y 24.9 se está en presencia de un peso adecuado a la talla. Si el resultado se sitúa entre 25 y 30 existe sobrepeso y de 30 o más se considera obesidad.

Se considera inadecuada una medida de cintura mayor a 102 cm. en el hombre y a 88cm. en la mujer, así como el índice cintura/ cadera mayor de 0,9 en el hombre y 0,8 en la mujer

Sedentarismo: Es la falta de actividad física regular (menos de 30 minutos diarios o ejercicio regular de 3 días a la semana). Los investigadores han descubierto que las personas que rara vez hacen ejercicio no se recuperan bien de los ataques cardíacos. Aunque no está claro si la falta de ejercicio por sí sola es un FR para presentar una enfermedad cardíaca, en combinación con otros FR, como el sobrepeso, la posibilidad de que ésta ocurra es mayor.

Consumo excesivo de alcohol: Estado patológico consecutivo a la ingestión habitual de alcohol en cantidades excesivas. El síndrome implica complejos factores culturales, psicológicos, sociales y fisiológicos, y habitualmente degrada el estado físico del enfermo y su capacidad para desenvolverse con normalidad en sociedad. Los hombres son cuatro veces más propensos que las mujeres a ser alcohólicos.

El exceso de alcohol puede hacer que la presión sanguínea se eleve y conduce a la insuficiencia cardíaca.

Tabaquismo: Fumar reduce el oxígeno disponible de la sangre obligando al corazón a trabajar más. El monóxido de carbono presente en el humo del cigarrillo, modifica las paredes de las arterias, facilitando así el depósito de las grasas y de otras sustancias, llevando a un estrechamiento de las mismas. La nicotina aumenta el ritmo cardíaco, el pulso y la presión arterial. El gran fumador tiene el doble de riesgo de padecer un infarto de corazón y/o muerte súbita que el no fumador. El riesgo al que está expuesto el corazón y el sistema circulatorio depende de:

- El número de cigarrillos que se fuma diariamente
- Los años que lleva fumando
- Si comparte un ambiente con fumadores

ANTECEDENTES

Desde hace varias décadas se reconoce a la hipertensión arterial (HTA) como una de las patologías más frecuentes en el Uruguay y en el mundo, con reconocida responsabilidad en la morbilidad y mortalidad de la población.

La HTA es un prototipo de riesgo o enfermedad cuyo control requiere de la armonía de todo el sistema sanitario. Según la OMS el control de la hipertensión arterial de la población afectada, es un fiel indicador de la calidad de un sistema de salud.

En Uruguay mueren 30 personas por día por enfermedades cardiovasculares. Estas patologías tienen tanta importancia en la Salud de la población que dieron lugar a la creación de la Sociedad Uruguaya de Hipertensión Arterial(SUHA) y la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular(CHSC).

La Sociedad Uruguaya de Cardiología (SUC) edita en octubre de 2005, el 3er Consenso Nacional de Hipertensión Arterial y en noviembre de 2007, la Guía práctica de Prevención Cardiovascular.

Según el 3er Consenso Nacional De Hipertensión Arterial, respaldado por la SUC y la SUHA: existe suficiente evidencia que demuestra que la reducción de la PA disminuye la mortalidad CV total, el ACV y los eventos coronarios, tanto en pacientes con HTA sisto-diastólica como sistólica aislada, con todos los grupos farmacológicos de uso más frecuente en la actualidad.

El MSP realizó en 2007, la primera encuesta sobre FR de ECNT, estando en estos momentos en ejecución la 2ª encuesta de este tipo, pero aun no se cuenta con el procesamiento de los datos recabados.

Según la OMS (2013), el 10 % de la población mundial, padece diabetes, siendo América y el mediterráneo oriental las regiones con mayor prevalencia (11% en ambos sexos)

La División Epidemiología del MSP indicó que desde 2004 hay una disminución de la natalidad y aumento de la esperanza de vida, para mujeres en 80 años; y los hombres en 73 años. No obstante, tres de cada 10 uruguayos tienen hipertensión arterial; uno de cada tres consume tabaco diariamente; y ocho de cada 10 ciudadanos no consumen frutas y verduras diariamente.

Metodología

Tipo de estudio: descriptivo, cuantitativo y de corte transversal

En cuanto a la consulta de enfermería se utilizó como herramienta metodológica el Proceso de Atención de Enfermería.

POBLACION DEL ESTUDIO: usuarios adultos que concurrieron a la policlínica de Atención Primaria de la Salud del Hospital "Dr. Zoilo A. Chelle" de la ciudad de Mercedes en el período marzo – agosto 2013. Constituida por 415 usuarios.

Muestra: No probabilística, constituida por 322 usuarios que concurrieron a la consulta de enfermería en el período comprendido entre marzo –agosto de 2013.

Criterios de inclusión: Personas con edades comprendidas en el rango de 45 a 64 años que accedan a participar del estudio.

Criterios de exclusión: Personas menores de 45 años o mayores de 64 años.

Personas que expresen su voluntad de no querer participar del estudio.

PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION

El procedimiento de recolección de información se realiza en la policlínica de Atención Primaria de la Salud, en el marco del Programa Nacional de Salud de la Población Adulta, enfocado a la detección de los factores de riesgo cardiovascular dentro de los controles en salud.

Como instrumento se utiliza la consulta de enfermería, donde previa a la consulta médica se realiza:

1. Control de medidas antropométricas (peso,talla,cintura)
2. Control Presión arterial.



3. Control glicemia y colesterol capilar (si no tiene valores de análisis realizados en los tres meses previos a la consulta)
4. Llenado de consulta de enfermería con cuestionario sobre antecedentes personales, familiares, hábitos de vida.

Medición de peso

Los puntos 1 y 2 es una medición realizada por los internos de enfermería periódicamente supervisada para minimizar la variabilidad entre los observadores y vigila la precisión y exactitud de las medidas de acuerdo a las recomendaciones internacionales (3). En las mediciones antropométricas se utiliza una balanza calibrada periódicamente y un tallómetro que tenía una precisión de 1mm. Las mediciones se realizaron sin zapatos, con ropa mínima y al peso registrado se le descontó en forma uniforme el peso de la ropa.

La presión arterial fue controlada 3 veces de acuerdo a la forma en que se han realizado estudios epidemiológicos de esta magnitud poblacional (4-5) con un esfigmomanómetro automático marca OMRON modelo HEM-7113 INT, considerando la media de las 3 lecturas tomadas con un intervalo de 10 minutos entre ellas.

Variable Medición

DEFINICIONES OPERACIONALES

Variable Sexo:

Definición Conceptual: status biológico de una persona en cuanto hombre o mujer. En función de las circunstancias, esta determinación puede basarse en la apariencia de los genitales externos o del fenotipo.

Variable hipertensión

Categoría:



- masculino
- femenino

Escala: Cualitativa Nominal dicotómica.

Variable Edad:

Definición Conceptual: tiempo cronológico transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.

Categoría: De 45 a 64 años

- Escala: Cuantitativa Discreta

Variable Consumo de Alcohol

Definición Conceptual del consumo de **ALCOHOL**: Ingesta de bebida con contenido etílico.

Categoría: Consumo habitual de alcohol (sí/no)

- Escala: Cualitativa nominal dicotómica

Variable diabético:

Definición Conceptual: usuario con diagnóstico previo de Diabetes Mellitus

Categoría: Usuario diabético

- Sí o no

Escala: Cualitativa nominal dicotómica

Variable hipertensión

Definición conceptual: usuario con diagnóstico previo de Hipertensión Arterial

Categoría:

- Si o no

Escala: Cualitativa nominal dicotómica

Variable sedentarismo

Definición conceptual: usuarios que en la consulta de enfermería manifiestan no realizar actividad física (deportes, caminata, realizar actividades cotidianas que incluyan el traslado a pie a otro sitio, como por ejemplo: mandados)

Categoría:

- Si o no

Escala: Cualitativa nominal dicotómica

Variable: IMC (Índice de masa corporal)

Definición Conceptual: medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo. (Peso (kg)/Talla² (m))

Categorías:

- Bajo peso $IMC < 18.5 \text{ kg/m}^2$
- Normopeso : $18.5 \geq IMC > 24.9 \text{ kg/m}^2$
- Sobrepeso : $25 \geq IMC > 29.9 \text{ kg/m}^2$
- Obesidad : $IMC > 30 \text{ kg/m}^2$

Escala: Cualitativa ordinal

Variable Tabaquismo

Definición Conceptual: implica fumar, que consiste en inhalar y exhalar el humo generado al quemar tabaco

Categoría

- Si o no

Escala: Cualitativa nominal dicotómica

RESULTADOS

En total se estudiaron 322 usuarios con edades comprendidas entre 45 y 64 años, en el período marzo –agosto de 2013.

De esta cifra el 76 % son usuarios del sexo femenino y 24 % corresponden al sexo masculino.

El 47.8% de la población estudiada tiene más de 55 años.

Del total de usuarios sólo 8, que representan el 2.5% de la población estudiada, no presentan FRCV modificables. El 97.5% de la población estudiada tiene por lo menos un FRCV lo que confirma que esta población de adultos presentan una elevada prevalencia de FRCV.

El FRCV modificable con mayor incidencia en la población en estudio es el sobrepeso, con un 73.6% de los usuarios con IMC mayor a 25 kg/m², de los cuales el 39.2% son obesos (IMC ≥ 30 kg/m²), presentando el 5.0% del total de usuarios obesidad tipo III (IMC ≥ 40 kg/m²).

De los usuarios con sobrepeso, el 63.6% son hombres y el 69% son usuarios del sexo femenino.

El segundo FRCV modificable en importancia es el sedentarismo con un 49.7% de la población en estudio.

De la variable estudiada HTA, se detectó que un 32% se encontró con los valores por encima de los valores de normotensión al momento de recabar los datos, datos que coinciden con los aportados SUHA y los obtenidos en la 1ª encuesta nacional de ECNT del MSP. De esta cifra el 15% no cumplía con el tratamiento médico indicado.

También se estudió la variable Diabetes, del total de la población el 14 % son diabético. De estos el 87 % presentan también sobrepeso y el 59% presentan sobrepeso y sedentarismo, demostrando así la no adherencia a los pilares del tratamiento. Considerando los datos aportados por la encuesta de prevalencia de diabetes en Uruguay, elaborado por la Sociedad de Diabetología, en la que se detectó una prevalencia del 16 % de alteraciones en la glicemia, nuestro estudio muestra resultados similares. Es importante destacar que sólo el 9.9% de los usuarios presentan Diabetes e HTA, estos usuarios tienen un riesgo cardiovascular aumentado porque implican 2 patologías crónicas.

Si bien, desde la entrada en vigencia de la ley que prohíbe fumar en espacios cerrados, la incidencia del tabaquismo ha disminuido en el país, en la población estudiada, un 37.6% son fumadores de por lo menos 15 cigarrillos diarios. Una cifra similar, 34.8%, corresponde a los usuarios con dislipemias. Estos dos FR no son los que se presentan con mayor frecuencia en la población estudiada, sin embargo constituyen un porcentaje importante de los FRCV modificables, sobre los que se puede actuar a través de las policlínicas de cesación de tabaquismo y de nutrición.

Discusión

En el presente estudio se muestra una alta prevalencia de los factores de riesgos comportamentales y biológicos para ECV. Entre los factores de riesgo no modificables de mayor prevalencia esta la edad. Entre los modificables de tipo comportamental estuvieron la

inactividad física y la dieta aterogénica y entre los modificables de tipo biológico el sobrepeso y la obesidad, la dislipemias. Además el estudio muestra que la mayor parte de la población estudiada presenta 2 o más factores de riesgos de ECV. Estos resultados son similares a los reportados por la literatura científica internacional.

El 76 % de la población estudiada corresponde al sexo femenino, lo que indica que las mujeres son quienes más concurren a los controles

Más del 44.4% presentan un mayor acumulo de grasa abdominal. Ello reafirma que esta patología constituye actualmente un problema de salud pública con las repercusiones que puede traer esta enfermedad por sí misma y por ser un factor condicionante de la mayoría de las enfermedades crónicas. No se encuentra delgadez extrema y el índice de obesidad mórbida representa un 5%, lo que facilita dirigir las intervenciones, aunque sabemos la dificultad que presenta el modificar los estilos de vida de la población. El hecho de que la obesidad sea más frecuente en el sexo femenino es un argumento para señalar que las intervenciones deberían poner especial énfasis en este grupo, porque son ellas, la mayoría de las veces, las responsables de realizar las compras y de preparar los alimentos de la familia, y también las que transmiten los patrones culturales de alimentación a sus hijos.

CONCLUSIONES

Se logró cumplir con los objetivos planteados al inicio de la investigación.

La patología cardiovascular sigue siendo una de las principales causas de mortalidad en el Uruguay, el propósito de nuestra investigación fue determinar los principales FRCV en forma precoz, teniendo en cuenta que la mayoría de ellos son modificables.



De los resultados obtenidos se desprende la importancia que tendría priorizar acciones de concientización de la población para evitar el sedentarismo, ya que no sólo disminuiría un FRCV por sí mismo, sino que además ayudaría a disminuir el efecto de otros FRCV en la población. Recordemos que la actividad física ayuda a bajar de peso, a mejorar los niveles de presión arterial, a mejorar los valores de los lípidos en sangre y a mantener controlados los niveles de glicemia.

Se sugiere, por tanto, la realización de proyectos de intervención, por medio de informaciones y aclaraciones que intenten promover una alimentación más saludable, principalmente con reducción en el consumo de sal y ácidos grasos saturados totales.

Estimular la práctica de actividad física por medio de la ampliación de los espacios disponibles e implementación de programas que incentiven la adhesión de los adultos a un estilo de vida físicamente activa.

Bibliografía

1. Berríos X. Tendencia temporal de los factores de riesgo de enfermedades crónicas: ¿la antesala silenciosa de una epidemia que viene? *Rev Méd Chile* 1997; 125: 1405-7.
2. Albala C, Vío F, Kain J, Uauy R. Nutrition transition in Latin America: The case of Chile. *Nutr Reviews* 2001; 59: 170-6.
3. Habitch JP. Estandarización de métodos epidemiológicos cuantitativos sobre el terreno. *Bol of Sanit Panam* 1974; 76: 375-84.
4. Hense HW, Koivisto AM, Kuulasmaa K, Zaborskis A, Kupsc W, Tuomilehto J. Assessment of blood pressure measurement quality in the baseline surveys of the WHO MONICA project. *J Hum Hypertens* 1995; 9: 935-46.
5. Reynolds K, Gu D, Muntner P, Wu X, Chen J, Huang G et al. For the InterASIA Collaborative Group. Geographic variations in the prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in China. *J Hypertens* 2003; 21: 1273-81.
6. Ballesteros H., Vitancourt M. y otros. "Bases Científicas de la Administración". Editorial Interamericana. México, 1997.
7. Pineda E., Alvarado de E. y Canales F. Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. 2° ed. Organización Panamericana de la Salud. USA, 1994
8. http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=756:situacion-de-salud-en-las-americas-indicadores-basicos-2013&catid=715:indicadores-bsicos-&Itemid=260. Consultada 27/11/13 hora 21:30
9. http://www.paho.org/uru/images/stories/IndicadoresBasicos/boletin_ops_2.jpg. Consultada día 27/11/13 hora 21:45

10. http://www.paho.org/uru/images/stories/indicadoresBasicos/boletin_ops_1.jpg.
Consultada día 27/11/13 hora 21:50
11. http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=232&Itemid=%20. Consultada 27/11/13 hora 23:00
12. http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/1er_enfrecnt_2006_1.pdf
consultada el día 30/11/ 13 hora 17:25
13. <http://www.suc.org.uy/pdf/consenso%20ha3.pdf> consultada el día 04/12/2013 a la hora 23:04
14. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82062/1/WHO_HIS_HSI_13.1_spa.pdf
consultada el 04/12/2013 a la hora 23:29
15. <http://www.presidencia.gub.uy/wps/wcm/connect/Presidencia/PortalPresidencia/Comunicacion/comunicacionNoticias/salud-en-las-americas> consultada el 04/12/2013 a las 23:41
16. <http://www.cardiosalud.org/files/documents/chscv-revista-cientifica-2011.pdf> consultada el 07/12/2013 a la hora 17:25



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
MONTEVÍDEO

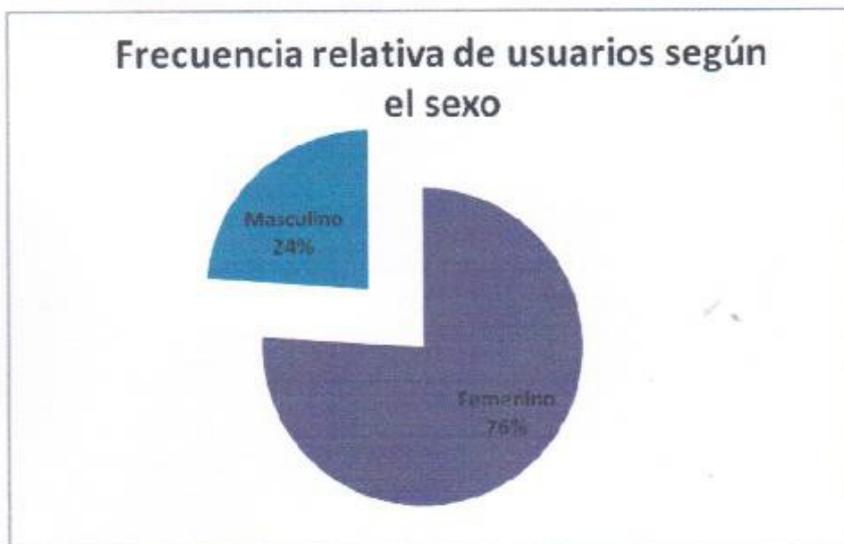


ANEXOS

ANEXO I

TABLA 1. Distribución de usuarios según el sexo

| Sexo | FA | FR |
|-----------|-----|-------|
| Femenino | 245 | 76.1% |
| Masculino | 77 | 23.9% |

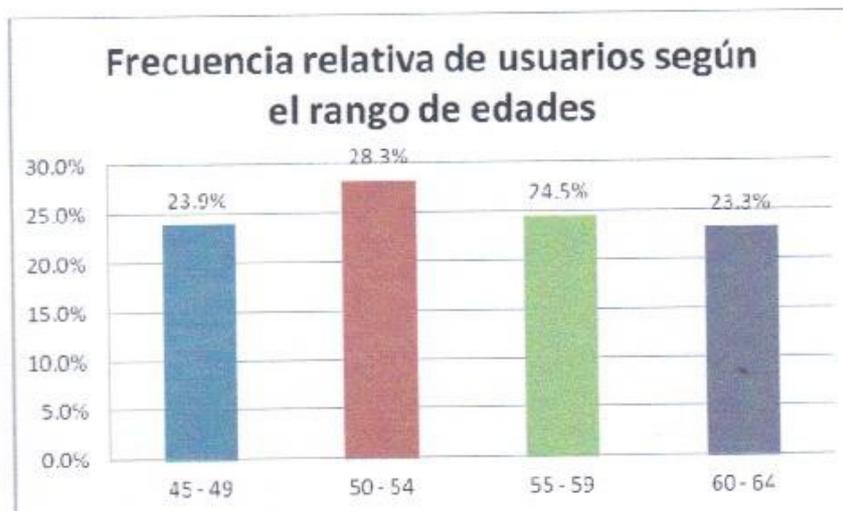


Gráfica Nº 1. Distribución de usuarios según el sexo.

Se representa la Frecuencia Relativa de usuarios según el sexo, donde se aprecia que más del 76% de la población estudiada pertenece al sexo femenino y sólo el 24 % son usuarios del sexo masculino.

TABLA 2. Distribución de usuarios según la edad

| Rango de edades FA | FR | FR |
|--------------------|----|-------|
| 45 - 49 | 77 | 23.9% |
| 50 - 54 | 91 | 28.3% |
| 55 - 59 | 79 | 24.5% |
| 60 - 64 | 75 | |

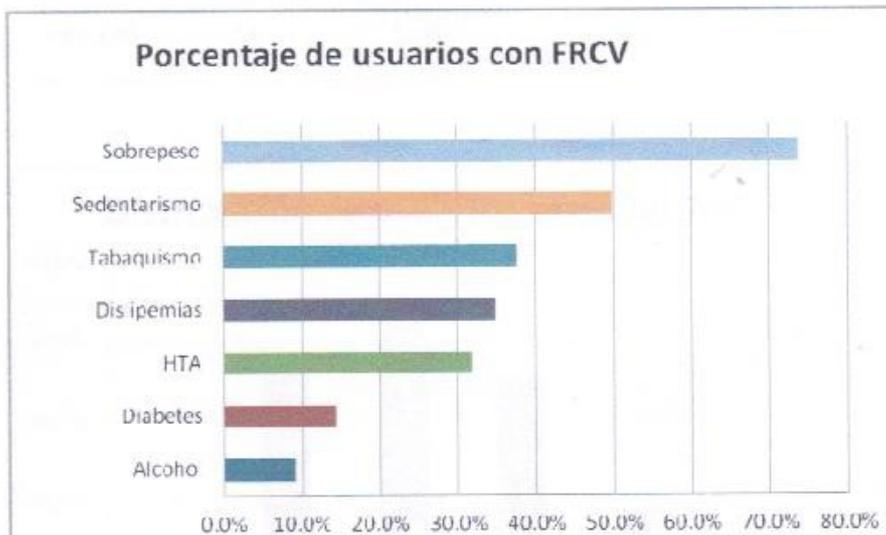


Gráfica Nº 2. Distribución de usuarios según la edad.

Se representa la Frecuencia Relativa de los distintos rangos de edades. Se aprecia que el mayor porcentaje de usuarios está comprendido en la franja de los 50 a los 54 años, con un 28.3%. Sin embargo, los usuarios con mayor riesgo de presentar patologías cardiovasculares son los mayores de 55 años, que en nuestro caso, constituyen el 47.8% del total de la población estudiada .

TABLA 3. Distribución de los distintos FRCV

| Factores de riesgo | FA | FR |
|--------------------|-----|-------|
| Alcohol | 29 | 9.0% |
| Diabetes | 46 | 14.3% |
| HTA | 102 | 31.7% |
| Dislipemias | 112 | 34.8% |
| Tabaquismo | 121 | 37.6% |
| Sedentarismo | 160 | 49.7% |
| Sobrepeso | 237 | 73.6% |



Gráfica Nº3. Distribución de usuarios según los distintos FRCV.

Se representa la Frecuencia Relativa de las distintos FRCV, donde se aprecia claramente que el FRCV modificable mas importante es el sobrepeso con el 73.6% de los usuarios con un IMC > 30, seguido por el sedentarismo con el 49.7% de los usuarios.

TABLA 4. Distribución de usuarios según el IMC

| IMC (kg/m ²) | FA | FR |
|--------------------------|-----|-------|
| menor a 18.5 | 2 | 0.6% |
| 18.5 - 24.9 | 83 | 25.8% |
| 25 - 29.9 | 111 | 34.5% |
| 30 - 34.9 | 82 | 25.5% |
| 35 -39.9 | 28 | 8.7% |
| mayor a 40 | 16 | 5.0% |

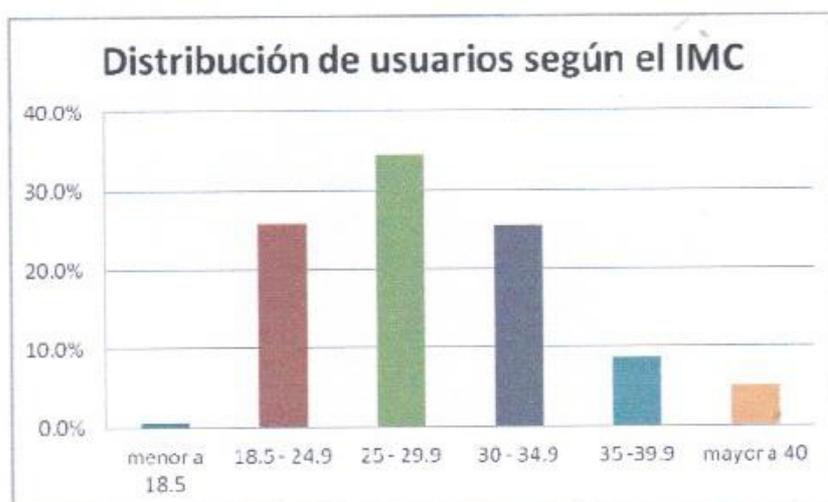


Gráfico Nº 4. Distribución de usuarios según el IMC.

Se representa la Frecuencia Relativa de usuarios según el IMC y se aprecia que sólo el 25.8% de los usuarios tienen normopeso, el 34.5% de los usuarios tienen sobrepeso, el 39.2% son obesos y el 5.0% tienen obesidad tipo III, es decir un IMC ≥ 40 .

TABLA 5. Distribución de usuarios con sobrepeso según el sexo

| Distribución de sobrepeso respecto al sexo | FA | FR |
|--|-----|-------|
| Mujeres | 169 | 69.0% |
| Hombres | 49 | 63.6% |

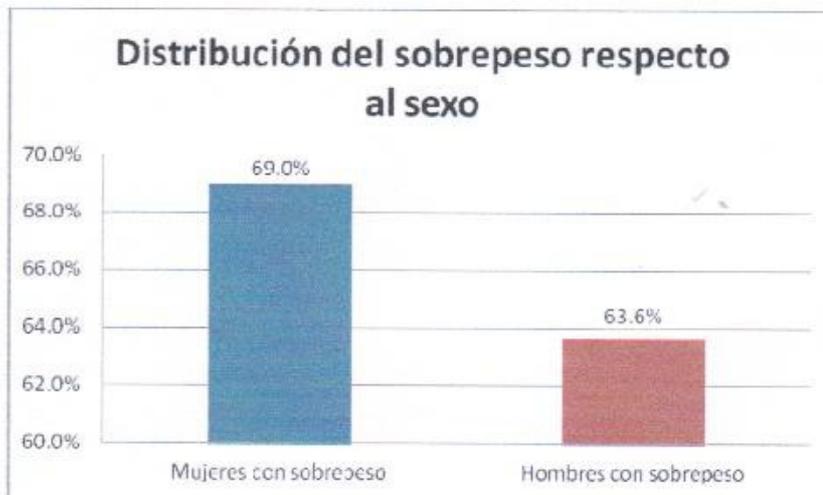
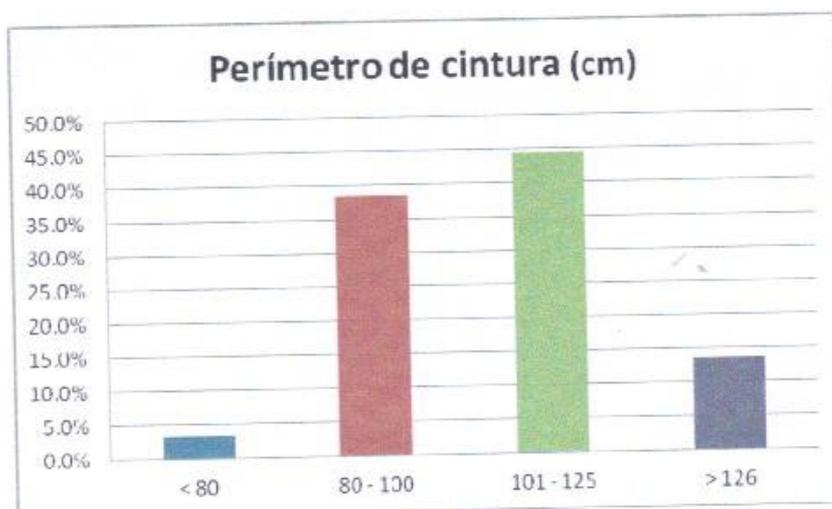


Gráfico Nº5. Distribución de usuarios con sobrepeso según el sexo.

Se grafica la frecuencia relativa de usuarios con sobrepeso respecto al sexo. Se aprecia que el 63.6 % de los hombres tienen sobrepeso mientras que el 69 % de las mujeres tienen sobrepeso.

TABLA N°6. Distribución de usuarios según el perímetro de la cintura

| Perímetro de cintura (cm) | FA | FR |
|---------------------------|-----|-------|
| < 80 | 11 | 3.4% |
| 80 - 100 | 124 | 38.5% |
| 101 - 125 | 143 | 44.4% |
| > 126 | 44 | 13.7% |



Gráfica N° 6. Distribución de usuarios según el perímetro de la cintura.

Se grafica la frecuencia relativa del perímetro de cintura en los usuarios estudiados. Se aprecia que el mayor porcentaje corresponde a las medidas comprendidas entre los 101 y los 125 cm



ANEXO II

Consulta de Enfermería

Fecha:.....

Nombre y apellido.....

C.I:..... N° de HC:.....

Dirección:..... Teléfono:.....

.....

Fecha de nacimiento:..... Edad:.....

Estado civil: Con quien vive.....

Procedencia.....

Nivel de instrucción: Analfabeto F PC SI SC TI TC
Otros

Ocupación:..... Horas de trabajo:.....

Vacuna Antitetánica: Vigente No vigente

Antecedentes Familiares:.....

Antecedentes Personales:.....

Antecedentes quirúrgicos:.....



Hábitos Nocivos:

Tabaquismo: Si Ex Fumador Hace:

Cuantos?:..... Cual?:

No

Fumador pasivo: Si No

Alcohol: Si No Frecuencia:.....

¿Realiza ejercicio físico?: Si No Cual:

Frecuencia:.....

En caso de presentar alguna patología crónica:

| | | | |
|--|---------------------|----|----|
| <u>Tratamiento que realiza:</u> | Higiénico-Dietético | SI | NO |
| | Ejercicio: | SI | NO |
| | Farmacológico | SI | NO |

Cuales medicamentos?.....
.....
.....
.....

Controles

Fecha del último control:

¿Cumple con cada uno de ellos? Si No

Sino cumple, el motivo: económico falta de motivación



¿Concorre a otra policlinica de APS? Si No ¿Cual?:

Impresión general:

.....
.....
.....

Valoración sistémica:

Sistema Cardiovascular:

P/A:mmhg

Frecuencia Cardiaca:pulso/min Ritmo: Regular

No Regular

Intensidad: Débil

Fuerte

Pulsos periféricos presentes en los 4 miembros: Si No

Relleno capilar: Instantáneo Lento

Varices: Si No Ulceraciones: Si No

Vari culas: Si No Calambres en MII Si No

Edemas: Si No en MID Si No

Dolor torácico: Si No

Características:.....

Sistema Respiratorio:

Frecuencia Respiratoria: resp/mint

Tipo de respiración:.....

Disnea: Si No

Utilización de músculos accesorios: Si No

Expansión torácica:.....

Presencia de tos: Si No Productiva: Si No

Ruidos respiratorios: Si No Tipo:.....

Sistema Digestivo Nutricional:

Peso: Talla: IMC: Perímetro Abdominal:

Trastornos Digestivos: Disfagia Odinofagia Vómitos Otros:.....

Apetito Conservado: Si No

Frecuencia de comidas diarias:

.....

Tipo de alimentación: Frutas Verduras Lácteos Carne roja

Carne blanca Fiambres/Embutidos Huevos Frituras

Boca:..... Piezas dentarias..... Focos sépticos Si No

Prótesis: Si No Lengua:

¿Cumple con alguna dieta indicada?: Si No ¿Cual?:

.....

Tránsito intestinal: Si No Frecuencia:

Ingesta de líquidos:.....



Sistema Nervioso Central:

Nivel de conciencia: Vigil Lúcido Desorientado Ansioso Irritado

Presencia de dolor: Si No Localización:

Movimientos: Conservados No conservados

Agudeza visual: Conservada No conservada

Agudeza auditiva: Conservada No conservada

Gusto: Tacto: Olfato:

Sueño y descanso:.....

Sistema Genito Urinario:

Frecuencia de la micción:

Características de la orina: Clara Turbia Híper coloreada Hematuria

Disuria: Si No

Oliguria: Si No

Tenesmo: Si No

Sistema Genito Reprodutor:

Mujeres: PAP: Si No Mamografía: Si No Fecha de último control:.....

Auto examen de mamas: Si No

Hombres: Examen de próstata: Si No Fecha de último control:.....



Sistema Tegumentario:

Color piel y mucosas: Hipocoloreada Normocoloreada Hipercoloreada

Higiene: buena regular mala

Integridad: Si No Lesiones:

Pliegue cutáneo: Hipoelástico Normoelástico

Herida quirúrgica: Si No Curación:

Úlceras por presión: Si No Ubicación: Grado:

Músculo esquelético

Marcha: Asistida Libre o Estable

Fuerzas conservadas: Si No

Tono muscular conservado: Si No

Movilidad e integridad de los miembros: Amputación: Si No

Localización:

Columna cervical: lesión: Tipo: Dolor: Si No

Sistema Endocrino:

Cambio de peso frecuente: Si No

Presenta sofocos, calores, etc: Si No

Si es diabético: HGT: Tipo: I II

Se adjunta ficha de diabético si corresponde

Tiroides: Si No Tipo:

Sistema Biopsicosocial:

¿Cómo se siente?.....



¿Con quién vive?.....

¿Cómo es su relacionamiento con el entorno?.....

¿Tiene situaciones de estrés?.....

¿Tiene conflictos con sus familiares?.....

¿Realiza actividades recreativas? ¿Cuáles?.....

¿En caso de necesitar cumplir dieta, ¿tiene apoyo familiar?.....

Observaciones:

Mediante la consulta de enfermería al usuario/a se le detectaron los siguientes factores de riesgo

Cardiovasculares:.....
.....
.....

Otros:.....
.....
.....

Objetivos Planteados

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Educación Realizada:



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....