



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CÁTEDRA DE ADULTO Y ANCIANO

# **FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ADULTOS MAYORES DE LA CIUDAD DE CARDONA Y FLORENCIO SANCHEZ DPTO. DE SORIANO**

**Autores:**

Br. Cedrés, Noelia  
Br. Pda Silva, Vanessa  
Br. García, Bibiana  
Br. Rodríguez, María

**Tutor:**

Prof. Lic. Virginia Aquino

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

Montevideo, 2014



UNIVERSIDAD  
DE LA REPUBLICA  
URUGUAY



## AGRADECIMIENTOS

ACV: Atenea Cardiovascular

CE: Centro de Estudios

A la Facultad de Enfermería por habernos dado la oportunidad de mejorar nuestra formación en el área, porque de no ser por esta modalidad se nos hubiera hecho imposible llegar a obtener el título de Licenciadas en Enfermería.

A nuestra docente tutora Lic. Enf. Lujan Casco quien siempre ha estado brindándonos su apoyo incondicional en todo este tiempo de crecimiento profesional.

FA: Facultad de Ciencias

A nuestras familias que nos apoyaron incondicionalmente en toda la carrera y no nos dejaron bajar los brazos aun en nuestros momentos más difíciles.

A la Institución Cams Cardona que nos proporciono el campo de práctica.

A nuestros compañeros de trabajo que con su solidaridad lograron estimularnos en este difícil camino que elegimos transitar.

EMIC: Miembros Infecciones

MSP: Ministerio de Salud Pública

OMS: Organización Mundial de la Salud

PA: Presión Arterial

PAD: PA Diastólica

PAS: PA Sistólica

SUSA: Sociedad Uruguaya de Hipertensión Arterial

U.E: Unidad Ejecutora



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA

## GLOSARIO

ACV: Ataque Cerebrovascular	1
c.c: Centímetros cúbicos.	2
CAMS: Cooperativa de Asistencia Médica de Soriano	2-4
CHSC: Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular	4
CV: Cardiovascular	4-5
DM: Diabetes Mellitus	5
ECNT: Enfermedades Crónicas No Transmisibles	8
ECV: Enfermedad CV	7-18
FR: Factor de Riesgo	17-18
FRCVM: FRCV Modificable	18-22
FRCVNM: FRCV No Modificable	
HTA: Hipertensión Arterial	
IC: Insuficiencia Cardíaca	
IM: Infarto de Miocardio	
IMC: Índice de Masa Corporal	
MMII: Miembros Inferiores	
MSP: Ministerio de Salud Pública	
OMS: Organización Mundial de la Salud	24-31
PA: Presión Arterial	32-37
PAD: PA Diastólica	34-35
PAS: PA Sistólica	36-37
SUHA Sociedad Uruguaya de Hipertensión Arterial.	38
U.E: Unidad Ejecutora	





UNIVERSIDAD  
DE LA REPUBLICA  
URUGUAY



## INDICE

Resumen	1
Palabras claves	2
Introducción	2-4
Planteamiento del problema	4
Justificación	4-5
Objetivo general	6
Objetivos específicos	6
Marco teórico	7-16
Antecedentes	17-18
Metodología	18-22
-tipo de estudio	
-universo de estudio	
-muestra	
-criterios de inclusión y exclusión	
-procedimientos para la recolección de información	
-definiciones operacionales	
Aspectos éticos	23
Resultados	24-31
Discusión	32-33
Conclusión	34-35
Bibliografía	36-37
Anexos	38

## RESUMEN

El problema de estudio fue identificar los Factores de Riesgo Cardiovascular modificables y no modificables en Adultos Mayores, usuarios de CAMS U.E Cardona, atendidos en policlínicas de Medicina General durante el mes de noviembre/2013; estableciendo la relación existente entre los distintos factores de riesgo cardiovascular encontrados e identificar aquellos elementos que nos permitan fortalecer las estrategias que disminuyan la morbimortalidad.

Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal y con muestreo no probabilístico.

El universo lo constituyen todos los usuarios que concurren a las policlínicas de Medicina general en el mes de noviembre de 2013, siendo la muestra de 80 personas mayores de 65 años.

Se realizó la consulta de Enfermería, se aplicó el instrumento ETSA proporcionado por la Cátedra de Adulto y Anciano de la Facultad de Enfermería, se tabulan datos y los resultados se presentan en tablas y gráficos.

El resultado muestra como evidencia que el FRCV modificable con mayor incidencia es la HTA con un 80%. Le siguen en importancia el estrés 51,25%, obesidad 51,25%, sedentarismo con un 47,5% e hipercolesterolemia 37,5%.

Se observa estrecha relación entre el desarrollo de la hipertensión y la obesidad y el estrés, ya que estos están presentes en más de la mitad de la población.

El 96 % de la población estudiada tiene por lo menos un factor de riesgo, lo que confirma que esta población presenta una importante cantidad de factores de riesgo cardiovascular, considerándose conveniente plantear estrategias preventivas multidisciplinarias para disminuirlos y mejorar los estilos de vida.

**Palabras Claves:**

Anciano, anciano de 80 o más años, factores de riesgo, enfermedades cardiovasculares.

**INTRODUCCIÓN**

El siguiente trabajo de investigación fue realizado por cuatro 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 Prof. Adj. Virginia Aquino

El informe realizado se enmarca dentro del trabajo de investigación, donde se plantea indagar los factores de riesgos cardiovasculares modificables y no modificables en los usuarios adultos mayores, atendidos en la Policlínica de Medicina de Cams U.E. Cardona-Fcio. Sánchez en el dpto. de Soriano, en el mes de noviembre 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, estrés, hipertensión, diabetes, sedentarismo, tabaquismo y obesidad.

Las enfermedades cardiovasculares son un problema de Salud Pública por su 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, datos extraídos de página web de Ministerio de Salud Pública.

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 en mayor proporción en edades más avanzadas, lo que se agrava por la presencia de la pluripatología. 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 mayores adquiere especial relevancia, porque permite identificar su vulnerabilidad y contribuye a focalizar las estrategias para controlar los cinco principales factores de riesgo. La falta de control integral al usuario y la presencia de diabetes y obesidad incrementan el riesgo de eventos cardiovasculares.

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 mayor que se atiende en CAMS UE. Cardona-Fcio. Sánchez.

El procedimiento de recolección de información se realiza en la Consulta de Enfermería que funciona previo a la Consulta con el médico de referencia del usuario.

Como herramienta se utiliza instrumento ETSA proporcionado por la Cátedra de Adulto y Anciano de la Facultad de Enfermería.

En la consulta de enfermería, 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 del instrumento ETSA proporcionado por la Cátedra de Adulto y Anciano de la Facultad de enfermería.

### **Planteamiento del problema.**

¿Cuáles son los factores de riesgo cardiovascular presentes en la población adulta mayor que se atienden en el servicio de policlínica de Medicina General de CAMS U.E de Cardona y Florencio Sánchez en noviembre 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 mayor y la posibilidad de actuar sobre dichos factores. En base a los datos recabados se podrán implementar a nivel local actividades que contribuyan a disminuir una de las principales causas de morbimortalidad en la franja etárea considerada.

Existe elevada prevalencia de ECV en Uruguay, que muestran altas cifras de mortalidad, correspondiendo a un promedio de 10.000 persona que por año mueren por esta causa, 27 por día, de los cuales 5, tienen más de 65 años (1,2).

No se han encontrado investigaciones sobre factores de Riesgo Cardiovasculares en Adultos Mayores en la población de Cardona y Florencio Sánchez.

El grupo investigador considera que este estudio puede proporcionar datos para conocer la prevalencia de estos factores y así dar inicio a la



implementación de actividades de mejoramiento en la disminución de la morbimortalidad de las Enfermedades Cardiovasculares y lograr una mejor calidad de vida para el usuario.

Además, interesa esta franja etárea porque la población uruguaya presenta un envejecimiento sostenido y creciente y las proyecciones demográficas dan cuenta que para 2030 los adultos mayores alcanzarán un 22,3% del total de la población. (3)

Los resultados del Censo 2011 ratifican la agudización del proceso de envejecimiento de la población uruguaya, propio de un país en una fase muy avanzada de la transición demográfica, similar a la que se encuentran los países desarrollados.

Hoy en día en Uruguay existen 463.726 adultos mayores.

La población de 65 o más años pasó de representar el 7,6% del total en el censo de 1963 al 14.1% en el Censo 2011 (4) y como tendencia de la última década se reafirma que la mortalidad es exponencial a medida que avanza la edad (a partir de los 65 años) y que es mayor en las mujeres cuando se comparan todos los grupos etarios. (5)

Dentro de los FRCVM en Uruguay, el estilo de vida no saludable, es uno de los que más marcados en los adultos mayores, el 83% de estos son sedentarios y más del 50 % padecen de diversos grados de sobrepeso y obesidad. (3)

Como futuras licenciadas en enfermería e integrantes del equipo multidisciplinario de la Salud, el conocer los FRCV, permite detectar problemas concretos de los adultos mayores de CAMS U.E. Cardona-Fcio. Sánchez.

Este trabajo puede ser el punto de partida para la realización de nuevas investigaciones.

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la presencia de Factores de Riesgo Cardiovasculares en la población adulta mayor que consulta en las policlínicas de CAMS U.E de la ciudad de Cardona y Florencio Sánchez, en el periodo noviembre 2013

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

1. Identificar las características de la población de estudio según los indicadores sociodemográficos de ETSA.
2. Determinar el porcentaje de usuarios adultos mayores con Factores de Riesgo Cardiovascular modificables.
3. Determinar el porcentaje de usuarios con Factores de Riesgo Cardiovasculares no modificables.
4. Establecer la relación existente entre los distintos factores de riesgo cardiovascular encontrados en la población en estudio.
5. Identificar aquellos elementos que nos permitan fortalecer las estrategias de promoción de salud y disminuir la morbimortalidad.

## **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.

### **ADULTO MAYOR**

EL ciudadano Adulto Mayor es un actor social, al igual que las personas de otros grupos etáreos, con capacidades para aportar y con necesidades propias. Según la ley 17.066 del adulto mayor en Uruguay (ver anexo N°1) que consta en el artículo 2° de capítulo 2 se consideran adultos mayores a todas las personas mayores de 65 años. (6)

### **ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES**

Las enfermedades C.V. constituyen una de las áreas de investigación más extensas de la epidemiología y la salud, debido a la magnitud de su prevalencia y la importancia que tiene como factor determinante de la calidad de vida de las

personas ancianas, y muy especialmente por las posibilidades de su prevención son en Uruguay, como en la mayoría de los países la primera causa de muerte y están entre las de mayor prevalencia.

Enfermedades cardiovasculares según la OMS:

Las enfermedades cardiovasculares (ECV), es decir, del corazón y de los vasos sanguíneos, son:

- La cardiopatía coronaria – enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan el músculo cardíaco (miocardio);
- Las enfermedades cerebrovasculares – enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro;
- Las arteriopatías periféricas – enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan los miembros superiores e inferiores;
- La cardiopatía reumática – lesiones del miocardio y de las válvulas cardíacas debidas a la fiebre reumática, una enfermedad causada por bacterias denominadas estreptococos;
- Las cardiopatías congénitas – malformaciones del corazón presentes desde el nacimiento.
- Las trombosis venosas profundas y embolias pulmonares – coágulos de sangre (trombos) en las venas de las piernas, que pueden desprenderse (émbolos) y alojarse en los vasos del corazón y los pulmones.

La enfermedad cardiovascular (ECV) tiene un tremendo impacto en la sociedad uruguaya en términos de mortalidad, morbilidad y en los costos sanitarios asociados.

Es destacable que este grupo de enfermedades ocupa una posición central entre los problemas de salud de la población y particularmente entre los ancianos.

Si bien estas enfermedades están presentes en la edad adulta previa a la vejez, algunas de ellas como la insuficiencia cardíaca o la enfermedad coronaria se hacen más frecuentes con la edad avanzada. La mayor parte de los pacientes que las padecen son mayores de 65 años, por lo que probablemente haya que definir las conjuntamente con las características propias de esta población.

Entre los ancianos las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de enfermedad y muerte. Además de esta gran mortalidad, producen una enorme morbilidad, causando un sin fin de ingresos hospitalarios y finalmente, pero no menos importante, son una fuente importante de incapacidad en esta población. Es fácil de entender esta incapacidad en una persona mayor limitada seriamente en su deambulaci3n, movilidad y autonomía, por problemas respiratorios secundarios a su patología cardíaca.

Con el envejecimiento se producen una serie de cambios en la estructura y en el funcionamiento del corazón y de las arterias. Estos cambios disminuyen la capacidad de reserva del corazón, predisponen a la presencia de enfermedades y limitan la máxima capacidad de ejercicio.

Las arterias se engruesan y se vuelven más rígidas con los años favoreciéndose una forma de presión arterial a expensas de los valores sistólicos, muy frecuente entre los ancianos. Por otra parte, el corazón no puede alcanzar frecuencias cardíacas tan altas con el ejercicio como en la edad adulta, teniendo que recurrir a adaptaciones de su fisiología para intentar mantener un funcionamiento adecuado.

Se entiende como epidemiología: "Estudio de la distribución y determinante de las enfermedades y/o problemas de salud en una población específica y la aplicación de este estudio al control de los problemas de salud", Diccionario océano MOSBY 4ª edición.



Para epidemiología un factor de riesgo es toda aquella característica innata o adquirida que aumentan las posibilidades en una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.

### **FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR**

El concepto de "factor de riesgo" nace en la mitad del siglo XX a partir de las primeras publicaciones del estudio Framingham. Se define como "aquella característica innata o adquirida del individuo que se asocia con una probabilidad aumentada de fallecer o de padecer una determinada enfermedad o condición". Sus referentes iniciales corresponden a la patología coronaria, y se dividen en base de la morbimortalidad que determinan en mayores o menores. Los datos de Framingham y los aportados por estudios posteriores dieron lugar a la puesta en marcha de ensayos controlados cuyas principales consecuencias en los EE.UU. fueron la campaña contra el tabaquismo durante los años sesenta, contra la hipertensión arterial (HTA) en los setenta y contra el colesterol a partir de los ochenta. Entre la población anciana este tipo de estudios se han diseñado y aplicado con un retraso medio de 15-20 años según los casos.

Un mejor conocimiento de los factores de riesgo cardiovasculares reviste gran importancia en la medida que actúan como potenciadores de la principal causa de muerte en los países desarrollados.

Los factores de riesgo que afectan al desarrollo de las ECV se pueden clasificar de varias formas: una de ellas es la que los agrupa en diferentes categorías según sean modificables o no modificables.

**No modificables:** son propios de la persona, es decir, siempre existirá y no es posible revertirlo o eliminarlo.

**Modificables:** son aquellos que intervienen de forma directa en los procesos de desarrollo de la enfermedad C.V. y que pueden ser corregidos o eliminados cuando realizamos cambios en nuestro estilo de vida.



En el presente trabajo se tomara en cuenta como factores no modificables: sexo, edad, y herencia; y como modificables: hipertensión, tabaquismo, hipercolesterolemia, obesidad, sedentarismo, diabetes y estrés.

La hipertensión en los ancianos se consideraba, tiempo atrás, una compensación fisiológica necesaria de las alteraciones vasculares asociadas a la edad. Sin embargo, los ensayos sobre el tratamiento de la hipertensión en pacientes ancianos ponen de manifiesto que el control de la presión arterial da lugar a reducciones significativas de los objetivos de valoración clínicos de infarto de miocardio, ictus y muerte cardiovascular.

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 cardiaca, 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

Quando 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.

- **Hipercolesterolemia**

Las tasas plasmáticas de colesterol total aumentan en el varón durante su vida adulta hasta los 60-65 años, para descender después. En las mujeres el ascenso es a partir de los 50 años y su descenso más tardío, a los 70-75 años. Los triglicéridos tienen una curva paralela. Ello explica que la prevalencia de hipercolesterolemia disminuya en edades avanzadas y de forma más precoz en el varón.

Hipercolesterinemia: es la presencia de niveles elevados del colesterol en la sangre.

No puede considerarse una patología sino un desajuste metabólico que puede ser secundario a muchas enfermedades y puede contribuir a muchas formas de enfermedad, especialmente cardiovascular.

El colesterol elevado en la sangre se debe a las anormalidades en los niveles de lipoproteínas, las partículas que llevan el colesterol en la circulación sanguínea.

Los niveles altos en colesterol se tratan con dietas bajas en lípidos, medicamentos, y a veces con tratamientos que incluyen cirugía (para los subtipos graves particulares). Éste es énfasis también creciente en otros

factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular, tal como presión arterial alta.

- **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:

A. 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.

B. 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.

Consecuencias frecuentes de la diabetes datos según la OMS:

Con el tiempo, la diabetes puede dañar el corazón, los vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios.

La diabetes aumenta el riesgo de cardiopatía y accidente vascular cerebral (AVC). Un 50% de los pacientes diabéticos mueren de enfermedad cardiovascular (principalmente cardiopatía y AVC).

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).

- **Tabaquismo**

Consumo de tabaco: se entiende por el hábito de fumar cigarrillos, y se considera como fumador aquel que consume un promedio de más de 1 cigarrillo diario por un lapso mayor de 6 meses, según la OMS.

Se sabe que el tabaquismo es el F.R.C.V. de más fácil prevención.

El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares.

Es el responsable de aproximadamente el 50% de las muertes evitables, la mitad de dichas muertes son debidas a E.C. V.

La nicotina es una de las sustancias de mayor adicción en el tabaco. Cuando la nicotina (poderoso estimulante) es inhalada, empieza a actuar de forma casi instantánea forzando a las glándulas suprarrenales a segregar adrenalina, lo que provoca un aumento del ritmo cardíaco y de la presión de la sangre. En estas condiciones el corazón trabaja con más esfuerzo y se deteriora más rápidamente. La nicotina también estrecha o constriñe los capilares y las arterias, lo que eleva la presión sanguínea y reduce la circulación en los dedos, en las puntas de los pies y en toda la superficie corporal. Al mismo tiempo, la cantidad de oxígeno disponible para el corazón se reduce, lo que puede traer consigo serias complicaciones si el músculo del corazón está ya recibiendo un flujo inadecuado de sangre como resultado de la enfermedad isquémica (estrechamiento) de las arterias coronarias.

El tabaco produce una combinación de niveles incrementados de adrenalina, ritmo cardíaco acelerado, elevación de la presión sanguínea, falta de oxigenación de las células y daños en las paredes de las arterias.

Los resultados de todos estos procesos han sido suficientemente comprobados en numerosos estudios epidemiológicos en los que se ha encontrado una alta correlación entre el hábito de fumar y la mortalidad cardiovascular. De hecho, los fumadores tienen un 70% más de probabilidad de padecer enfermedad coronaria y al hábito de fumar se le considera responsable de un 30% de las muertes coronarias en los países desarrollados.

- **Sedentarismo**

El sedentarismo es la actitud del sujeto que lleva una vida sedentaria. En la actualidad, el término está asociado al sedentarismo físico (la falta de actividad física). En su significado original, sin embargo, el sedentarismo hacía referencia



al establecimiento definitivo de una comunidad humana en un determinado lugar.

- **Obesidad**

Según la OMS: El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ).

La definición de la OMS es la siguiente:

Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso.

Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad.

El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, puesto que es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Sin embargo, hay que considerarla a título indicativo porque es posible que no se corresponda con el mismo nivel de grosor en diferentes personas.



## 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.

**Universo de estudio:** usuarios adultos mayores socios de CAMS UE Cardona-Fcio. Sánchez que concurren a las policlínicas de medicina en el mes de noviembre del 2013.

Constituido por 200 usuarios.

**Muestra:** 80 usuarios adultos mayores socios de CAMS UE Cardona-Fcio. Sánchez que concurren a las policlínicas de Medicina en el periodo noviembre 2013.

**Criterio de inclusión:**

Todos los Adultos Mayores que se atiendan en la policlínica de Medicina y que accedan a participar de la investigación a través del consentimiento informado.

**Criterio de exclusión:**

Personas menores de 64 años que concurren a las Policlínicas de medicinas y aquellos adultos mayores que no acceden a participar de la investigación y/o estuviesen impedidos por no estar en pleno uso de sus facultades.

## PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION

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

En la consulta de enfermería se utilizó como herramienta metodológica el Proceso de Atención de Enfermería (anexo I) 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.

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 anaeroide marca OMRON modelo HEM-7113 INT, considerando la media de las 3 lecturas tomadas con un intervalo de 10 minutos entre ellas.

El otro instrumento utilizado es ETSA (Anexo II) proporcionado por la Cátedra de Adulto y Anciano de la Facultad de Enfermería.

### Definiciones operacionales

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIZACIÓN
Edad	Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista.	Cuantitativa discreta	Franja etaria >65 años
Sexo	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer teniendo en cuenta las características anatómicas y cromosómicas.	Cualitativa, nominal, dicotómica.	Femenino. Masculino.
Antecedentes personales	Patología aguda o crónica que padezca al momento de la entrevista.	Cualitativa nominal.	HTA. Diabetes. Hipercolesterolemia. Obesidad. Estrés. Tabaquismo. Sedentarismo.
Antecedentes familiares		Variable cualitativa nominal	-Tiene -No tiene
Hipertensión arterial	Fuerza que ejerce la sangre sobre las	Cualitativa nominal	Hipotenso (menor de 90/60 mmHg)

	paredes de los vasos sanguíneos.	dicotómica	Normotenso (100/60 mmHg a 130/90 mmHg) Hipertensión leve (140/90 mmHg a 160/100 mmHg) Hipertensión moderada (160/100 a 180/110 mmHg) Hipertensión severa (mayor a 180/110 mmHg).
Diabetes	Nivel de glucosa en sangre mayor 1 g/l.	Cualitativa nominal dicotómica	< a 0.60 g/l = hipoglicemia 0.70 a 1 g/l = normoglicemia De 1 a 1.25 g/l = glicemia alterada en ayunas > a 1.25g/l = hiperglicemia
Hipercolesterolemia	Elevado nivel de colesterol en sangre por encima 200 mg/dl.	Cuantitativa continúa.	Normal < 200 mg/dl Intermedio 200 a 239 mg/dl Severo > 240 mg/dl
Obesidad	Datos obtenidos a través de la medición del IMC.	Cualitativa ordinal	Bajo peso: IMC < a 20 Normal IMC 20-24,9 Sobrepeso IMC 25-29,9 Obesidad IMC 30-40 Obesidad severa IMC > 40
Sedentarismo	Actividad física menor de 30 minutos diarios, menos de 3 veces alternadas por semana.	Variable cualitativa nominal.	Sedentario: actividad física menor a 30 minutos diarios, menos de tres veces alternados por semana Activo: actividad física mayor

			o igual a 30 minutos diarios, tres veces alternadas por semana.
Tabaquismo	Conducta que asume el individuo con respecto al consumo de cigarrillos.	Variable cuantitativa discreta.	I- no fuma II- menos de 5 III- de 5 a 20 IV- más de 20
Estres	Cualquier reacción o respuesta del organismo frente a las demandas del ambiente.	Variable cualitativa nominal	- Tiene - No tiene





### **ASPECTOS ETICOS**

Con el aval de la autoridad de la institución Cams U.E. Cardona y de la Facultad de Enfermería para la realización de nuestro trabajo final (anexo IV), se entregara a cada usuario adulto mayor un consentimiento escrito (anexoV) que autorice el uso de sus datos para este estudio, garantizando la confidencialidad, mediante su firma.

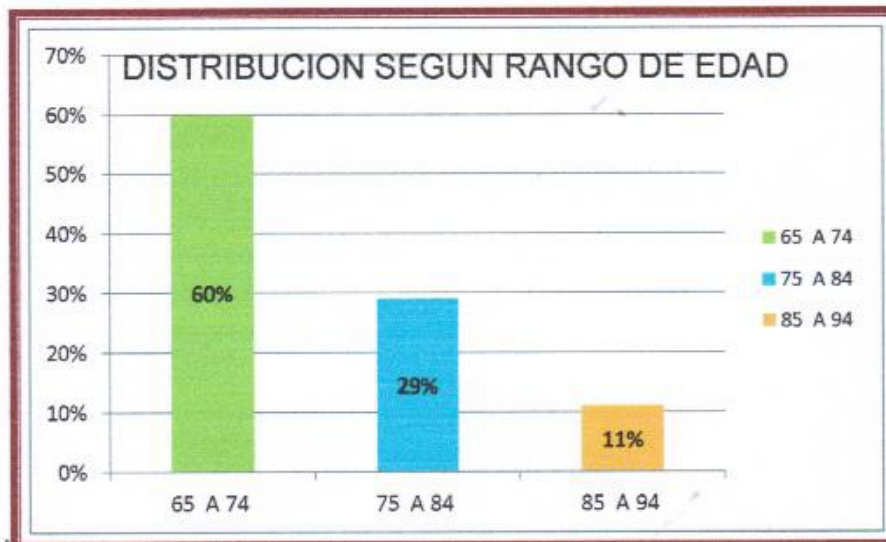
## RESULTADOS

En total se estudiaron 80 usuarios con edades comprendidas entre 65 A 94 años, en el mes de noviembre de 2013. El 89% de la población estudiada esta en el rango de 65 a 84 años.

TABLA N°1. Distribución de usuarios según la edad

Rango de edades FA	FR
65 A 74	48 60%
75 A 84	23 29%
85 A 94	9 11%

Gráfica N° 1. Distribución de usuarios según la edad.



Fuente de datos: Consulta de enfermería e Instrumento de recolección de datos ETSA, Cátedra adulto-anciano.

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 65 a 74 años, con un 60%, siguiendo la franja etaria de 75 a 84 con un 29%. Estos grupos integra según datos estadísticos a los usuarios con mayor riesgo de presentar patologías cardiovasculares y quienes presentan más de 1 factor de riesgo cardiovascular.

De esta cifra el 57 % son usuarios del sexo femenino y 43 % corresponden al sexo masculino.

TABLA N°2. Distribución de usuarios según el sexo

Sexo	FA	FR
Femenino	45	57%
Masculino	35	43%

Grafica N°2: Distribución de usuarios según el sexo



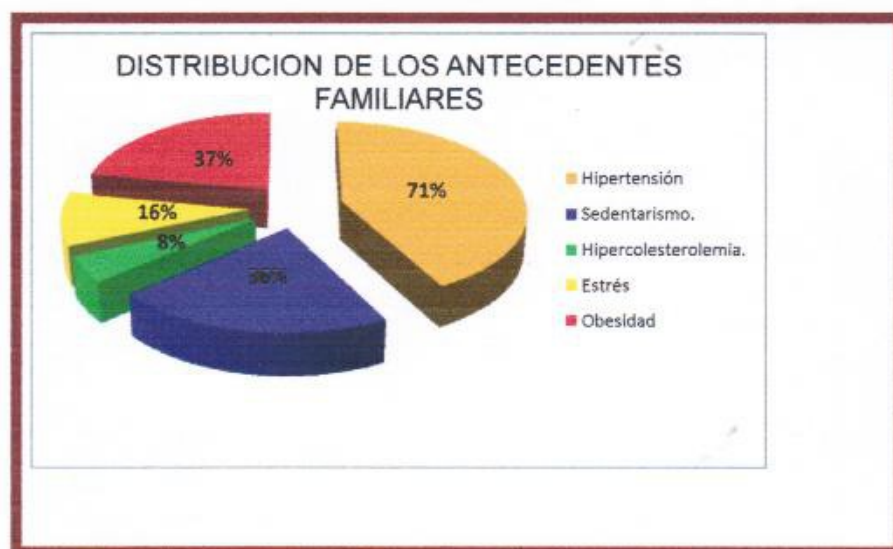
Fuente de datos: Consulta de enfermería e Instrumento de recolección de datos ETSA, Cátedra adulto-anciano.

Del total de usuarios estudiados los antecedentes familiares que mayoritariamente se destacan son: HTA con un 71%, la obesidad con un 37% y el sedentarismo con un 36%.

TABLA N° 3: Distribución de los usuarios según los antecedentes familiares.

A. Familiares	F.A	F.R %
Hipertensión	57	71%
Sedentarismo.	29	36%
Hipercolesterolemia.	7	8%
Estrés	13	16%
Obesidad	30	37%

GRAFICA N°3: Distribución de los usuarios según los antecedentes familiares.





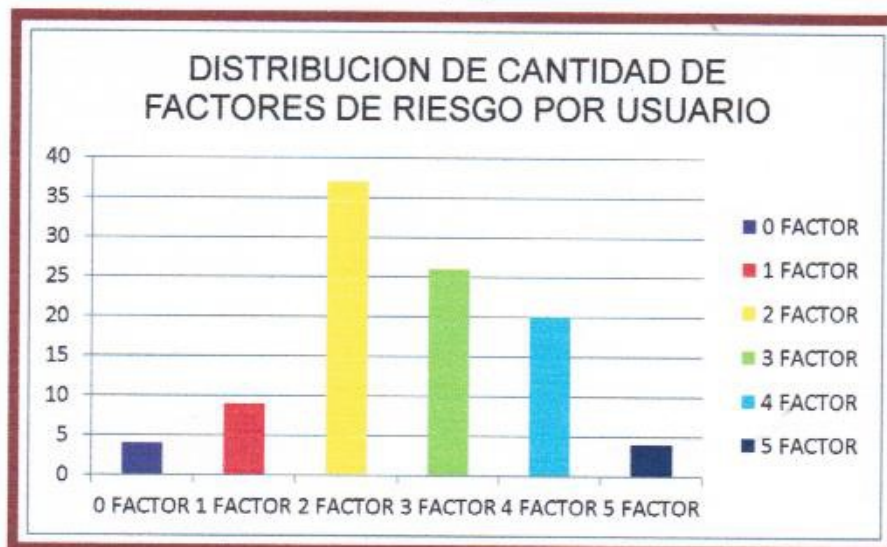
Fuente de datos: Consulta de enfermería e Instrumento de recolección de datos ETSA, Cátedra adulto-anciano.

De todos los usuarios, sólo 3, que representan el 4% de la población estudiada, no presentan FRCV modificables. El 96% de la población estudiada tiene por lo menos un FRCV lo que confirma que esta población de adultos mayores presenta una importante cantidad de FRCV.

TABLA Nº 4: Distribucion de los usuarios de acuerdo a la cantidad de FRCV que presentan.

Cantidad de factores de riesgo F.A	F.R %
0	3
1	7
2	37
3	21
4	16
5	3

GRAFICO Nº 4: Distribucion de los usuarios de acuerdo a la cantidad de FRCV que presentan.



Fuentes de datos: Consulta de enfermería e Instrumento de recolección de datos ETSA, Cátedra adulto-anciano.

El FRCV modificable con mayor incidencia en la población en estudio es la HTA, con un 80%, 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 cumple con el tratamiento médico indicado.

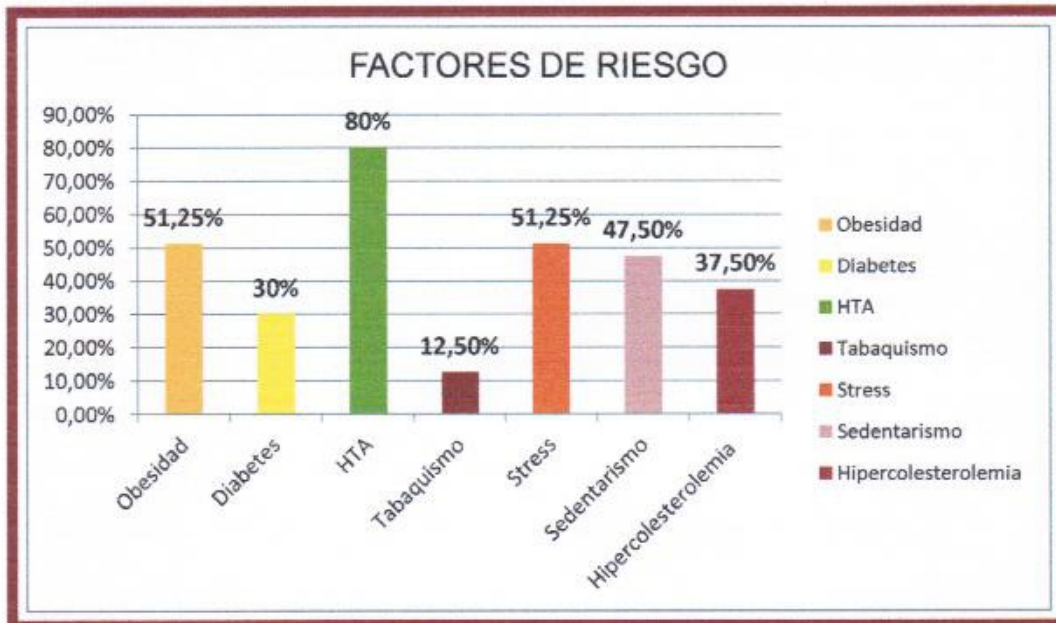
Le siguen en importancia el estrés 51,25%, obesidad 51,25%, sedentarismo con un 47,5% e hipercolesterolemia 37,5%.

TABLA N° 5. Distribución de los distintos FRCV en la población en estudio.

Factores de riesgo	FA	FR
Obesidad	41	51,25%
Diabetes	24	30%
HTA	64	80%
Tabaquismo	10	12,5%
Stress	41	51,25%
Sedentarismo	38	47,5%
Hipercolesterolemia	30	37,5%



GRAFICA N° 5: Distribución de los distintos FRCV en la población en estudio.



Fuente de datos: Consulta de enfermería e Instrumento de recolección de datos ETSA, Cátedra adulto-anciano.

De los usuarios Hipertensos 66,66% pertenecen al sexo femenino y 33,34% al masculino.

De los usuarios que sufren estrés 51,35% pertenecen al sexo femenino y 48,65% al sexo masculino. En la población estudiada se ha valorado que muchos de ellos viven sin su pareja pues los mismos han fallecido representando un 30%. A esta edad se constata solo un 3,75% de la población que no tiene pareja porque están divorciados. De los usuarios con sobrepeso y obesidad el 56,66% corresponden al sexo femenino y 43,34% al masculino. Este es un factor de riesgo en el que se puede actuar desde la policlínica de nutrición.

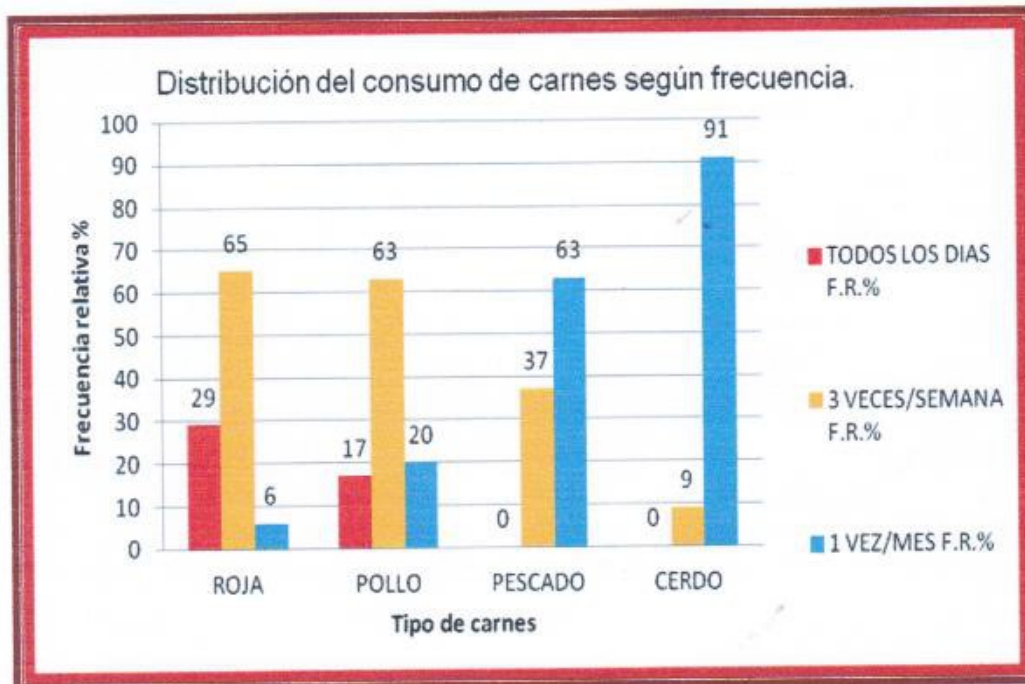
Es importante destacar relacionado con el sobrepeso, obesidad y la hipercolesterolemia que tipo de alimentación que consume, donde se observa

que la base de la dieta es la carne roja (93% de los casos) siguiendo el consumo de pollo. Se consumen pocas verduras y frutas y poco pescado.

Tabla N° 6. Distribución del consumo de carnes según la frecuencia.

TIPO DE CARNE	FRECUENCIA DE CONSUMO							
	DE TODOS LOS DÍAS		3 /SEMANA		1 VEZ/MES		TOTAL	
	F.A.	F.R.%	F.A.	F.R.%	F.A.	F.R.%	F.A.	F.R.%
ROJA	20	29	44	65	4	6	68	100
POLLO	13	17	47	63	15	20	75	100
PESCADO	0	0	22	37	38	63	60	100
CERDO	0	0	2	9	21	91	23	100

Grafica N° 6: Distribución del consumo de carnes según la frecuencia.



Fuente de datos: Instrumento de recolección de datos ETSA, Cátedra adulto-anciano.

De acuerdo al consumo de carnes en la grafica se puede ver que existe un alto consumo de carnes rojas, siendo un 29 % los que consumen todos los días, unos 65 % consumidores de 3 veces por semana, y solo un 6% de la población estudiada consumen una vez por mes.

En cuanto al consumo de carne de pollo un 17 % de la población consumen todos los días, 63% 3 veces por semana y el 20 % una vez al mes.

En cuanto al consumo de pescado y cerdo la frecuencia más notoria es de una vez por mes, esto se puede deber a que en la ciudad donde se realizo el estudio no es fácil el acceso a la compra de estos productos.

También se estudia la variable sedentarismo donde se destaca que el 61,76% corresponden al sexo femenino y 38,24% al masculino

Es importante enfatizar que sólo el 25% de los usuarios presentan Diabetes e HTA, estos usuarios tienen un riesgo cardiovascular aumentado porque implican 2 patologías crónicas.

## DISCUSION

En el presente estudio se muestra una importante presencia de los factores de riesgos comportamentales y biológicos para ECV. Entre los factores de riesgo no modificables de mayor incidencia esta la **edad**. También se observa una fuerte predominancia de un factor de riesgo coronario no modificable: **los antecedentes familiares**. Se ha demostrado científicamente que en casos de hipertensión, diabetes tipo II e hipercolesterolemia, factores relacionados con el desarrollo de enfermedad cardiovascular, existe un componente genético. La enfermedad coronaria parece tener un factor genético predisponente y cierta tendencia a ser familiar. Aunque sea difícil determinar si está implicado el código genético o una influencia ambiental, pueden haber razones para suponer que las personas con antecedentes familiares documentados son más susceptibles de sufrir una enfermedad cardiovascular.

Entre los modificables de tipo comportamental estuvieron la inactividad física y la dieta aterogénica y entre los modificables de tipo biológico el sobrepeso, la obesidad y la dislipemia. Además el estudio muestra que la mayor parte de la población estudiada presenta dos o más factores de riesgos de ECV. Estos resultados son similares a los reportados por la literatura científica internacional. El 57% de la población estudiada corresponde al sexo femenino, lo que indica que las mujeres son quienes mas concurren a los controles.

Más del 51,25% 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 2,5%, 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 mas 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 y nietos. No olvidemos que actualmente las mujeres salen a trabajar fuera del hogar y que los abuelos pasan a ocupar un lugar primordial en la familia.

## 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 la investigación fue determinar los principales FRCV en la población adulta, teniendo en cuenta que la mayoría de ellos son modificables, los que con educación para la Salud dirigida hacia el individuo, la familia y la comunidad con estrategias y procedimientos que propicien la adquisición de conductas protectoras y la modificación de comportamientos no saludables, puedan evitarse.

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 dirigida especialmente a este grupo etáreo por medio de la ampliación de los espacios disponibles e implementación de programas que incentiven la adhesión de los adultos mayores a un estilo de vida físicamente activa.

Estudios realizados en otros países, por ejemplo España (Kannei  $\delta$ ) justifica que en las investigaciones epidemiológicas se ha comprobado que una elevada incidencia de enfermedades cardiovasculares en la edad avanzada no es consecuencia inevitable de la edad o del contenido genético. Hay una elevación muy pronunciada de la incidencia de enfermedades cardiovasculares al avanzar



la edad, que es atribuible en alto grado al aumento de la carga de factores de riesgos identificados y a la disminución de la capacidad de enfrentarse a ellos. Aunque el adulto mayor es una población con gran fragilidad, por la dependencia funcional de los pacientes y la asociación de comorbilidades/pluripatología así como de polifarmacia, una intensificación de las estrategias para el control del riesgo cardiovascular y de las enfermedades cardiovasculares determinaría un impacto positivo en resultados de salud.

La **consulta de enfermería** es una herramienta primordial en la educación y cambios comportamentales en los individuos ya que como profesionales nos permite mantener una estrecha relación con el usuario. A través de ella se ofrece una correcta atención individualizada y coordinada. En nuestro caso se dispone de un espacio físico que nos garantiza un entorno seguro y donde se mantiene la confidencialidad precisas en el contexto científico y ético antes mencionado. Y es, a través de la cual se logran acciones que ayudan a mejorar la calidad de vida en la población tomando en cuenta que no solo se debe tratar la enfermedad, también es necesario enseñar cómo vivir más y mejor.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Kannel WB. Riesgo cardiovascular global en ancianos. *Cardiovasc Risk Factors*. 2000;9:217-25
2. [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](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.
3. Aibaia C, Vío F, Kain J, Uauy R. Nutrition transition in Latin America: The case of Chile. *Nutr Reviews* 2001; 59: 170-6.
4. Ballesteros H., Vitancourt M. y otros. "Bases Científicas de la Administración". Editorial Interamericana. México, 1997.
5. 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.
6. Habitch JP. Estandarización de métodos epidemiológicos cuantitativos sobre el terreno. *Bol of Sanit Panam* 1974; 76: 375-84.
7. 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.
8. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82062/1/WHO\\_HIS\\_HSI\\_13.1\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82062/1/WHO_HIS_HSI_13.1_spa.pdf) f consultada el 04/12/2013 a la hora 23:29
9. <http://www.cardiosalud.org/files/documents/chscv-revista-cientifica-2011.pdf> consultada el 07/12/2013 a la hora 17:25
10. [http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos\\_adjuntos/1er\\_enfrecnt\\_2006\\_1.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/1er_enfrecnt_2006_1.pdf) consultada el día 30/11/ 13 hora 17:25
11. [http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=232&Itemid=%20](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.paho.org/uru/images/stories/IndicadoresBasicos/boletin\\_ops\\_2.jpg](http://www.paho.org/uru/images/stories/IndicadoresBasicos/boletin_ops_2.jpg). Consultada día 27/11/13 hora 21:45
13. [http://www.paho.org/uru/images/stories/IndicadoresBasicos/boletin\\_ops\\_1.jpg](http://www.paho.org/uru/images/stories/IndicadoresBasicos/boletin_ops_1.jpg). Consultada día 27/11/13 hora 21:50
14. <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
15. <http://www.suc.org.uy/pdf/consenso%20ha3.pdf> consultada el día 04/12/2013 a la hora 23:04
16. 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.
17. 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.

# ANEXOS

**ANEXO I**

**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  PI  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:

**Tratamiento que realiza:**

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

¿Concurre a otra policlínica 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:.....



Características de la orina: Clara  Turbia  Híper coloreada  Hematuria

Disuria: Si No

Oliguria: Si  No

Tenesmo: Si  No

**Sistema Genito Reproductor**

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:

Ulceras 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

Se adjunta ficha de diabético si corresponde

Tiroides: Si  No  Tipo:

**Sistema Biopsicosocial:**

¿Como se siente?.....

¿Con quién vive?.....

¿Como 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:**

**ANEXO II**



**ESTUDIO  
EPIDEMIOLÓGICO  
SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO**

**DATOS DEL ENTREVISTADO**

Nombre:	CI:
---------	-----

Indique el dato que corresponda

Municipio	Interior	Banco	Masena/Solar	Calle	Número			
Fecha entrevista	Número de visitas							
Sexo	Edad	Trabajo	Tipo Ocupación Anterior	Tipo Ocupación Actual	Jubilado	Pensionista		
F	M							
Con quién vive								
Solo		Conyuge		Hijos		Nieto	Otros	
Nivel de educación								
Primaria completa		Secundaria completa			Terciaria completa			
Cobertura médica								
Sí			No					
Servicio de emergencia móvil								
Sí		No			No sabe			
Vacunas								
Sí		No		Neumococo	Antigripal	Antitetánica		
Estado Civil								
Soltero		Casado		Divorciado		Viudo	Unión Libre	
Mayor de 65 años								
Sí		No			Caret de edad de adulto mayor		Sí	No

**Antecedentes Familiares:**

Padres afectados por enfermedad cardiovascular	Sí	No	No sabe
Edad al fallecer	Padre	Madre	Hijos

	Obesidad			Tabaquismo			Sedentarismo			Estrés			Diabetes			Hipertensión Arterial			Dislipemias			
	Padre	Madre	Hijos	Padre	Madre	Hijos	Padre	Madre	Hijos	Padre	Madre	Hijos	Padre	Madre	Hijos	Padre	Madre	Hijos	Padre	Madre	Hijos	
Sí																						
No																						

**Antecedentes Personales**

Factores de riesgo modificables

	Obesidad	Tabaquismo	Sedentarismo	Estrés	Diabetes	Hipertensión Arterial	Dislipemias	Enfermedades Respiratorias
Sí								
No								



**ESTUDIO  
EPIDEMIOLÓGICO  
SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO**



**I) FACTORES DE RIESGO ENFERMEDADES DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR (CV.)**

Patologías (si es portador de estas patologías marque con una X lo afirmativo)					
	Se controla		Toma medicación		Nombre el fármaco
	SI	No	SI	No	
Hipertenso					
Diabético					
Obeso					
Hipercolesterolemia					

**FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES**

Gusto de vida - Hábitos Alimenticios					
	SI	No	Todos los días	3 veces/semana	1 vez al mes
Consumo carnes rojas					
Consumo pollo					
Consumo cerdo o derivados					
Consumo pescado					

Realiza ejercicio físico					
	SI	No	Diariamente	3 veces/semana	Cant. minutos
Bicicleta					
Concurrir al gimnasio					
Caminar					
Correr					
Otro tipo de actividad					
	SI	No	Elipsoidal	Le agrega sal	Normal
Come con sal					
	SI	No	Diariamente	3 veces/semana	1 vez al mes
Come comida rápida (pizza, hamburguesas, etc.)					
Consumo comidas elaboradas (embutidos, ya preparadas, etc.)					

Actividad laboral		SI	No
Trabajo rural			
Trabajo con productos químicos (arbitros, barniz, cadmián)			

**CONTROL MÉDICO**

	SI	No	6 meses	3 años
Tiene carnet de salud vigente				

										Preventivo	Rutina
Realiza control médico											
Cardiología	SI	No	Genética	SI	No	Medicina Gen.	SI	No	Otros		



## ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO

Exámenes	Costal P/A (1)	ENT (2)	ELUKAN (3)	HESTER (4)	Orina (5)	ECG, Ap- tensión (6)	Depresiones de audio (7)	Sangre (8)	R. TX. (9)	Alturas (m. a)
Si										
No										

	Si	No	Cada cuanto
Examen ginecológico			
Papanicolaou (PAP)			
Ecografía ginecológica			
Colposcopia			
Ecografía Transvaginal			
Mamografía			
Eco de mama			

Presenta alguno de estos síntomas (marque el dato afirmativo)	Si	No
Confusión repentina, dificultad al hablar o del entendimiento del habla		
Dificultad repentina para ver en uno o en ambos ojos		
Dificultad repentina al caminar, vértigo, o pérdida del equilibrio o de la coordinación		
Dolores de cabeza fuertes, repentinos y sin causa conocida		
Visión doble		
Sonolencia		
Otros		

### EXÁMEN FÍSICO

	Valor	Fecha
Talla		
Peso		
BMC		
Perímetro de la cintura		
Cifra de glucemia		
Cifra de colesterolemia		
P/A	Valor último	

Realizar exámenes de adulto mayor (mayor de 65 años)			
Entfer		Lawton y Brady	





**ESTUDIO  
EPIDEMIOLÓGICO  
SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO**

**Antecedentes Personales CÁNCER DE ESTOMAGO E INTESTINO**

**FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES**

Antecedentes Familiares				Padres fallecidos				
Si		No		Si		No		
Infección por <i>Helicobacter pylori</i>		Anemia por deficiencia de ferritina (transferrina TIBC)		Gastritis aguda o crónica				
Si	No	Si	No	Si	No			
Antecedentes Familiares								
Padre	Si	No	Madre	Si	No	Tíos	Si	No
Tiene sangre tipo A			Si		No		Quién	
					Si		No	
Cáncer de estómago								
Cirugía previa del estómago								
Cáncer de colon no polipóico								
Poliposis familiar Adenomatosa								
Observaciones								

**FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES**

Consumo una dieta que incluye:	Si	No
Cantidades elevadas de alimentos carnes y pescados curados con sal		
Alimentos con alto contenido de grasa y con poca fibra		
Vegetales en escasez		
Alimentos y bebidas que contienen nitratos y nitritos (salado, tocino, etc.)		
El abuso del tabaco		
El abuso del alcohol		
Exposición a factores ambientales como polvos y vapores en el lugar de trabajo		

**EXÁMEN SÍNTOMAS**

Síntomas (marque Si o No)	Si	No
Malestar o dolor en el abdomen		
Náuseas y vómitos		
Diarrea u estreñimiento		
Peso abdominal después de las comidas		
Pérdida del apetito		
Fatiga y debilidad		
Vómitos con sangre o vómitos en las heces		

**ESTUDIO  
EPIDEMIOLÓGICO  
SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO**



**III) FACTORES DE RIESGO PARA PATOLOGÍA DE PROSTATA - CP (Cáncer de próstata)**

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES					
Antecedentes de patologías neoplásicas		Raza Negra		Antecedentes Familiares de CP	
Si	No	Si	No	Si	No

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES							
Actividad física		Actividad sexual		Dieta		Hábitos: Tabaquismo/Alcohol	
Si	No	Si	No	Si	No	Si	No

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES		
Obesidad		
Peso	Talla	IMC > 25

EXÁMENES PREVENTIVOS A PARTIR DE LOS 40 AÑOS	Si	No
Control con Urologo 1 vez al año		
PSA (Antígeno prostático específico)		
Tacto rectal		

PRESENCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS		
	Si	No
Hematuria		
Dinuria		
Nicturia		
Trastornos en la micción (dificultad en iniciar, chorro débil, entrecortado, micción prolongada, urgencia)		
BAO		
Poloquiuria		
Incontinencia		



**ESTUDIO  
EPIDEMIOLÓGICO  
SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO**

**IV) FACTORES DE RIESGO DE LA PIEL**

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES						
			Antecedentes Familiares		Pigmentación	
	Si	No	Si	No	Si	No
Cáncer de cualquier origen						
Piel blanca						
Piel negra						
Piel asiática						
Tiene protuberancias o manchas que cambien de color, dacten o sangren			Si	No		

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES		
	Si	No
Exposición al medio ambiente		
Horas de exposición al sol a horas inapropiadas		
Uso de sombra como protección		
Exposición a RX (ej: laborales)		
Exposición a sustancias químicas		
Tiene en cuenta el índice de radiación ultravioleta		

**V) FACTORES DE RIESGO OPTALMOLÓGICO**

FACTORES DE RIESGO		
	Si	No
Presenta signos y síntomas de disminución de la visión		
Antecedentes Familiares patología ocular		
Antecedentes Personales patología ocular (catara, ocul)		
Antecedentes Familiares patologías crónicas		
Cirugías oculares previas		
Uso lentes (registre Astigmatismo - Presbicia - Miopía)		
Trabaja donde se expongan los ojos o tenga riesgo, omancha el dactar visual		
Traumas peri oculares y oculares (anteriores)		
	Especifique cuáles	
Ingesta de medicamentos (Amiodarona, Isoniazida, Sulfonamidas, Cloridra, etc.)		
Alergias y hospitalizaciones	Si	No
Última consulta	Fecha	
Otros datos		



### ANEXO III: TABLA DINAMICA

The image shows a screenshot of a Microsoft Excel spreadsheet titled "ELSA ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO.xls [Modo de compatibilidad] - Microsoft Excel". The spreadsheet contains a table with the following structure:

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
	N°	Procedencia	Sexo	Edad	Trabaja	Ocupac. Anterior	Ocupac. Actual	Jubilado	Pensionista	Estado Civil	AP Obesidad	AP tabaquismo
1												
2	1											
3	2											
4	3											
5	4											
6	5											
7	6											
8	7											
9	8											
10	9											
11	10											
12	11											
13	12											
14	13											
15	14											
16	15											
17	16											
18	17											
19	18											
20	19											
21	20											
22	21											
23	22											

The spreadsheet interface includes the Microsoft Excel ribbon with tabs for Archivo, Inicio, Insertar, Diseño de página, Fórmulas, Datos, Revisar, and Vista. The status bar at the bottom shows the user name "C:\Users\Admini...", system tray icons, and the date "13/06/2013".

## ANEXO IV



Soriano, Octubre 2013

Director De Cams U.E. Cardona  
Dr. Gustavo Hernández

Por la presente las abajo firmantes somos estudiantes de Licenciatura en Enfermería de la Carrera Escalonada generación 2010, de la Facultad de Enfermería, de la Universidad de la República.

El motivo de la presente es para solicitarle a usted, autorización para la aplicación del protocolo de nuestro trabajo final de investigación.

Se realizara estudio sobre "Factores de Riesgo Cardiovasculares en Adultos Mayores", siendo nuestra tutora la Prof. Adj. Virginia Aquino.

Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal, donde la población estará conformada por Adultos Mayores de 65 años que consultan en el Sanatorio de CAMS U.E. Cardona en policlínicas de medicina general, siendo abordados a través de la consulta de Enfermería.

Serán parte de la investigación aquellas personas que acepten voluntariamente, pudiendo contar con el consentimiento de cada uno de ellos previo a la consulta.

El período de aplicación del instrumento sería en el mes de Noviembre del presente año. Desde ya le estamos agradeciendo y esperamos su respuesta.

Saludan atentamente:

Br. Bibiana García

Br. Vanessa Da Silva

Br María Rodríguez

Br.Noelia Cedrés

6/11/13  
Aceptado

DR. GUSTAVO HERNÁNDEZ  
Director Técnico  
CAMS - U. E. CARDONA

**ANEXO V**

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACION SOBRE  
INCIDENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES.**

Por la presente tomo conocimiento de la entrevista a realizarme en sanatorio Cams Cardona por estudiantes de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería- Universidad de la República, en marco del trabajo final de la carrera, con la debida autorización de la dirección del sanatorio.

En consecuencia dispongo y autorizo la entrevista a la que seré sometido/a por dichas estudiantes.

Dejo constancia que he sido adecuada y debidamente informado/a respecto a la entrevista a la que seré sometido/a, así como las razones que lo motivan.

La participación en este estudio es voluntaria. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán anónimas. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación según la Ley N° 18.331 PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y ACCIÓN DE "HABEAS DATA" de la Constitución Nacional.

Por último hago constar que la/s bachiller.....me ha/n explicado claramente los procedimientos a realizarme durante la entrevista y sus razones del procedimiento, pudiendo formular preguntas que han sido satisfactoriamente contestadas.

.....  
Firma del usuario o persona a cargo

.....  
Aclaración de la firma

.....  
Cédula de Identidad del usuario

.....  
Firma de la entrevistadora

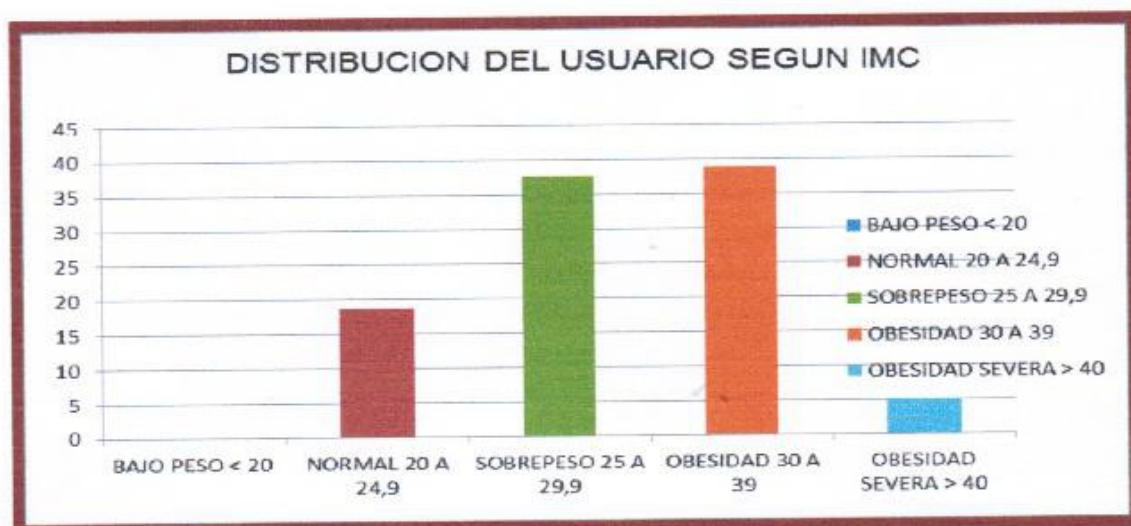
Fecha ...../...../.....

## ANEXO VI

TABLA N° 7. Distribución de usuarios según el IMC

IMC	F.A	F.R %
BAJO PESO < 20	0	0%
NORMAL 20 A 24,9	15	18,75%
SOBREPESO 25 A 29,9	30	37,50%
OBESIDAD 30 A 39	31	38,75%
OBESIDAD SEVERA > 40	4	5%

Grafica N° 7: Distribucion de los usuarios según el IMC



Fuentes de datos: Consulta de enfermería e Instrumento de recolección de datos ETSA, Cátedra adulto-anciano.

Se representa la Frecuencia Relativa de usuarios según el IMC y se aprecia que sólo el 18,75 % de los usuarios tienen normo peso, el 37,5% de los usuarios tienen sobrepeso, el 38,75 son obesos y el 5.0% tienen obesidad tipo III, es decir un IMC  $\geq$  40.

### Nº 8. Distribución de usuarios con sobrepeso según el sexo

Distribución de sobrepeso respecto al sexo	FA	FR
SEXO	F.A	F.R%
Mujeres	17	56.66
Hombres	13	43,34

Gráfico N°8. Distribución de usuarios con sobrepeso según el sexo.



Fuentes de datos: Consulta de enfermería e Instrumento de recolección de datos ETSA, Cátedra adulto-anciano.

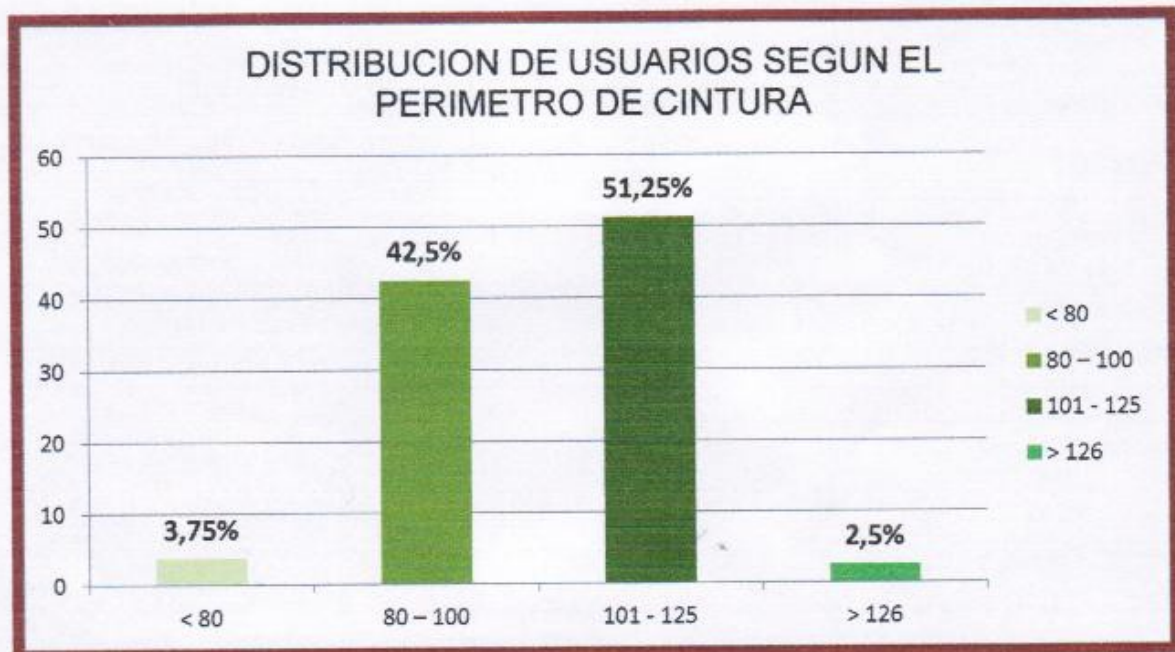
Se grafica la frecuencia relativa de usuarios con sobrepeso respecto al sexo. Se aprecia que el 43.34% de los hombres tienen sobrepeso mientras que el 56.66 % de las mujeres tienen sobrepeso.



TABLA N°9. Distribución de usuarios según el perímetro de la cintura

Perímetro de cintura (cm)	FA	FR%
< 80	3	3,75
80 - 100	34	42,5
101 - 125	41	51,25
> 126	2	2,5

Gráfica N° 9. Distribución de usuarios según el perímetro de la cintura (cm).



Fuente de datos: Consulta de enfermería e Instrumento de recolección de datos ETSA, Cátedra adulto-anciano.

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.