



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE ENFERMERÍA COMUNITARIA



Factores de Riesgos Cardiovasculares en adultos residentes: “Barrio 3 de Enero”

AUTORES:

Br. Brun, Nilda
Br. De Filippi, Magdalena
Br. Gómez, Vanesa
Br. Martínez, Ma Eugenia
Br. Salle, Verónica

TUTORES:

Mg. Lic. Enf. Menoni, Teresa
Lic. Enf. Crossa, Silvia

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

Montevideo, 2011

Índice.

Agradecimientos.....	3
Abreviaturas.....	4
Resumen.....	5
Capítulo 1.	
Planteamiento del problema.....	6
Justificación científica.....	6
Antecedentes internacionales.....	7
Antecedentes nacionales.....	8
Justificación de los resultados.....	9
Capítulo 2.	
Fundamento Teórico.....	10
Factores de riesgo modificables.....	10
Factores de riesgo no modificables.....	16
Atención primaria en salud.....	18
Niveles de atención.....	18
Primer nivel de atención.....	18
Concepto de ser humano.....	19
Concepto de salud según Sistema nacional integrado de salud (SNIS).....	19
Barrio.....	19
Comunidad.....	19
Enfermería comunitaria.....	20
Estilo de vida.....	20
Ocupación.....	21
Nivel académico.....	21
Pobreza.....	21
Reseña Histórica del Barrio.....	22
Capítulo 3	
Objetivos.....	24
Capítulo 4	
Diseño metodológico.....	25
Procedimiento para la investigación.....	25
Definición de las variables.....	26
Capítulo 5.	
Presentación de los resultados.	
Graficas.....	29
Capítulo 6	
Análisis.....	53
Conclusiones y Comentarios.....	55
Capítulo 7	
Bibliografía.....	56

Capítulo 8.

Anexos.

Anexo 1. Cuestionario.....	59
Anexo 2. Instructivo del cuestionario.....	61
Anexo 3. Técnica y procedimiento para el control de la presión arterial.....	62
Anexo 4. Técnica de lavado de manos.....	64
Anexo 5. Técnica de medición de glucosa sanguínea por punción capilar.....	65
Anexo 6. Técnica de medición de peso y talla.....	67
Anexo 7. Técnica de medición de perímetro de cintura.....	68
Anexo 8 Mapa del barrio.....	69
Anexo 10. Recursos financieros.....	70

Agradecimientos.

La realización de este trabajo es el resultado de horas de labor, planificación y discusiones grupales; queremos agradecer a los docentes que han participado en nuestra formación a lo largo de nuestra carrera.

A la Asistente Social Roxana Bonora que junto con Elba Díaz (referente barrial) fueron nuestras mediadoras en la comunidad.

Ha sido un reto, una gran experiencia grupal y personal en todo el desarrollo de este trabajo.

A nuestras familias y amigos que nos acompañaron es nuestro agradecimiento por el apoyo y motivación para que esta investigación sea una realidad.

Abreviaturas.

ASSE: Administración de servicios de Salud del Estado.

APS: Atención Primaria en Salud.

CA: Circunferencia Abdominal.

CCZ: Centro Comunal Zonal

DUS: División Universitaria de la Salud.

ECNT: Enfermedades crónicas no transmisibles.

ECV: Enfermedad cardiovascular.

FRCV: Factores de riesgo cardiovasculares.

HA: Hipertensión arterial.

IMC: Índice de masa corporal.

IMM: Intendencia Municipal de Montevideo.

INDE: Insitituto nacional de enfermería.

IR: Insuficiencia Renal.

MIDES: Ministerio de Desarrollo Social.

MSP: Ministerio de Salud Pública.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

RCV: Riesgo Cardiovascular.

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud.

Resumen.

El siguiente trabajo de investigación fue realizado por un grupo de cinco estudiantes de la Facultad de Enfermería cursando el cuarto ciclo, segundo módulo de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El objetivo del mismo fue identificar los Factores de Riesgo Cardiovasculares de la población pertenecientes al barrio 3 de Enero, zona de Piedras Blancas, Montevideo en el periodo comprendido desde el 31 de mayo al 2 de junio 2011 en el horario de 13 a 17hs.

Para el logro de dicho objetivo se realiza una caracterización de la población en estudio a través de las siguientes variables: sexo, edad, nivel de instrucción, antecedentes personales, antecedentes familiares, presión arterial elevada, glicemia capilar, índice de masa corporal (IMC), tabaquismo, y actividad física.

A partir del año 2005 se inició un proceso de reforma en el Sistema de Salud de nuestro país, que se basa en tres ejes; cambio de modelo de atención, de gestión y de financiación. Dentro del modelo de atención se prioriza la prevención ya sea primaria, secundaria y terciaria. El sistema de salud aborda los aspectos preventivos orientados a modificar factores de riesgo, su detección precoz, el tratamiento oportuno y la referencia a otros niveles de atención, con un fuerte énfasis en la educación para la salud.¹

En este trabajo se exponen los resultados de una investigación de tipo cuantitativa, descriptiva y de corte transversal.

La unidad de análisis son las personas adultas que viven en dicho barrio y concurren al salón comunal en los días ya establecidos. Por lo tanto la selección de la muestra es a conveniencia.

Para la recolección de los datos se utilizó un cuestionario en el cual se plantean diferentes variables.

Los datos recabados en esta investigación son tabulados y graficados para poder realizar un análisis uni y bivariado. En base al mismo se obtuvieron las conclusiones pertinentes.

A partir de los datos obtenidos de esta investigación podemos destacar que el sexo femenino fue más participativo que el masculino, esto se produce en el rango de edades de 29 a 37 años. En cuanto al nivel de instrucción en ambos sexos solo el 50% finalizó primaria.

Esta población presenta por lo menos un factor de riesgo modificable (PA elevada).

Desde el punto de vista de enfermería esta variable es un desafío ya que hay que controlar, educar para poder prevenir las ECNT.

¹ MSP, OPS, ASSE Guías de práctica clínica de HA y Dm2 para el primer nivel de atención. 2010.

Capítulo 1.

Planteamiento del Problema.

El problema planteado es conocer los Factores de Riesgo Cardiovasculares presentes en la población adulta (20 – 64 años) que viven en el barrio Tres de Enero.

Justificación Científica.

Los Factores de Riesgo Cardiovasculares (FRCV) se encuentran englobados dentro de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), las cuales constituyen en nuestro país la principal causa de morbi mortalidad, de discapacidad, años de vida perdidos, de carga económica para el sistema de salud y el impacto que afecta al núcleo familiar. De acuerdo al último censo del Instituto Nacional de Estadística, año 2002 se obtuvieron las siguientes cifras de mortalidad general por causa cardiovascular 309,15 x 100.000 habitantes, cáncer 229,82 x 100.00 habitantes, por accidentes 33,03 x 100.000 habitantes y por tuberculosis 1,31 x 100.000 habitantes.²

La Encuesta de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Ministerio de Salud Pública (MSP) del año 2007 refiere que el 60% de la población adulta (25- 64 años) presenta sobrepeso u obesidad, siendo muchas veces el punto de partida para el desarrollo de enfermedades crónicas. El porcentaje de adultos con presión arterial elevada es de un 34% y la glicemia elevada en ayunas es de un 7%. En lo que se refiere a la actividad física un 38% tiene un nivel bajo y un 4% alto.

Esta investigación pretende conocer la prevalencia de los factores en la muestra a estudio.

Contribuyendo al proceso de reforma del sistema de salud que se viene gestando hace algunos años en nuestro país, instrumentado en la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) tiene como objetivo actividades de promoción y prevención considerando a cada usuario en su situación personal, familiar y sociocultural.

El desarrollo profesional dentro de la enfermería comunitaria está adquiriendo importancia dentro del sistema de salud actual, lo cual requiere profesionales capacitados en esta área. Por tanto “la enfermería comunitaria tiene la misión en la sociedad de ayudar a los individuos, familias y grupos a determinar y conseguir su potencial físico, mental y social y a realizarlo dentro del contexto en que viven y trabajen. Este requiere enfermeras que se desarrollen y realicen

² INE. Principales causas de muerte según año. Período año 1900 a último dato disponible [base de datos en línea]. Montevideo: Instituto Nacional de Estadística y Censo; 2002 [fecha de acceso: 23 de marzo del 2011]. URL disponible en:

<http://www.ine.gub.uy/socio-demografico/salud2008.asp>

funciones que se relacionen con el fomento y mantenimiento de la salud así como con la prevención de la enfermedad. La enfermería comunitaria incluye la planificación y prestación del cuidado durante la enfermedad y rehabilitación, abarcando los aspectos físicos, mentales, sociales y espirituales de la vida que puedan afectar a la salud- enfermedad, incapacidad y muerte” (O.M.S.). ³

Antecedentes internacionales.

Los Factores de Riesgo Cardiovascular, son la principal causa de muerte y discapacidad. Causan el 60 % de la mortalidad mundial y un 45,9% de morbilidad. Dichos factores se encuentran englobados dentro de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) entre otros.

ECNT son de vigilancia epidemiológica ya que insumen el 60% de los costos en atención médica. Causantes de elevada discapacidad y disminución de la calidad de vida provocando un enorme problema social.

En América la presencia de los factores de riesgos durante un largo período favorece la aparición de la enfermedad. En gran medida se trata de factores de riesgo prevenibles.

Para el 2025 se estima según la OMS una prevalencia de 64 millones de diabéticos. Actualmente 35 millones son diabéticos.

La diabetes aumenta la carga de enfermedades cardiovascular y refuerza complicaciones como amputación, ceguera, e insuficiencia renal (IR). ⁴

En un estudio realizado en México bajo el título de “Prevalencia e interrelación de ECNT y Factores de Riesgo Cardiovasculares (FRC) en el año 2000”, se planteó determinar la prevalencia e interrelación de ECNT; obesidad, tabaquismo, y proteinuria en una población adulta entre 20 y 69 años, así como su estratificación de acuerdo a grupos de edad, genero, y área geográfica. Sus resultados fueron de 45.000 encuestados: el 69.4% fueron mujeres, la edad promedio para el género masculino fue de 39 años y para el género femenino de 38 años, la prevalencia de HA fue de 30.05%, diabetes 10.7%, la obesidad 24.4%, la glicemia capilar 12.7%, la proteinuria 9.2%. ⁵

En un estudio realizado en España en el año 2005, bajo el título “Control integral de los factores de riesgo en los pacientes de alto y muy alto riesgo cardiovascular”, en este se evaluó el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, diabetes mellitus, colesterol unido a

³ Zurro. M, Cano J.F. Atención Primaria. Conceptos, Organización y Práctica Clínica. Sexta Edición. Volumen 1. Elsevier; Barcelona 2008.

⁴ MSP. Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Año 2007. Uruguay 2007.60 diapositivas.

⁵ Velasquez O, Rosas M, Lara A, Pastelin G, Grupo ENSA 2000, Sanchez CI, Attie F, Tapia R.[base de datos en línea]. México: Encuesta Nacional de Salud; 2000.[Fecha de acceso 10 de Febrero 2011]. URL disponible en:
www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2003/ac031i.pdf

lipoproteínas de baja densidad, tabaquismo y obesidad), según las definiciones de control de la O.M.S. La muestra fue de 2264 pacientes; 53.7% eran varones y 46.3% mujeres, con una edad media de 56 años. Los resultados fueron: el 6,9% de los pacientes de alto o muy alto riesgo cardiovascular tienen controlados los 5 principales factores de riesgo mayores. La existencia de diabetes mellitus, dislipemia o proteinuria predisponen a un mal control integral de dichos factores, mientras que el número de exploraciones complementarias realizadas se asocia con un mejor control.⁶

Antecedentes nacionales.

Las ECNT son la causa del 70% de las defunciones producidas en Uruguay, 33,8% de causa cardiovascular según un estudio realizado por Facultad de Medicina, departamento de medicina preventiva y social.

Según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo realizada por el MSP en el año 2006, 37% de la población adulta de 25 a 64 años presenta cifras de presión arterial elevada, variando la misma de acuerdo a los grupos de edad, llegando en los mayores de 55 años a 70,5%.⁷

El MSP elaboró el perfil nutricional del Uruguay en el que se destaca; que los mayores problemas alimentarios nutricionales son por exceso, fundamentalmente la obesidad que no diferencia sexo, edad, ni clase social. Asociada con el aumento de las enfermedades crónicas relacionadas con la dieta (diabetes, enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, etc.⁸

En un estudio realizado por el Instituto Nacional de Enfermería (INDE) actual Facultada de Enfermería, en el año 2003, bajo el título "Factores de Riesgo Cardiovasculares en jóvenes que concurren a la División Universitaria de Salud (DUS)", muestra la incidencia de los mismos en la población adulta. La muestra fue de 64 jóvenes, entre 19y 25 años, el 75% de sexo femenino y 25% masculino. Los resultados fueron: 78% de los usuarios presentaron antecedentes familiares de Riesgo Cardiovascular (RCV), en el sexo femenino, en el 71.1% predominaron los antecedentes de Enfermedad Cardiovascular (ECV) (46.7%) y dislipemia (30%). En el sexo masculino el 81.3% presento antecedentes familiares de RCV, diabetes (38.1%) y ECV (33.3%). Los individuos con historia familiar de ECV se encuentran en una categoría de RCV más elevada. En cuanto a los antecedentes familiares el 96% de la muestra no

⁶ Cuende I, Camafort M, Suarez C, Muñoz M, "Control Integral de los Factores de Riesgo en pacientes de alto y muy alto riesgo cardiovascular en España". Medicina Clínica (Barcelona) 2005; 124 (2): 44-49.

⁷ Primera encuesta nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles [base de datos en línea]. Montevideo, Uruguay: MSP, Dirección General de la Salud, División Epidemiológica; 2006. [fecha de acceso 15 de diciembre de 2011]. URL disponible en : http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia_2894_1.html

⁸ MSP. ASSE. OPS. Guías prácticas clínicas de hipertensión arterial y diabetes tipo II para el primer nivel de atención. Noviembre 2010.

presenta FRCV, mientras que el 3.1% presenta por lo menos un factor de riesgo cardiovascular.⁹

Justificación de los resultados.

El profesional de enfermería trabaja desde una concepción holística. Es decir teniendo en cuenta a la persona como un ser integral, con sus aspectos psíquicos, físicos y espirituales.

A través del conocimiento de los factores de riesgo (antecedentes familiares, HA, diabetes, obesidad, tabaquismo, sedentarismo) se realizó un relevamiento de la población y FRCV. Esto amerita ser un punto de partida para la realización de otras investigaciones. Como licenciadas en enfermería el conocer los factores de riesgo en este caso cardiovasculares permite, planificar acciones sobre problemas concretos, y educar en salud para la modificación de los riesgos potenciales.

Para llevar a cabo dichas acciones es necesario el trabajo del equipo multidisciplinario e interdisciplinario, existiendo una retroalimentación entre las diferentes disciplinas bajo un enfoque intersectorial y trabajo en red.

⁹ Calcerrada Y, Leonardi M, Magallanes L, Vasallo L. "Factores de Riesgo Cardiovasculares en jóvenes que concurren a la División Universitaria de la Salud "[Trabajo de Investigación Final]. Montevideo: Instituto Nacional de Enfermería (INDE) actual UDELAR; 2003.

Capítulo 2.

Fundamento teórico.

Un sistema cardiovascular sano rara vez llama la atención, aunque lleve a cabo un número considerable de actividades complejas durante cada minuto en toda la vida. Las enfermedades cardiovasculares afectan a arterias coronarias, músculo cardíaco, entre otros. Comienzan en la infancia y se van desarrollando en la juventud determinando los índices de mortalidad en la edad adulta.¹⁰

Según John Last el factor de riesgo “es una característica, circunstancia, o exposición detectable en individuos o grupos, asociada con una probabilidad aumentada de experimentar un daño en la salud.”¹¹

Los factores de riesgo cardiovasculares se clasifican en: modificables y no modificables. Con modificables se refiere aquellos en los cuales el individuo logra incidir en los cambios; estos son: HA, obesidad, diabetes, sedentarismo, hipercolesterolemia, stress, tabaquismo. No modificables son aquellos que no pueden ser alterados, son: sexo, edad, antecedentes familiares, y raza.

Este estudio releva los factores de riesgo cardiovasculares, se puede distinguir en modificables (hipertensión arterial, obesidad, diabetes, sedentarismo, hipercolesterolemia, estrés, tabaquismo) y no modificables (sexo, edad, antecedentes familiares). A continuación se detallan los factores que la investigación medirá:

Factores de riesgo modificables.

Hipertensión Arterial (HA): es el principal problema aislado de la asistencia primaria continuada. Según las distintas definiciones y pautas del tratamiento, entre un 5 % y un 25% de la población adulta global presenta una presión sanguínea suficientemente elevada como para requerir algún tipo de intervención médica. La mitad de los hipertensos de la población general no eran reconocidos, la mitad de los casos reconocidos no eran tratados y la mitad de los tratados no eran controlados. En Uruguay más de un 25% de la población padece HA y aproximadamente el 50% de los casos se presenta en adultos. La HA se presenta cuando la presión arterial máxima y/o mínima se encuentra en cifras iguales o superiores a 130/85 mmHg en las personas mayores de 19 años.¹² El control de la HA antes del inicio de la afectación

¹⁰ Mary M.Canobbio. “Trastornos Cardiovasculares”. Barcelona. Doyma/Mosby. 1994.

¹¹ Last. J.M. “Diccionario de Epidemiología”.Barcelona. Salvat 1989.

¹² Hipertensión Arterial [base de datos en línea]. Montevideo: Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular; 2010. [Fecha de acceso 26 de Enero 2011].URL disponible en: http://www.cardiosalud.org/factores_riesgo/hipertension.html

orgánica es una labor de prevención y no de tratamiento. Sin embargo la tarea de organizar un servicio de prevención eficaz parece clave para poder controlar esta patología. La alta incidencia de retinopatía y nefropatía, insuficiencia cardíaca aguda y crónica, demencia por infartos múltiples y las restantes complicaciones de la HA, las cuales pueden prevenirse; recordando que HA es el resultado del gasto cardíaco por las resistencias periféricas, el cambio de uno de ellos o de ambos es conocida como HA o presión arterial elevada.

Tipos de Hipertensión Arterial: A) Esencial o Primaria: La HA esencial o primaria abarca entre un 90% y un 95% de todos los casos y no se conoce su causa, aquí habría un factor hereditario que juega un rol importante. El factor genético aumenta su efecto si la persona es obesa, diabética, come con mucha sal o sufre de estrés. B) Secundaria: Son el 10% de los casos y sus causas más comunes son HA de origen:

Renal son lesiones que afectan la arteria renal generando hipertensión por trastornos de la irrigación del riñón, glomérulo nefritis aguda crónica, la pielonefritis bilateral, el riñón poliquístico, enfermedad de la compresión de la arteria renal.

Suprarrenal: son las glándulas que están encima de cada riñón, las cuales producen catecolaminas, que cuando es segregada en la circulación tiene un efecto vasoconstrictor, si existiera un tumor en esta zona su extirpación quirúrgica soluciona el problema de HA.

Por hiperaldosteronismo primario: tumor de la corteza suprarrenal a través de la aldosterona.

Por coartación de la aorta: es donde una parte del trayecto de la aorta tiene una estrechez congénita el cual genera hipertensión en las partes del cuerpo irrigadas por la aorta que están encima de esta estrechez.

Por toxémica gravídica: es la provocada exclusivamente por el embarazo. La HA acrecienta los riesgos del embarazo y la mortalidad fetal.

Por tumores cerebrales, hipertiroidismo, lupus eritematoso, periarteritis nudosa.

Algunos medicamentos que poseen en su constitución que tienen sustancias vasoconstrictoras, broncodilatadores, anticonceptivos, los estrógenos y la progesterona.¹³

¹³ Zurro. M, Cano J.F. "Atención Primaria. Conceptos, Organización y Práctica Clínica". Sexta Edición. Volumen 1. Elsevier; Barcelona 2008.

Clasificación según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S)

Según la OMS se clasifica según el daño ocasionado a los órganos en:

Estadio I: No hay signos de daño orgánico.

Estadio II: Hay signos de daño orgánico.

En el aparato cardiovascular: agrandamiento cardíaco (hipertrofia, aumento de las cavidades cardíacas).

En la retina: disminución del calibre arterial.

En el aparato urinario: disminución leve de la función renal.

Placas arterioescleróticas: en las arterias carótidas, en aorta iliaca y femoral.

Estadio III: Los daños son más graves.

Corazón: insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio o angina de pecho.

Cerebro: isquemia cerebral y obstrucciones cerebro-vasculares, trombosis, dando ataques cerebrales o parálisis.

Ojos: hemorragia retiniana, edema de papila, exudados, etc.

Riñón: insuficiencia renal, por la elevación de la creatinina en el plasma.

Vasos sanguíneos: taponamiento de vasos y arterias, obstrucción. ¹⁴

Tablas tomadas del tercer consenso uruguayo de HA. Realizado por la Sociedad Uruguaya de HA (SUHA) en el año 2005.

¹⁴ Órgano oficial de la liga uruguaya contra la hipertensión arterial. Segundo Consenso Uruguayo de HA. Revista de HA. Noviembre 2000. Volumen 7. Numero 1.

Presión Arterial.	Sistólica	Diastólica.
Óptima	<120	<80
Normal	120-129	80-84
Normal Elevada	130-139	85-89

Hipertensión	Sistólica	Diastólica
Grado I	140-159	90-99
Grado II	160-179	100-109
Grado III	>/=180	>/=110

Obesidad.

La obesidad es la enfermedad metabólica más frecuente en los países industrializados y tiene una probada repercusión sobre la salud de la población, tanto por la elevada morbilidad que conlleva como por el incremento de mortalidad que ocasiona. La obesidad es una situación de causa compleja y multifactorial, con interacción de una predisposición genética con factores ambientales (sedentarismo, facilidad para la obtención del alimento, excesivo consumo calórico, patrones culturales, etc.). La obesidad aumenta la morbimortalidad de la población en especial la debida a enfermedades cardiovasculares y diabetes, pero no todos los obesos tienen el mismo grado de riesgo. Los estudios epidemiológicos realizados en los últimos 25 años, han recuperado el concepto de que el aumento del riesgo que presentan los individuos obesos no lo es tanto como consecuencia del peso sino de la distribución/localización de la grasa corporal. La Organización Mundial de la

Salud (OMS) define la obesidad como el exceso de grasa corporal que afecta a la salud y al bienestar. El índice de Quetelet o IMC es el método para valorar el grado de obesidad recomendado por la OMS, se considera obesidad cuando presentan un IMC \geq a 30. El sobrepeso está considerado cuando hay un valor de IMC de 25 a 29,9. Son más frecuentes las afecciones cardiovasculares en los individuos con sobrepeso y obesidad que en los que presentan un peso normal.¹⁵

¹⁵ Zurro. M, Cano J.F. Atención Primaria. Conceptos, Organización y Práctica Clínica. Sexta Edición. Volumen 1. Elsevier; Barcelona 2008

Perímetro circunferencia abdominal.

La medición se realiza en bipedestación colocando la cinta médica alrededor del abdomen en un punto medio entre el borde inferior de la última costilla y la cresta iliaca, en un plano paralelo al suelo. Es una técnica, propuesta por la OMS y utilizada por los autores europeos desde 1995 cuando Lean propuso la circunferencia abdominal (CA) como marcador de riesgo cardiovascular.

Los valores tomados por la OMS fueron en el primer nivel de 94 cm en hombres y 80 cm en mujeres, y en el segundo nivel más de 88 cm en mujeres y más de 102 cm en hombres, considerándose de alto riesgo cardiovascular, en esta última medición.¹⁶

Sedentarismo.

Es la falta de actividad física regular. Una de las causas del sedentarismo se debe a factores sociales y culturales como el stress por ejemplo en el trabajo las tensiones que se desarrollan a diario, el doble empleo y la multiplicidad de compromisos sociales lo favorecen.

Actividad física: lo ideal es dedicar 5hs semanales a la actividad física.¹⁷

Tabaquismo.

La forma más habitual de consumir tabaco es fumar cigarrillos. El humo de los cigarrillos es un aerosol que se produce por la combustión incompleta de las hojas de tabaco, está compuesto por una fase gaseosa y una fase de partículas. La mayor parte de la fase de partículas la constituye el alquitrán, la nicotina y el agua. En lo referente a la fase gaseosa, el monóxido de carbono interviene en el transporte y la utilización del oxígeno, y otros componentes de esta fase actúan como potentes citotoxinas e irritantes respiratorios. El cigarrillo posee más de 200 sustancias cancerígenas. Es un hábito reversible, es la segunda causa de muerte actualmente a nivel global, mata más de cinco millones de personas cada año en el mundo. La capacidad del tabaco para producir dependencia, tanto psicológica como farmacológica está bien establecida y ha sido reconocida por organismos como la OMS (1974) y la American Psychiatric Association (1980).¹⁸

¹⁶ Ídem anterior.

¹⁷ Alvarez Mendizabal J. "Diccionario Mosby. Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud". Quinta edición. Madrid: Harcourt. España, S.A. Año 2000.

¹⁸ Zurro. M, Cano J.F. "Atención Primaria. Conceptos, Organización y Práctica Clínica". Sexta Edición. Volumen 1. Elsevier; Barcelona 2008

Diabetes.

Es un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por niveles elevados de glucosa en la sangre (hiperglucemia) ocasionados por defectos en la secreción de insulina, la acción de la insulina o ambas.

Normalmente circula en la sangre cierta cantidad de glucosa. La principal fuente de esta glucosa es la absorción de los alimentos en el tracto gastro intestinal y la síntesis de glucosa en el hígado a partir de otros compuestos incluidos en la dieta.

La insulina, una hormona producida por el páncreas, controla el nivel de glucosa en la sangre al regular la producción y almacenamiento de la primera. En el estado diabético, las células dejan de responder a la insulina o el páncreas deja de producir insulina por completo. Esto conduce a hiperglucemia, lo cual causa complicaciones metabólicas agudas como cetoacidosis diabética y estado hiperglucémico hiperosmolar no cetósico. Los efectos a largo plazo de la hiperglucemia contribuyen a complicaciones macrovasculares (arteriopatía coronaria, enfermedad cerebro vasculares y enfermedad vascular periférica), complicaciones microvasculares crónicas (enfermedades renales y oculares), complicaciones neuropáticas, y complicaciones dermatológicas, por ejemplo: micosis.(enfermedades nerviosas).¹⁹

La glicemia normal en ayunas es de 70-100 mg/dl.²⁰

Hay diferentes tipos de diabetes que difieren en su causa, curso clínico y tratamiento.

Tipo 1: Insulino dependiente es decir necesitan inyectarse insulina. Son pacientes generalmente delgados que inician la enfermedad de un modo agudo o sub agudo, y presentan cetosis y una fuerte pérdida de peso. Precisan de por vida la administración de insulina para evitar la cetosis y la muerte. Su presentación suele ser juvenil (antes de los 30 años)

Tipo 2: Insulino no dependiente: no necesitan de la insulina. Se da sobre todo en la edad adulta, representan un 90% de los diabéticos, caracterizándose por la ausencia de cetosis. Tiene un inicio insidioso, con gran incidencia de antecedentes familiares. Suele asociarse, en el momento del diagnóstico, a obesidad o sobrepeso (60 a 80%). En la mayoría de los casos el diagnóstico se realiza después de los 40 años de edad. Son pacientes que no precisan insulina inicialmente, aunque pueden requerirla para conseguir un adecuado control metabólico o en determinados períodos.

Otra clasificación agrega diabetes mellitus relacionada con otros padecimientos o síndromes; y diabetes mellitus gestacional.

¹⁹ Idem anterior.

²⁰ “¿Qué es la diabetes y qué tipos de diabetes existen?” [base de datos en línea]. Montevideo: Unidos por la Diabetes; 2010. [fecha de acceso 25 abril 2011]. URL disponible en <http://www.unidos.org.uy>

La calidad de vida de las personas con diabetes está determinada por la evolución de las complicaciones micro y macrovasculares.²¹

Factores de riesgo no modificables.

Sexo.

Teniendo en cuenta el sexo se ha comprobado que los ataques cardiacos en persona jóvenes son sufridos principalmente por varones y aumenta en forma lineal con la edad. Los hombres debajo de los 50 años tienen una incidencia más elevada de afecciones cardiovasculares que las mujeres en el mismo rango de edad entre tres y cuatro veces más. El sexo femenino se encuentra protegido hasta el inicio de la menopausia debido a la disminución de los estrógenos.²²

Edad.

Los cambios estructurales y funcionales en el corazón y los vasos sanguíneos contribuyen a la manifestación de factores de riesgo cardiovasculares.

Esto se debe a que las afecciones coronarias son el resultado de un desorden progresivo.

Sin embargo las enfermedades cardiovasculares (ECV) no son una parte inevitable del envejecimiento, sino la consecuencia de un estilo de vida y la acumulación de múltiples factores de riesgos.²³

Antecedentes familiares.

Los miembros de las familias con antecedente de trastorno cardíacos se consideran en una categoría de Riesgo cardiovascular más altas.

El riesgo en hombres con historias familiares de ECV antes de los 50 años de edad, es de 1.5 veces a 2 mayor que quienes no aportan el factor hereditario, en cambio este factor genético influye en menor medida en las mujeres.

Este riesgo es más evidente si la referencia de antecedentes paternos ECV es mayor cuanto más tiempo hallan vividos los padres.²⁴

Dichos FRCV se encuentran monitorizados por el M.S.P mediante la vigilancia epidemiológica, la cual se define como un conjunto de acciones dirigidas a la observación sistemática y permanente de la magnitud, frecuencia, distribución

²¹

Brunner y Suddarth. "Enfermería Médico Quirúrgica". Edición Décima. Volumen 1. Año 2005.

²² Zurro. M, Cano J.F. "Atención Primaria. Conceptos, Organización y Práctica Clínica". Sexta Edición. Volumen 1. (Capítulo 37. Pag.838-870). Elsevier; Barcelona 2008.

²³ Long B.C; "Enfermería Médico Quirúrgicos", Tercera Edición Madrid, Harcourt Brace, 1997.

²⁴ Zurro. M, Cano J.F. "Atención Primaria". Conceptos, Organización y Práctica Clínica. Sexta Edición. Volumen 1. Elsevier; Barcelona 2008.

y tendencia de los factores determinantes de la salud en poblaciones, a fin de anticiparse a posibles enfermedades o agravios, de forma de aplicar intervenciones oportunas y medidas de control.

Siguiendo el nuevo paradigma apunta más hacia el mantenimiento de la salud que hacia el individuo enfermo.²⁵

El concepto actual de la vigilancia es más amplio, abarca además de las enfermedades transmisibles, a las no transmisibles, síndromes y factores de riesgo. Según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) del M.S.P del año 2007 revela que la prevención primaria de las ECNT tiene como objetivo disminuir la prevalencia de los factores de riesgo. Las estrategias seleccionadas son: estrategia poblacional y estrategia de alto riesgo. Las estrategias poblacional o de masas están destinadas a modificar estilos de vida y condiciones del ambiente biológico, físico-químico y psico- socioeconómico; es radical, es costosa, debe comenzar en la infancia y requiere de la participación multisectorial (salud, educación, economía, trabajo, organizaciones sociales y medios de comunicación).

La estrategia de alto riesgo; está dirigida a individuos especialmente vulnerables, apunta a las manifestaciones del problema y no a las causas, por tanto es más barata, se basa en la búsqueda de casos y en el tamizaje.

La vigilancia de los Factores de Riesgo plantea tres objetivos; Ayudar a los servicios de salud en la planificación de programas e intervenciones prioritarias.

Predecir el número de casos de enfermedades crónicas.

Monitorear y evaluar las intervenciones en la población.²⁶

Para realizar la investigación tenemos presentes diferentes conceptos:

Atención Primaria en Salud.

La conferencia de la OMS-UNICEF de Alma Ata definió la APS como: “la asistencia esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesto al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y en cada una de las etapas de desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La APS es parte integrante tanto del Sistema Nacional del Salud del que constituye la

²⁵ Primera encuesta nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles [base de datos en línea]. Montevideo, Uruguay: MSP, Dirección General de la Salud, División Epidemiológica; 2006. [fecha de acceso 26 de enero de 2011]. URL disponible en :<http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx>

²⁶ Idem. Anterior.

función central y el núcleo principal como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas. Constituyen el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. La APS no es más barata en términos cuantitativos que la antigua asistencia médica ambulatoria ni genera ahorro significativo en los gastos totales; lo que se puede inducir la apuesta en práctica de esta estrategia, es una racionalización de la utilización de los recursos mejorando la equidad, eficacia y eficiencia del conjunto del sistema.²⁷

Niveles de Atención.

Es una estrategia que permite responder a las necesidades de la población, de manera ordenada y estratificada. Se organizan los recursos existentes en forma eficaz, eficiente y equitativa. Se define niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población.²⁸

Primer Nivel de Atención.

Se define como la organización de los recursos que permiten resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes de la atención de la salud de una población determinada, y que deben ser accesibles a la población. En este nivel hay condiciones más favorables para la aplicación de una atención más personalizada, humanizada, integradora y de calidad. Exige el trabajo en equipo, la mirada e intervención de las distintas disciplinas.²⁹

Concepto de Ser Humano.

“El hombre es un ser biopsicosocial, en relación dialéctica con el medio. Por su quehacer transformador de la realidad objetiva, es un ser histórico que elabora conocimientos acerca de si mismo y de la realidad; se expresa a través de sus necesidad que emergen de lo social y psicobiológico, aun cuando lo que

²⁷ Zurro. M, Cano J.F. “Atención Primaria. Conceptos, Organización y Práctica Clínica”. Sexta Edición. Volumen 1. Elsevier; Barcelona 2008

²⁸ Barrenechea C, Menoni T, Lacava E, Monge A, Acosta C, Crosa S, Gabrielzyk I, Carrillo R. “Actualización en Salud Comunitaria y familiar: herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención”. Montevideo Uruguay. Universidad de la Republica. Educación Permanente; 2009.

²⁹ Ídem. anterior.

el piense y siente no siempre se refleja en forma manifiesta. Es sobre la base del develar estas contradicciones que se procesa el desarrollo del hombre.”³⁰

Concepto de Salud según el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Se concibe a la salud: una categoría biológica y social, en unidad dialéctica con la enfermedad, resultado de una interacción armónica y dinámica entre el individuo y su medio, que se expresa en valores mensurables de normalidad física, psicológica y social, permite al individuo el cumplimiento de su rol social, está condicionada al modo de producción y a cada momento histórico del desarrollo de la sociedad y constituye un estimable bien social.³¹

Barrio.

Es básicamente un espacio geográfico habilitado, es decir que incluye vivienda y población. Esta población puede tener en común el compartir ese espacio geográfico y no compartir historia, cultura, intereses, etc.³²

Comunidad.

La comunidad constituye una fuerza social, dinámica, con características demográficas, institucionales, condiciones ambientales y recursos bien definidos que entre otras cosas promueven o impiden la salud o el bienestar de la población que abarca. La comunidad actúa para moldear el desarrollo, la forma de conducta, y el modo de vida de sus miembros, los cuales a su vez, determinan la modalidad y las funciones de su comunidad.³³

30

Barrenechea C, Menoni T, Lacava E, Monge A, Acosta C, Crosa S, Gabrielzyk I, Carrillo R. “Actualización en Salud Comunitaria y familiar: herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención.” Montevideo Uruguay. Universidad de la Republica. Educación Permanente; 2009.

³¹ Repite bibliografía anterior.

³² Rojas A. Álvarez C. “Enfermería Comunitaria factores determinantes de la salud y su influencia en los individuos y la comunidad”. Barcelona. Masson Salvatt. Cuarta edición; 2002.

³³ Rojas A. Álvarez C. “Enfermería Comunitaria factores determinantes de la salud y su influencia en los individuos y la comunidad”. Barcelona. Masson Salvatt. Cuarta edición; 2002.

Enfermería Comunitaria.

La enfermera comunitaria se acerca y mantiene contactos regulares con los grupos sociales, en el hogar, en los centros de trabajo, en la escuela, en centros recreativos y vecinales, ya que es allí donde estos grupos viven, trabajan o se relacionan; en definitiva, donde se ponen de manifiesto las necesidades reales o potenciales de salud y donde se encuentran la mayoría de los factores de riesgo que influyen negativamente sobre ellas.

La enfermera comunitaria utiliza el método epidemiológico en sus actividades con la comunidad, con el fin de contribuir a la identificación de las necesidades de salud y vigilar las tendencias en las poblaciones. Identifica por medio del diagnóstico grupo y conjuntos de individuos que están expuestos a los mismos factores de riesgo y comparten necesidades de salud. Determina las necesidades existentes y previstas en la planificación de servicios evaluando su eficacia. Asimismo, planifica y ejecuta acciones de prevención en sus tres niveles, incluyendo la atención primaria directa, y moviliza los recursos individuales y colectivos de la comunidad para ayudar a esta a alcanzar mejores niveles de salud. Busca conseguir la participación de la comunidad en la ejecución de programas relacionados con la salud y el bienestar de la población, evalúa el impacto de sus acciones sobre el objeto de atención.³⁴

Estilo de Vida.

Conjunto de hábitos de la persona respecto a la salud. Algunas cuestiones relacionadas con el estilo de vida: la dieta, el ejercicio, la higiene, el tabaco, el alcohol, la conducta sexual, etc. Aunque se trate de decisiones personales todos estos elementos tienen una vertiente social más o menos importante. El estilo de vida y los factores ambientales son interdependientes: el ambiente influye en el estilo de vida, y el estilo de vida influye en el ambiente. El estilo de vida personal se encuentra socialmente condicionado, las personas se comportan de manera similar a las que las rodean. Por esto, para modificar el comportamiento individual lo más eficaz es buscar un cambio específico de las normas de actuación y de las circunstancias que favorecen ese comportamiento.³⁵

³⁴ Sanchez A, Aparicio V, Germán C, Mazarrasa L, Merelles A, Sanchez A. Enfermería Comunitaria, I. Conceptos de salud y factores que la condicionan. Madrid, España. Mc.Graw-Hill Interamericana.2000.

³⁵ Caja López.C, López Pisa R, Enfermería Comunitaria III.Barcelona, España.Masson-Salvatt.1993.

Ocupación.

Cuanto más elevado sean el nivel socio profesional y los ingresos económicos, mayor será el nivel de salud. Todas las investigaciones coinciden en que las personas de nivel socioeconómico más alto presentan una menor morbilidad que las personas de rentas más bajas. La salud no puede mejorarse ingresando repentinamente una gran suma de dinero, debe pasar el tiempo para que ello se traduzca en un incremento del nivel socio cultural. Las personas con mayor cualificación profesional disfrutan de un mayor control sobre su trabajo, un trabajo más variado, con menos presión en su ritmo, y globalmente más satisfactorio. Estas características están directamente relacionadas con un menor riesgo de morbilidad, especialmente cardiovasculares.³⁶

Nivel Académico.

El nivel de estudios es un buen indicador de nivel socioeconómico. Su grado de asociación con el nivel de salud es bastante similar al de las medidas de ocupación e ingresos. Estas tres características suelen estar muy interrelacionadas. El nivel académico viene en gran parte determinado por el nivel cultural de la familia de origen. La educación da acceso a una determinada ocupación y por lo tanto a un nivel de ingreso. Además, el nivel académico está relacionado con las conductas y prácticas de los estilos de vida saludables.³⁷

Pobreza.

Se entiende que son pobres aquellas personas que no disponen de los recursos mínimos necesarios para vivir dignamente. La situación de pobreza no supone por sí misma un problema en salud, este deriva de la asociación de situaciones problemáticas o de condicionantes psicosociales que generan la pobreza o de las consecuencias de las mismas. Cabe mencionar: bajo nivel académico y cultural, dificultades para integrarse al circuito laboral, trabajos escasamente cualificados y poco remunerados, disgregación familiar, desamparo social y dependencia de las estructuras de los servicios sociales, déficit de salud, conductas desadaptadas o desviadas socialmente (delincuencia, drogadicción, etc.)³⁸

Reseña histórica del barrio.

³⁶ Ídem. Anterior.

³⁷ Ídem. Anterior.

³⁸ Caja López.C, López Pisa R, Enfermería Comunitaria III.Barcelona, España.Masson-Salvatt.1993.

El asentamiento 3 de enero se encuentra en el barrio Piedras Blancas, entre las calles Teniente Rinaldi, Rafael y Santos Dumont. Se encuentra limitando con asentamiento 20 de febrero; lugar conocido como los fondos de la quinta de Batlle. El acceso principal se hace por la avenida José Belloni distante a cinco cuadras en el límite con el barrio Manga.

La información aquí transcrita ha sido brindada por asistente social Rosario Bonora perteneciente al Centro Comunal Zonal 10 (CCZ10) y vecina referente Elba Díaz; quiénes fueron nuestras mediadoras ante la comunidad.

Hoy en día dicho asentamiento se encuentra en la órbita CCZ 9; habiéndose modificado límites en noviembre 2010. La asistente social a cargo es Ana Bajal que en junio del 2011 se encuentra en etapa de transición. Estas asistentes sociales son las responsables de conocer y ejecutar tareas; como mantener conectados a los vecinos y autoridades municipales.

El asentamiento 3 de enero comienza su formación un 3 de enero del 2003 a consecuencia de la venta de parcelas por herederos de una sucesión en gestión y a causa de la feria judicial.

Las familias asentadas provenían tanto del departamento de Montevideo como por ejemplo del barrio de Maroñas o hipódromo de Maroñas; así como de departamentos alejados como por ejemplo: Artigas, ciudad de bella unión, en busca de un desarrollo socio-económico del núcleo familiar.

En cuanto a las condiciones de las viviendas; ellas son de bloques con techo liviano (chapas de zinc) y de madera proporcionadas por “un techo para mi país” a bajo costo, con censo e inscripción previa. Se encuentran delimitados entre sí por muros, tejidos y alambrados.

La mayoría de las calles son de tierra y algunas de balastro.

Los servicios esenciales como UTE y OSE lo obtiene de forma irregular.

La recolección de residuos es formal a cargo de la IMM, no transitando por todas las calles por la existencia de cables de tendido bajo, cuya gestión se hace a través del asistente social como representante CCZ y la referente barrial.

No existe saneamiento.

Se observan canaletas donde se transportan aguas servidas a los bordes de las calles; mediante el trabajo de IMM y los vecinos se incita a la realización de pozos negros para la eliminación de excretas para evitar contaminación ante la gran presencia de niños.

Los vecinos allí asentados desde un principio se organizan en una comisión y asociación civil sin personería jurídica; tienen sus días establecidos de reunión en el salón comunal construido por “un techo para mi país”.

Mediante la gestión de vecinos y la asistente social han conseguido mejoras en la infraestructura para mejorar su habitad y entorno.

Hace 1 año aproximadamente se encuentran en gestión con MIDES en la mesa de SOCAR; porque han detectado presencia de roedores (ratas) por la cercanía de un basural; también es de su interés lograr una mejor frecuencia del medio de transporte urbano perteneciente a la empresa CUTCSA n° 106 que tiene su destino a tres cuadras del barrio.

En cuanto a la salud de adultos y niños; se realizan sus controles en la policlínica Piedras Blancas y las pertenecientes al MSP; el hospital más cercano es el "Pasteur" en las calles Larravide esquina 8 de Octubre en el barrio Unión. En caso de emergencia, utilizan Asistencia Externa; qué solo entra hasta cierta hora por considerarlo zona roja.

Dicho asentamiento se encuentra en una zona rural lo que dificulta su regularización.

La legislación vigente no admite asentamientos en zonas rurales, por la dificultad de poder brindar los servicios esenciales como UTE, OSE y saneamiento.

En suma; asentamiento de difícil regularización y en permanente gestión de vecinos por mejoras en su estilo de vida y espacio físico.

Para su denominación en esta investigación se utilizara el concepto de barrio para referirnos al asentamiento ya que dichas personas tienen una historia en común y de pertenencia.

Capítulo 3.

Objetivos

Objetivo general.

- Determinar los factores de riesgo cardiovasculares presentes en la población de estudio.

Objetivos específicos.

- Caracterizar la población.
- Identificar los factores de riesgos no modificables: edad, sexo, antecedentes familiares.
- Identificar dentro de los factores de riesgos modificables: Presión Arterial elevada, obesidad, diabetes, sedentarismo y tabaquismo.

Capítulo 4

Diseño Metodológico.

Tipo de estudio:

Cuantitativo, descriptivo y de corte transversal.

Unidad de análisis:

Individuos entre 20-64 años que viven en el Barrio 3 de Enero, Piedras Blancas, Montevideo.

Muestreo:

Por conveniencia, el cual abarca a los adultos (20-64 años) que accedan a participar de la investigación.

Criterios de inclusión:

- Usuarios de ambos sexos en la franja etaria comprendida entre 20 y 64 años.
- Aceptar participar en la investigación mediante la firma del consentimiento informado.
- Aceptar la realización de los procedimientos y técnicas.

Procedimientos para la investigación.

Se eligió un instrumento para la recolección de datos: entrevista estructurada (ver anexo 1). Para ello se diseñó un instrumento donde se tuvieron en cuenta diferentes variables de acuerdo a nuestro objetivo.

Se coordinó con la policlínica de la IMM Giráldez, una visita al barrio con la asistente social Rosario Bonora, en compañía de la referente barrial, Elba Díaz. Esta visita tenía como finalidad no solo conocer el barrio sino establecer con la referente barrial, el momento más oportuno para la realización de la investigación. Se diseñaron folletos y afiches para la distribución en el barrio, informando e invitando a la población a las Jornadas de Enfermería.

Los folletos fueron entregados en dos oportunidades, lo que nos ayudó a vincularnos con la población.

La muestra seleccionada son personas que viven en el barrio y concurren al salón comunal en los días establecidos.

Aceptando al participar, la realización de todos los procedimientos previa firma del consentimiento informado. Se procesan los datos.

Definición de las variables.

Sexo.

Definición conceptual: caracteres sexuales (primarios y secundarios) que distinguen al individuo en hombre o mujer

Definición operativa: se define masculino y femenino de acuerdo a lo que fenotípicamente se demuestra.

Clasificación: cualitativa nominal

Indicadores: masculino – femenino.

Edad.

Definición conceptual: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.

Definición operativa: años cumplidos referidos por el entrevistado

Clasificación: cuantitativa continúa.

Indicador: Años

Nivel de Instrucción.

Definición conceptual: Es el máximo nivel alcanzado por el individuo en la educación formal.

Definición operativa: máximo nivel de estudios formales alcanzado, referido por el individuo

Clasificación: Cualitativa ordinal

Indicador: Sin instrucción, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, UTU incompleta, UTU completa, terciaria incompleta, terciaria incompleta, terciaria completa otros.

Ocupación.

Definición conceptual: Tarea realizada por el individuo que genera remuneración.

Definición operacional: Refiere que trabaja.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicador: Si, No.

Antecedentes Familiares.

Definición conceptual: Los miembros de una familia con antecedentes de patología que se consideran de riesgo cardiovascular, teniendo en cuenta la primera y segunda generación (padres – abuelos).

Definición operativa: si el individuo refiere o no conocer si sus padres o abuelos presentan o presentaron HA, DM, Obesidad.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicador: Si, no, no conoce.

Antecedentes Personales

Definición conceptual: Presencia de alteraciones orgánicas que aumentan la probabilidad de afecciones cardiovasculares.

Definición operacional: si el individuo refiere o no tener conocimiento del tema. HA, DM, Obesidad.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicador: Si, no, no conoce.

Cifra de Presión Arterial elevada.

Definición conceptual: Enfermedad caracterizada por un aumento de la Presión arterial, que excede persistentemente los valores 130/85 mmHg.

Definición operativa: PA mayor a valores 130/85 mmHg en el control de ese día.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicador: Normal – elevada

Glicemia capilar.

Definición conceptual: Medida de glicemia en sangre capilar.

Definición operativa: medida de glicemia por punción capilar con 4 hs de ayuno con un valor superior a 1,10 mg/dl de glicemia capilar de ese día (tomando como normal 1.10 mg/dl).La punción capilar se realizó con 4hs de ayuno.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicador: Normal, Alterada.

IMC (Esta variable está compuesta por Peso y talla).

Definición Conceptual: Es una fórmula para determinar la obesidad, se calcula dividiendo el peso de una persona en kilogramos por el cuadrado de su estatura en metros.

Definición operativa: cálculo realizado por las investigadoras según la fórmula establecida por peso/talla ² (tomando como normal valor hasta 25).

Clasificación: Cualitativa nominal

Indicador: Normal, sobrepeso, obesidad.

Peso.

Definición Conceptual: Fuerza ejercida sobre un cuerpo por la gravedad de la tierra, habitualmente se expresa en kilogramos o libras que se trata de una masa.

Definición Operativa: Valor recogido por las investigadoras; descrito en anexo 5.

Clasificación: Cuantitativa continua.

Indicador: Cifra expresada en kilogramos.

Talla.

Definición Conceptual: Medida de la población adulta promedio de acuerdo a la cultura, género y factores ambientales que influyen.

Definición Operativa: Valor recogido por las investigadoras; descrito en anexo 5.

Clasificación: Cuantitativa continua.

Indicador: Cifra expresada en centímetros.

Perímetro de cintura.

Definición Conceptual: Es un método de medición antropométrica destinada a mensurar la grasa intra-abdominal.

Definición Operativa: Medida del abdomen tomada por las investigadoras; según técnica de la OMS descrito en anexo 6.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicador: Valor Normal o Alterado.

Tabaquismo.

Definición conceptual: Es la acción que expone al individuo a la acción del tabaco ya sea por ingestión o inhalación del mismo. Considerando a la propia persona: inhalador primario y secundario a aquella persona que inhala el humo pasivamente.

Definición operativa: cantidad de cigarrillos fumados a diario, referidos por el individuo

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicador: No, leve (1-4 cigarrillos/día), moderado (5-14 cigarrillos/día), severo (más de 15 cigarrillos/día).³⁹

Actividad Física.

Definición conceptual: Realización de cualquier actividad física con el propósito de acondicionar el organismo, mantener su capacidad o como método terapéutico para corregir una deformidad o mantener un estado saludable en los órganos o funciones corporales.⁴⁰

Definición operativa: tiempo que refiere el individuo de caminata a la semana si supera o es igual a 1hs 30 min se considera que realiza ejercicio.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicador: Sí, no.

³⁹ Tabaquismo y Sociedad Uruguaya [base de datos en línea].Montevideo: stop tabaco; Mayo 1999. [fecha de acceso 20 de enero de 2011]. URL disponible en: [http: www.stoptabaco.org/investigacion.html](http://www.stoptabaco.org/investigacion.html)

⁴⁰ Álvarez Mendizábal Diccionario Mosby. Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud. Quinta edición. Madrid: Harcourt. España, S.A. Año 2000

Capítulo 5.

Presentación de los resultados.

Datos relevados a la población del barrio 3 de Enero, en el periodo comprendido del 31 de Mayo al 2 de Junio de 2011 en el horario de 13 a 17hs; la muestra es de 102 residentes.

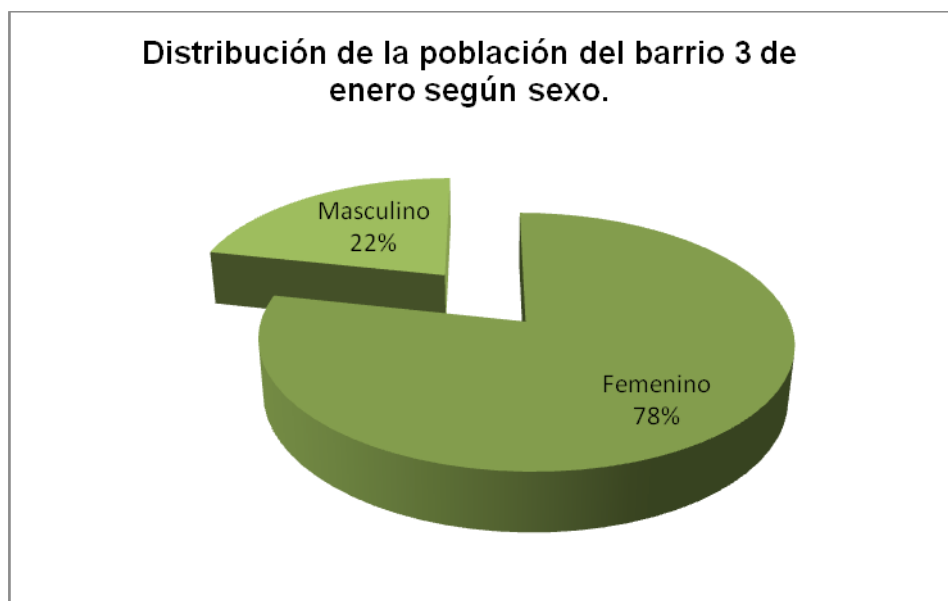
Tabla 1.

Distribución de la población del barrio 3 de enero según sexo.

SEXO	FA	FR %
Femenino	80	78
Masculino	22	22
Total	102	100

Fuente: Entrevistas realizadas a residentes del Barrio 3 de enero en mayo-junio 2011.

Gráfico 1.



Fuente: tabla 1.

De los 102 encuestados hubo un predominio del sexo femenino que comprendió a un 78% y un 22% a sexo masculino.

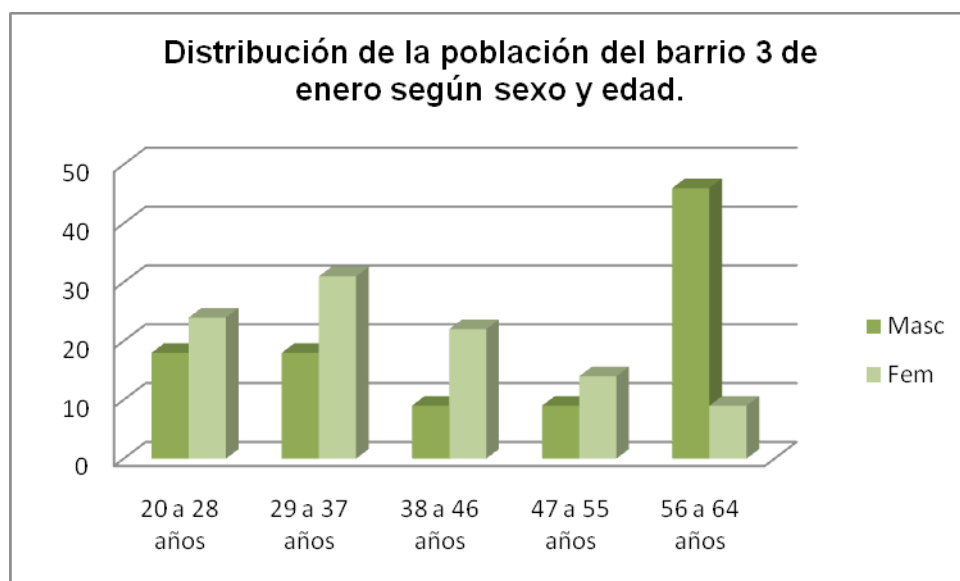
Tabla 1.2

Distribución de la población del barrio 3 de enero según sexo y edad.

Edad	Masc FA	Masc FR%	Fem FA	Fem FR %
20 a 28 años	4	18	19	24
29 a 37 años	4	18	25	31
38 a 46 años	2	9	18	22
47 a 55 años	2	9	11	14
56 a 64 años	10	46	7	9
Total	22	100	80	100

Fuente: Entrevistas realizadas a residentes del Barrio 3 de enero en mayo-junio 2011.

Grafico 1.2



Fuente: tabla 1.2

Dentro de los rangos de edades establecidos al sexo femenino predominó de 29 a 37 años con el 31% seguido por el rango 20 a 28 años con el 24%.

En el sexo masculino predominó el rango de 56 a 64 años con un 46%; seguido por la edad de 20 a 28 años y de 29 a 37 años con un 18% cada uno; y un 9% a los rangos de 38 a 46 años y de 47 a 55 años un 9% también.

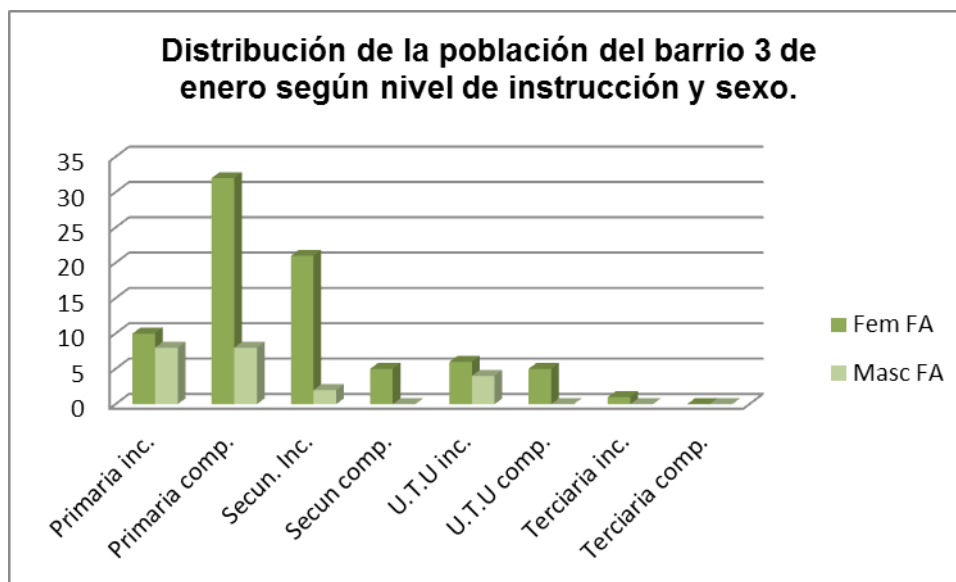
Tabla 2.

Distribución de la población del barrio 3 de enero según nivel de instrucción y sexo.

Nivel de instrucción	Fem FA	Fem FR %	Masc FA	Masc FR %
Primaria inc.	10	13	8	36
Primaria comp.	32	40	8	36
Secun. Inc.	21	26	2	10
Secun comp.	5	6	0	0
U.T.U inc.	6	8	4	18
U.T.U comp.	5	6	0	0
Terciaria inc.	1	1	0	0
Terciaria comp.	0	0	0	0
Total	80	100	22	100

Fuente: Entrevistas realizadas a residentes del Barrio 3 de enero en mayo-junio 2011.

Gráfico 2.



Fuente: tabla 2

De acuerdo a la variable nivel de instrucción se desprenden los siguientes datos femeninos: primaria incompleta 13%; primaria completa 40%; secundaria incompleta 26%; secundaria completa 6%; UTU incompleta 8%; UTU completa 6%; terciaria incompleta 1% en lo que refiere al sexo femenino.

Con respecto al sexo masculino desprende los siguientes datos: primaria incompleta un 36% y para primaria completa el mismo porcentaje; secundaria incompleta un 10%; UTU incompleta 18%.

Observamos que en ninguno de los géneros llega al 50% de la primaria completa.

Con estos porcentajes se puede apreciar un nivel de educación por debajo del promedio país (secundaria completa), lo que contribuye a una mayor demanda en brindar educación al usuario para crear hábitos saludables y de esta manera lograr un mayor compromiso con el autocuidado y la salud de la comunidad.

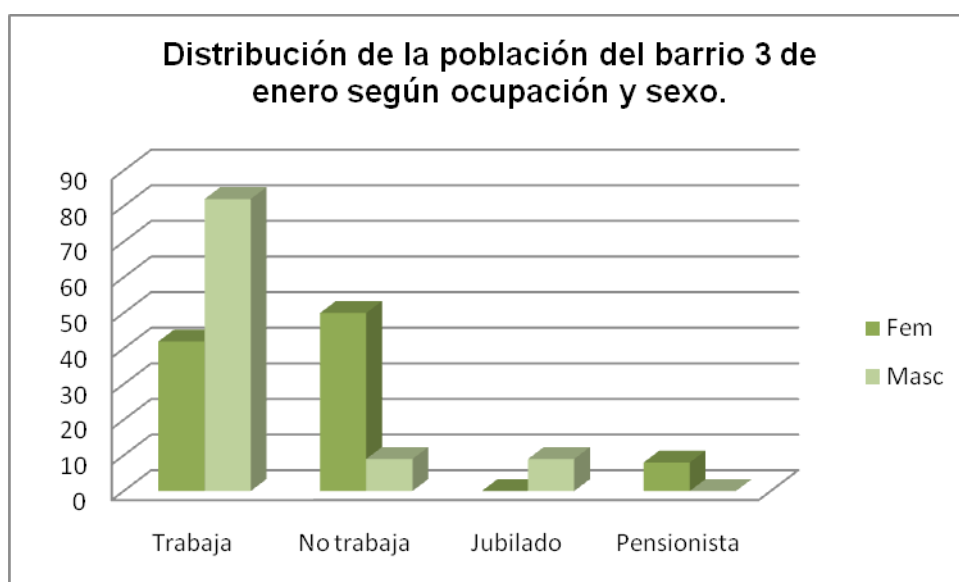
Tabla 3.

Distribución de la población del barrio 3 de enero según ocupación y sexo.

Ocupación	Fem FA	Fem FR %	Masc. FR %	Masc. FA
Trabaja	34	42	82	18
No trabaja	40	50	9	2
Jubilado	0	0	9	2
Pensionista	6	8	0	0
Total	80	100	100	22

Fuente: Entrevistas realizadas a residentes del Barrio 3 de enero en mayo-junio 2011.

Gráfico 3.



Fuente: tabla 3.

La ocupación según el sexo femenino muestra que un 42% trabaja; un 50% no lo hace. En el sexo masculino el 82% trabaja un 9% no lo hace.

Tabla 4.

Antecedentes familiares.

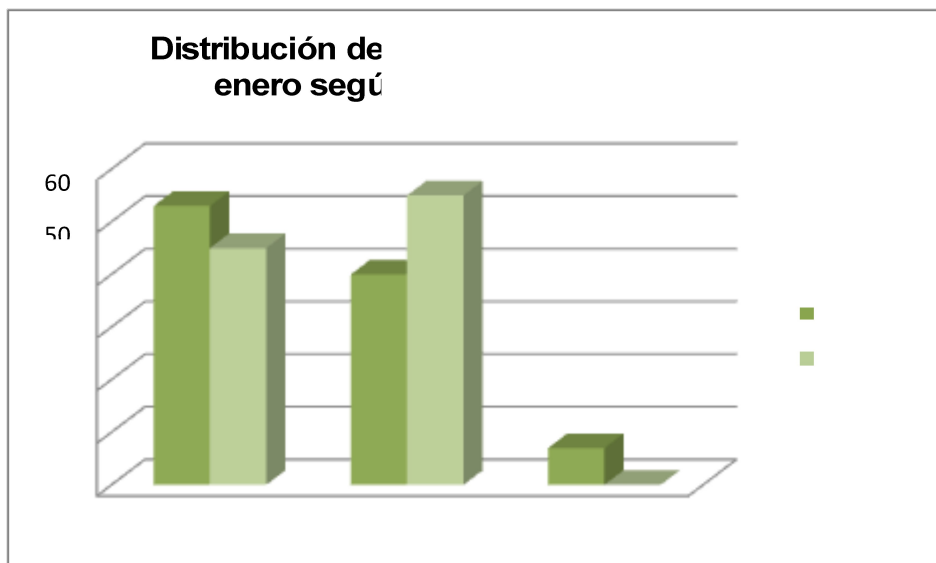
Tabla 4.1

Distribución de la población del barrio 3 enero según antecedentes familiares de hipertensión.

Ant. familiares	Fem. FA	Fem. FR %	Masc.FA	Masc.FR%
Si	42	53	10	45
No	32	40	12	55
No sabe	6	7	0	0
Total	80	100	22	100

Fuente: Entrevistas realizadas a residentes del Barrio 3 de enero en mayo-junio 2011.

Grafico 4.1.



Fuente: tabla 4.1

Observamos que en la muestra se desprende que el porcentaje de antecedentes familiares de HA en varones llegó a un 45% y en mujeres alcanzó un 42%. En ambos sexos hay una carga genética importante.

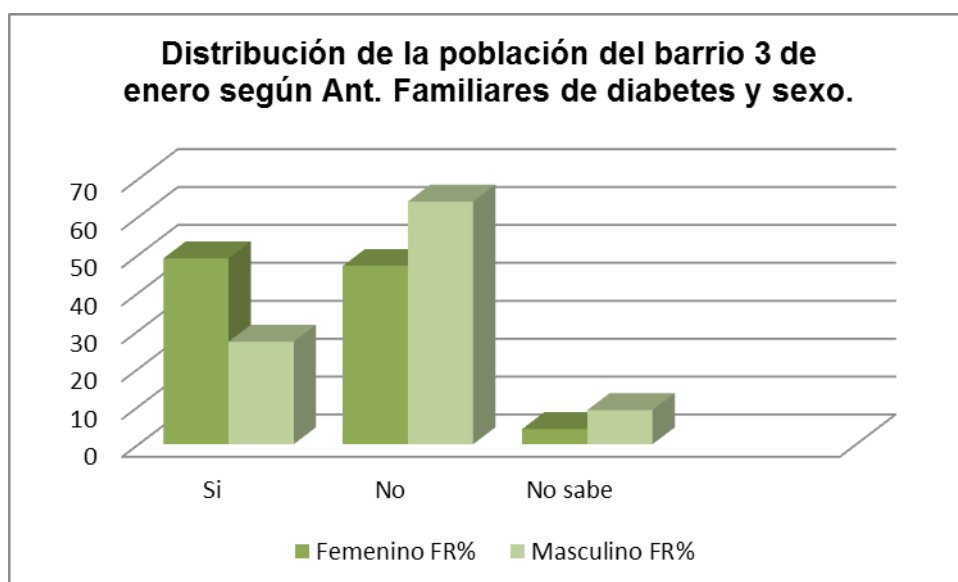
Tabla 4.2

Distribución de la población del barrio 3 de enero según antecedentes familiares de diabetes y sexo.

Diabetes	Fem FA	Fem FR %	Masc FA	Masc FR %
Si	39	49	6	27
No	38	47	14	64
No sabe	3	4	2	9
Total	80	100	22	100

Fuente: Entrevistas realizadas a residentes del Barrio 3 de enero en mayo-junio 2011.

Gráfico 4.2



Fuente: tabla 4.2.

Se dio un mayor porcentaje de mujeres con antecedentes familiares de diabetes, un 49% con respecto al sexo masculino que presentó un 27%.

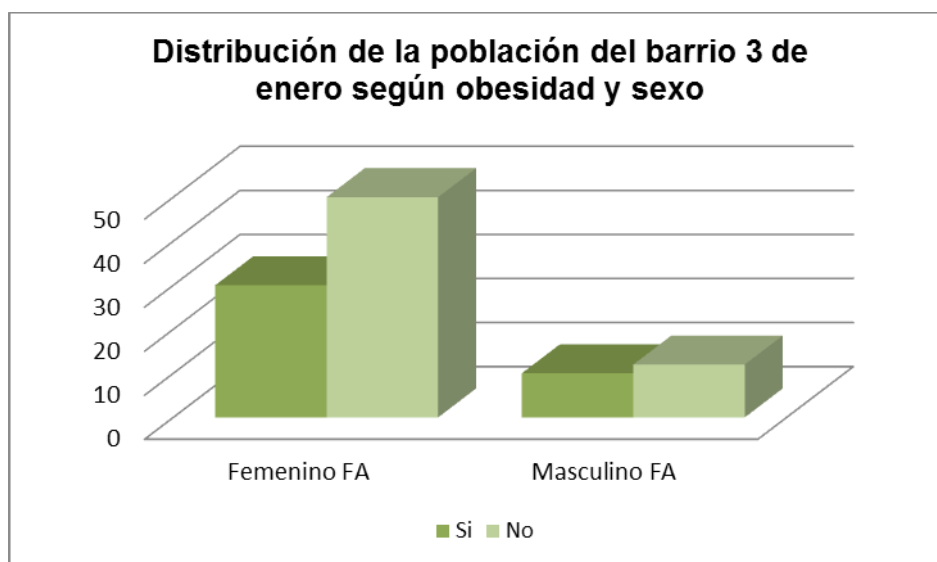
Tabla 4.3.

Distribución de la población del barrio 3 de enero según antecedentes familiares de obesidad según sexo.

Obesidad	Fem.FA	Fem.FR%	Masc.FA	Masc.FR%
Si	30	37	10	45
No	50	63	12	55
No sabe	0	0	0	0
Total	80	100	22	100

Fuente: Entrevistas realizadas a residentes del Barrio 3 de enero en mayo-junio 2011.

Gráfico: 4.3



Fuente: tabla 4.3.

Con respecto a los antecedentes familiares de obesidad, el sexo femenino dio un 37% , el masculino un 45%, ambos porcentajes son elevados, ajustándose a una obesidad mayoritaria, ya que supera el 30% de un colectivo, siendo este un dato más fiable que el de antecedentes familiares de diabetes o de antecedentes familiares de HA.

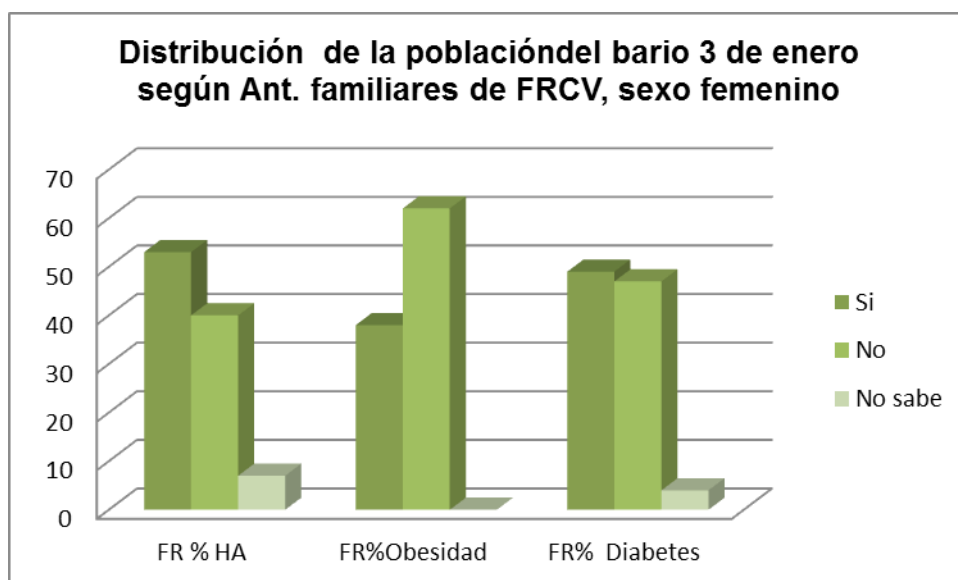
Tabla 4.4

Distribución de la población del barrio 3 enero según antecedentes familiares de FRCV (HA, Obesidad, DM II) según sexo femenino.

Femenino	FA HA	FR % HA	FA Obesi- dad	FR%Obesidad	FA Diabetes	FR% Diabe- tes
Si	42	53	30	38	39	49
No	32	40	50	62	38	47
No sabe	6	7	0	0	3	4
Total	80	100	80	100	80	100

Fuente: Entrevistas realizadas a residentes del Barrio 3 de enero en mayo-junio 2011.

Gráfico 4.4



Fuente: tabla 4.4.

En esta grafica debemos recordar que nuestro N= 80, al tratarse de la población femenina del barrio 3 de enero.

Según los antecedentes familiares el sexo femenino presenta un 53% de HA, un 40% no; presentan obesidad un 38 %. En cuanto a la diabetes un 49% refiere tener antecedentes y un 47% no tiene.

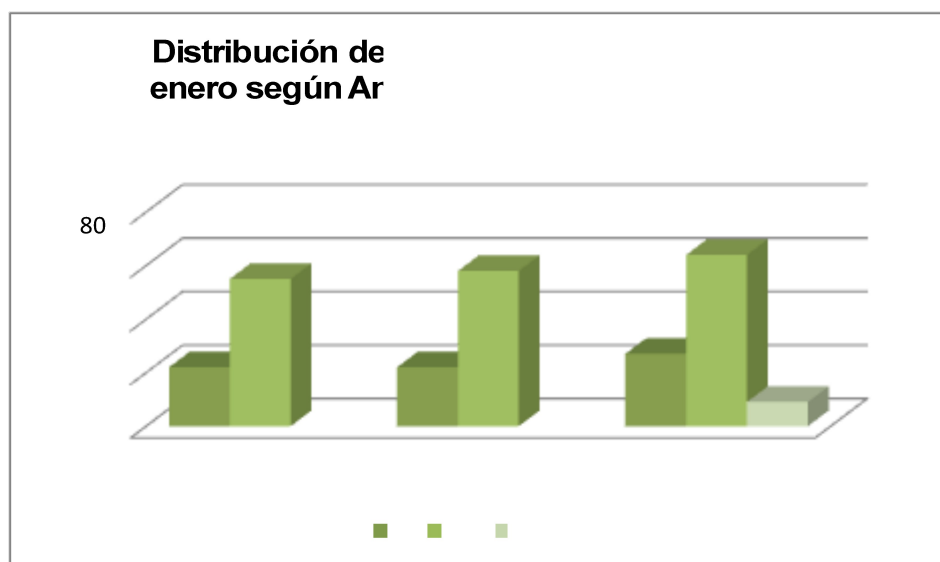
Tabla 4.5

Distribución de la población del barrio 3 de enero según antecedentes familiares de FRCV (HA, obesidad, DMII) según sexo (masculino).

Masculino	FA HA	FR % HA	FA Obesi- dad	FR% Obesi- dad	FA Diabe- tes	FR% Dia- betes
Si	10	45	10	42	6	27
No	12	55	12	58	14	64
No sabe	0	0	0	0	2	9
Total	22	100	22	100	22	100

Fuente: Entrevistas realizadas a residentes del Barrio 3 de enero en mayo-junio 2011

Grafico 4.5.



Fuente: tabla 4.5

El sexo masculino refiere conocer que sus familias presentan un 45% de HA; 45% de obesidad; un 27% de diabetes y un 9% no sabe de esta última.

Se considera que los familiares de hipertensos presentan mayor probabilidad de sufrir de la misma. Desde el punto de vista genético la HA se considera poligénica

Tabla 5.

Antecedentes personales.

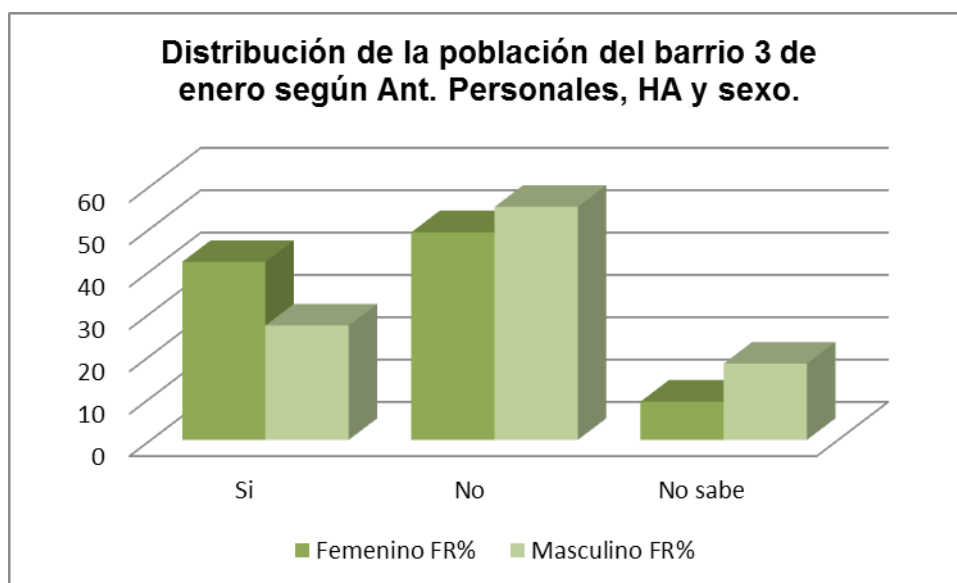
Tabla 5.1

Distribución de la población del barrio 3 de enero según antecedentes personales de HA y sexo.

Hipertensión	Fem FA	Fem FR %	Masc FA	Masc FR %
Si	34	42	6	27
No	39	49	12	55
No sabe	7	9	4	18
Total	80	100	22	100

Fuente: Entrevistas realizadas a residentes del Barrio 3 de enero en mayo-junio 2011

Grafico 5.1



Fuente: tabla 5.1.

En lo referente a los antecedentes personales según sexo del total del sexo femenino refiere padecer en un 42% HA. A diferencia del sexo masculino que refiere tener HA un 27%. Es de destacar que un 9% del sexo femenino no sabe si tiene antecedentes personales de HA y un 18% del sexo masculino.

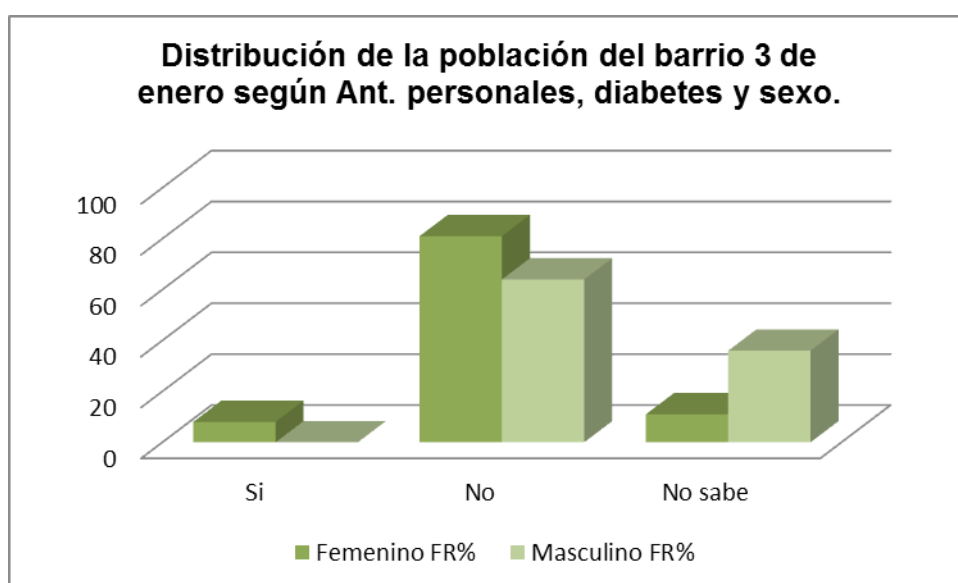
Tabla 5.2.

Distribución de la población del barrio 3 de enero según antecedentes personales de diabetes y sexo.

Diabetes	Fem FA	Fem FR %	Masc FA	Masc FR %
Si	6	8	0	0
No	65	81	14	64
No sabe	9	11	8	36
Total	80	100	22	100

Fuente: Entrevistas realizadas a residentes del Barrio 3 de enero en mayo-junio 2011

Grafico 5.2



Fuente: tabla 5.2.

Encontramos que en los antecedentes personales de diabetes según sexo, tenemos un 8% de sexo femenino presentan diabetes. Un 11% de sexo femenino no sabe si tiene diabetes y un 8% de sexo masculino no sabe lo que es de gran importancia estimular a la realización del control de glicemia capilar más si tienen antecedentes familiares o síntomas de la misma.

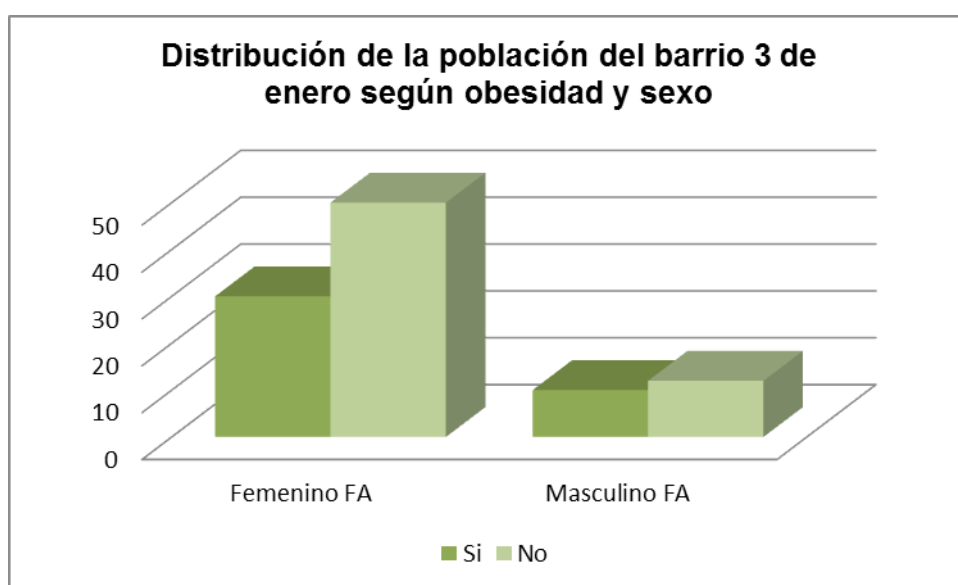
Tabla 5.3

Distribución de la población del barrio 3 de enero según antecedentes personales de obesidad y sexo.

Obesidad	Fem.FA	Fem.FR%	Masc.FA	Masc.FR%
Si	30	37	10	45
No	50	63	12	55
Total	80	100	22	100

Fuente: Entrevistas realizadas a residentes del Barrio 3 de enero en mayo-junio 2011

Gráfico 5.3



Fuente: tabla 5.3

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

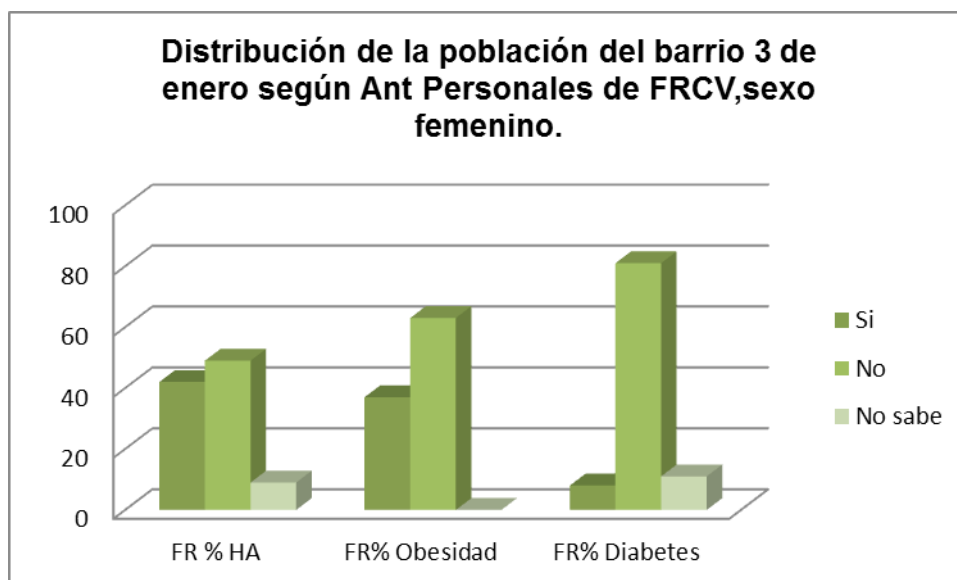
Tabla 5.4

Distribución de la población del barrio 3 de enero según antecedentes personales de FRCV (HA, obesidad, DMII) según sexo femenino.

Femenino	FA HA	FR % HA	FA Obesi- dad	FR% Obesidad	FA Diabe- tes	FR% Diabe- tes
Si	34	42	30	37	6	8
No	39	49	50	63	65	81
No sabe	7	9	0	0	9	11
Total	80	100	80	100	80	100

Fuente: Entrevistas realizadas a residentes del Barrio 3 de enero en mayo-junio 2011

Grafico 5.4



Fuente: tabla 5.4

En lo que refiere a los antecedentes personales de FRCV según sexo femenino, podemos observar que un 42% presenta HA, un 37% obesidad y un 8% diabetes

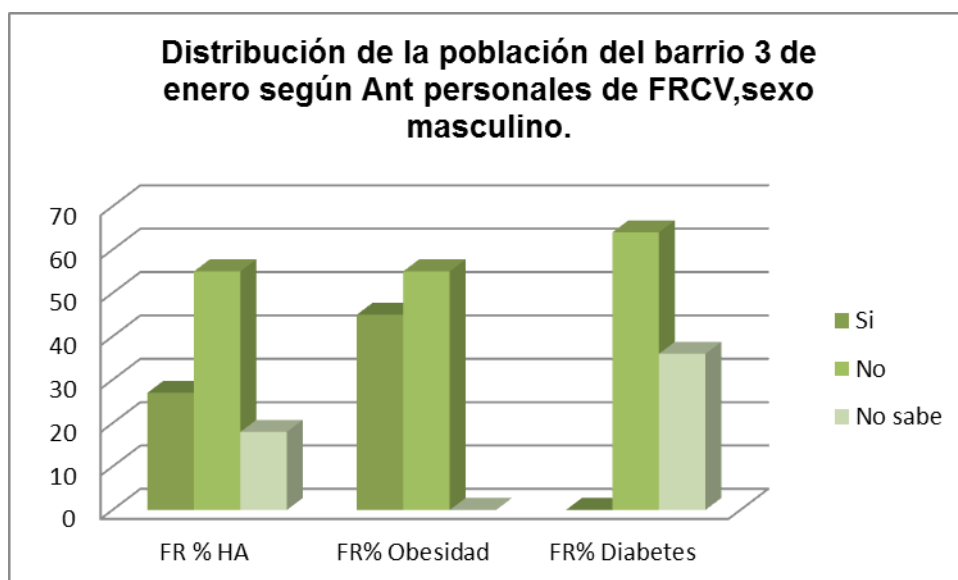
Tabla 5.5

Distribución de la población del barrio 3 de enero según antecedentes personales de FRCV (HA, obesidad, DMII) según sexo masculino.

Masculino	FA HA	FR % HA	FA Obesi- dad	FR% Obesidad	FA Diabe- tes	FR% Diabe- tes
Si	6	27	10	45	0	0
No	12	55	12	55	14	64
No sabe	4	18	0	0	8	36
Total	22	100	22	100	22	100

Fuente: Entrevistas realizadas a residentes del Barrio 3 de enero en mayo-junio 2011

Grafico 5.5



Fuente: tabla 5.5

Referentes a los antecedentes personales de FRCV según sexo masculino, nos muestra que un 27% presenta HA, un 45% presenta obesidad y un 36% refiere no saber si posee diabetes.

Tabla 6.

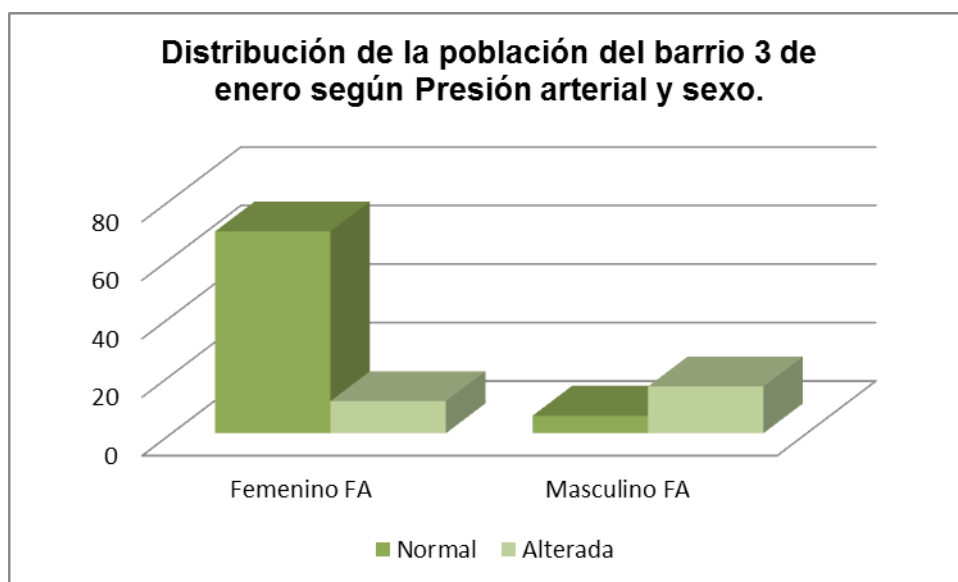
Tabla 6.1.

Distribución de la población del barrio 3 de enero según Cifras de Presión Arterial y sexo.

PA	Fem FA	Fem FR %	Masc FA	Masc FR %
Normal	69	86	6	27
Alterada	11	14	16	73
Total	80	100	22	100

Fuente: Entrevistas realizadas a residentes del Barrio 3 de enero en mayo-junio 2011.

Grafico 6.1



Fuente: tabla 6.1

En cuanto a la PA, observamos que el sexo femenino en un 86% es normotenso a diferencia del sexo masculino que solo un 27% es normotenso.

El 73% del sexo masculino tiene PA alterada y solo un 14% del sexo femenino.

La HA es el principal factor de riesgo modificable de las ECV se sabe que si se asocia con obesidad aumenta el RCV.

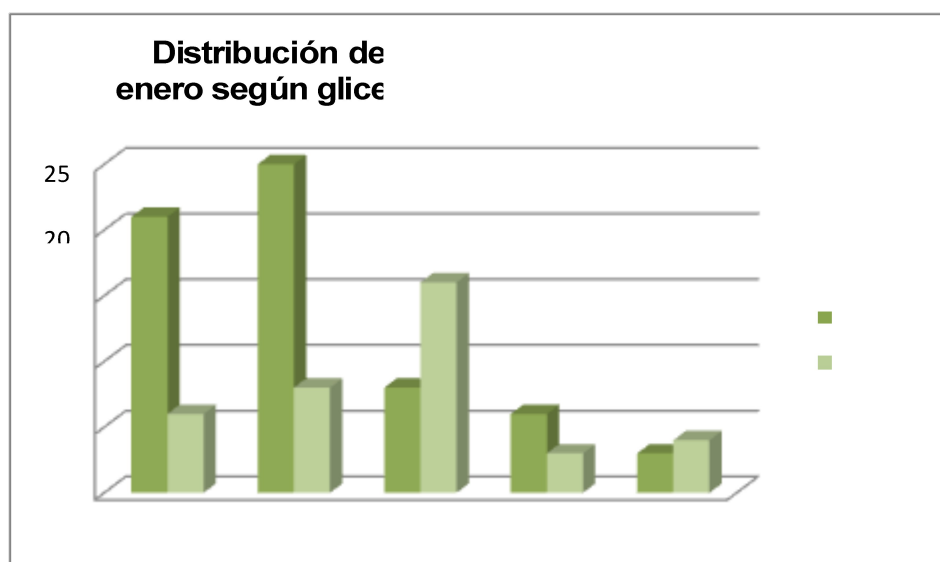
Tabla 6.2

Distribución de la población del barrio 3 de enero según medición de glicemia capilar, sexo (femenino) y edad.

Femenino	FA	FR%	FA	FR%
Edad	Normal	Normal	Alterada	Alterada
20-28	17	21	5	6
29-37	20	25	6	8
38-46	6	8	13	16
47-55	5	6	3	3
56-64	3	3	3	4
Total	51	63	30	37

Fuente: Entrevistas realizadas a residentes del Barrio 3 de enero en mayo-junio 2011

Gráfico: 6.2



Fuente: tabla 6.2

En lo que refiere al sexo femenino para el rango de 20 a 28 años presentan un valor normal del 21% y un 6% alterado; de 29 a 37 años un valor normal del 26% y alterado del 16%; de 47 a 55 años un 6% del valor normal y un 3% para el valor alterado; de 56 a 64 años un valor normal de un 3% y un 4% para el alterado.

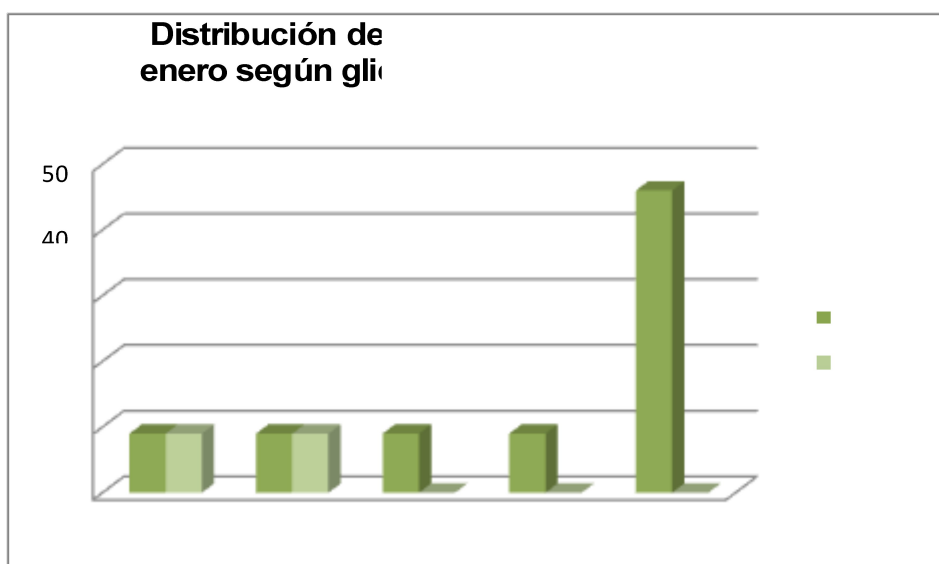
Tabla 6.3

Distribución de la población según medición de glicemia capilar, sexo (masculino) y edad.

Masculino	FA	FR%	FA	FR%
Edad	Normal	Normal	Alterada	Alterada
20-28	2	9	2	9
29-37	2	9	2	9
38-46	2	9	0	0
47-55	2	9	0	0
56-64	10	46	0	0
Total	18	82	4	18

Entrevistas realizadas a residentes del barrio 3 de enero en mayo-junio 2011

Grafico 6.3



Fuente: tabla 6.3

En el relevamiento de la glicemia capilar el sexo masculino en el rango de 20 a 28 años presentaron un 9% valor normal y el mismo porcentaje alterado; de 29 a 37 años se repiten los valores anteriores; de 38 a 46 años; y de 47 a 55 años tienen un valor normal el 9% cada uno; en el rango de 56 a 64 años un valor normal del 46%.

La glicemia capilar alterada si persiste en el tiempo es precursor de la DM2. La diabetes asociada a la coexistencia de otros factores de riesgo como HA, la obesidad y tabaquismo aumentan el RCV.

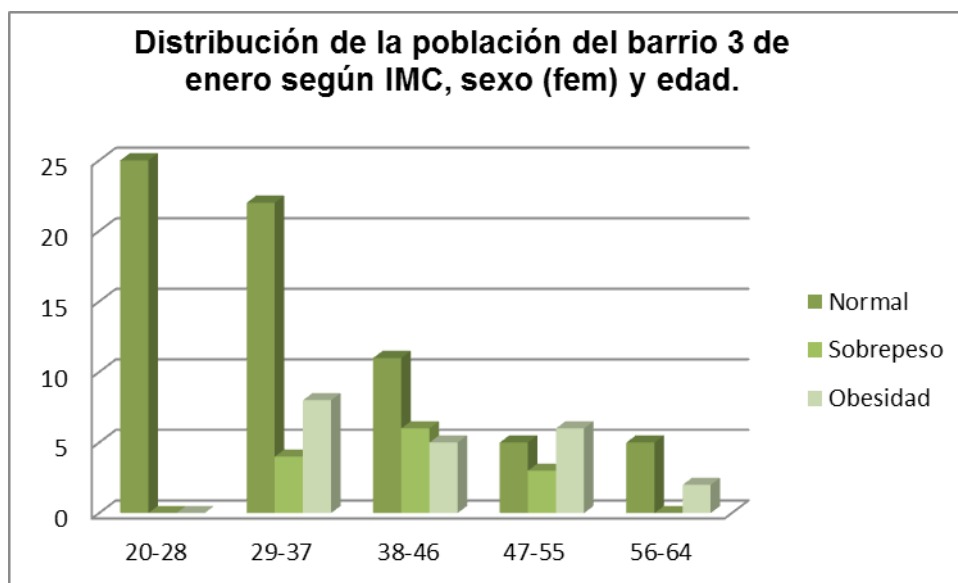
Tabla 6.4

Distribución de la población del barrio de enero según IMC, sexo (femenino) y edad.

Femenino	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Edad	Normal	Normal	Sobrepeso	Sobrepeso	Obesidad	Obesidad
20-28	20	25	0	0	0	0
29-37	17	22	3	4	6	8
38-46	9	11	5	6	4	5
47-55	4	5	2	3	5	6
56-64	4	5	0	0	1	2
Total	54	68	10	13	16	21

Fuentes: Entrevistas realizadas a residentes del barrio 3 de enero en mayo-junio 2011

Gráfico 6.4



Fuente: tabla 6.4

En cuanto al IMC el 22% del sexo femenino comprendido entre las edades de 29 a 37 años el mismo es normal, un 4% presenta sobrepeso y un 8% obesidad.

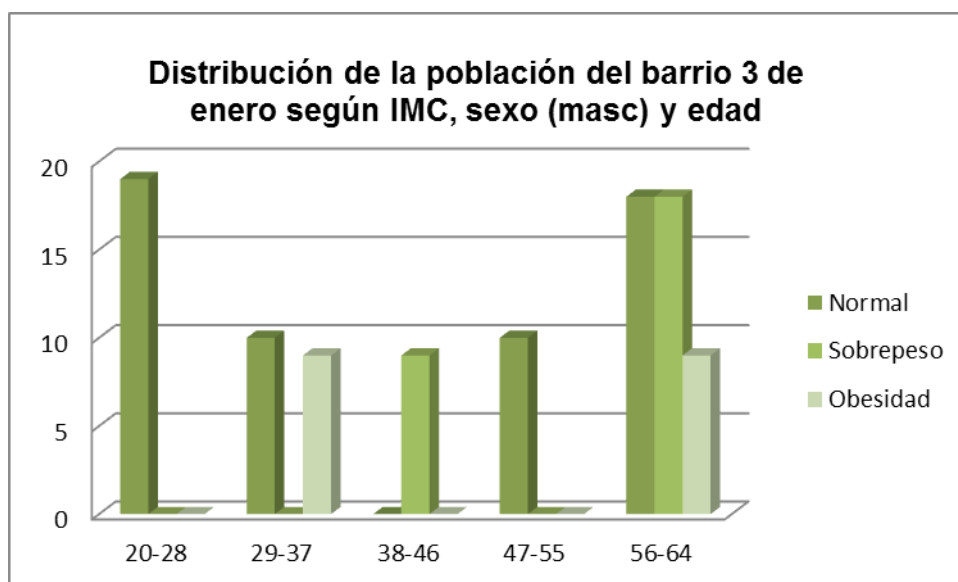
Tabla 6.5.

Distribución de la población del barrio 3 de enero según IMC, sexo (masculino) y edad

Masculino FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Edad	Normal	Normal	Sobrepeso	Sobrepeso	Obesidad	Obesidad
20-28	4	19	0	0	0	0
29-37	2	10	0	0	2	9
38-46	0	0	2	9	0	0
47-55	2	10	0	0	0	0
56-64	4	18	4	18	2	9
Total	12	57	6	27	4	18

Fuente: Entrevistas realizadas a residentes del barrio 3 de enero en mayo-junio 2011

Grafico 6.5



Fuente: tabla 6.5

Las medidas antropométricas (peso y talla) se encuentran incluidas dentro del índice de masa corporal.

Entre las edades de 29 a 37 años un 9% presenta obesidad; el mismo valor se repite entre las edades 56 a 64 años, también debemos agregar que el 18% en esta franja posee sobrepeso.

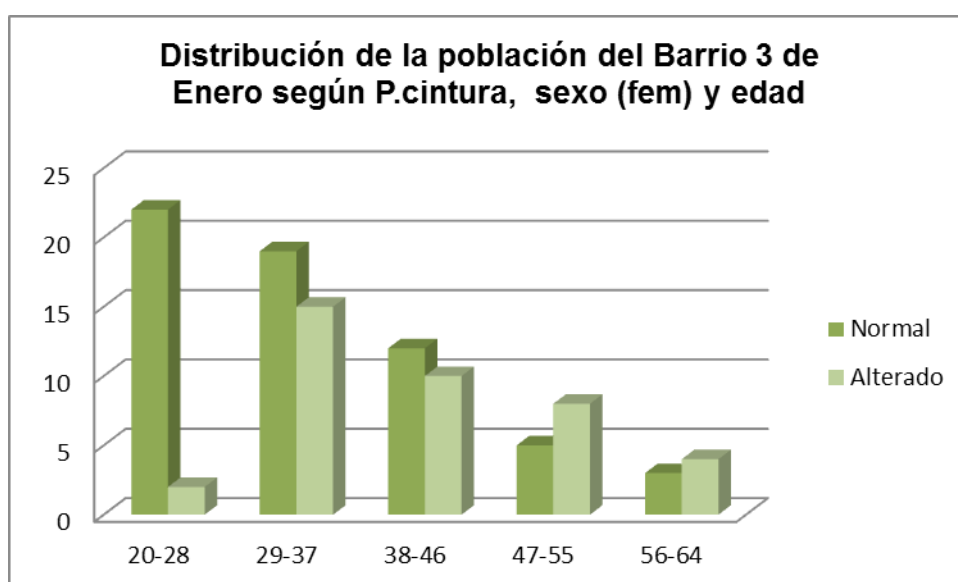
Tabla 6.6

Distribución de la población del barrio 3 de enero según perímetro de cintura, sexo (femenino) y edad.

Femenino	FA	FR%	FA	FR%
Edad	Normal	Normal	Alterado	Alterado
20-28	18	22	2	2
29-37	15	19	12	15
38-46	10	12	8	10
47-55	4	5	6	8
56-64	2	3	3	4
Total	49	61	31	39

Fuente: Entrevistas realizadas a residentes del barrio 3 de enero en mayo-junio 2011.

Grafico 6.6



Fuente: tabla 6.6

Los datos muestran en lo referente a la medición del perímetro de cintura el sexo femenino presenta un valor normal de 19% en las edades de 29 a 37 años y presenta una alteración de un 15% para la misma edad.

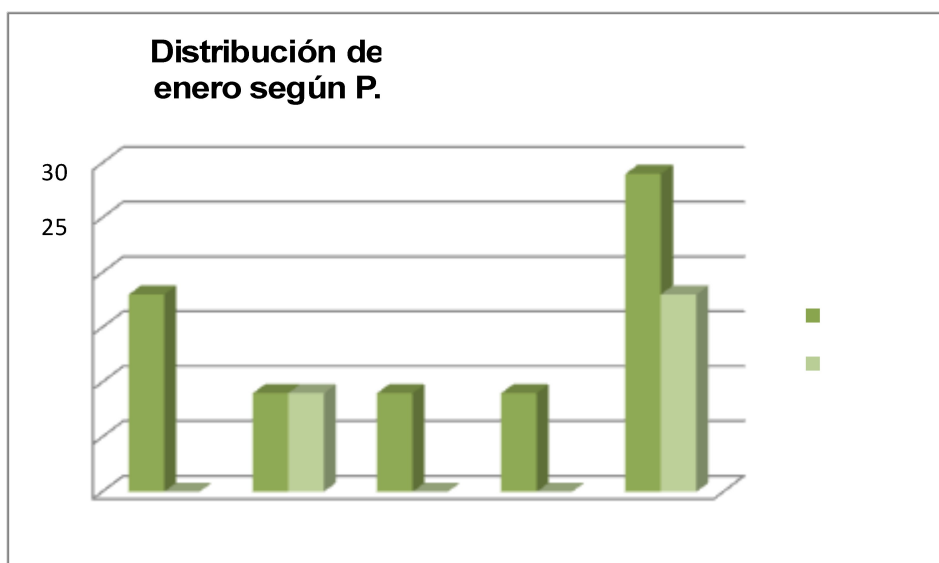
Tabla 6.7

Distribución de la población del barrio 3 de enero Perímetro de cintura según sexo (masculino) y edad.

Masculino	FA	FR%	FA	FR%
Edad	Normal	Normal	Alterado	Alterado
20-28	4	18	0	0
29-37	2	9	2	9
38-46	2	9	0	0
47-55	2	9	0	0
56-64	6	29	4	17
Total	16	74	6	26

Fuente: Entrevistas realizadas a residentes del barrio 3 de enero en mayo-junio 2011.

Grafico 6.7



Fuente: tabla 6.7.

Los datos muestran en la medición del perímetro de cintura que el sexo masculino presenta un valor normal del 9% entre las edades de 29 a 37 años y un 9% alterado para la misma edad.

Tabla 7.

Hábitos.

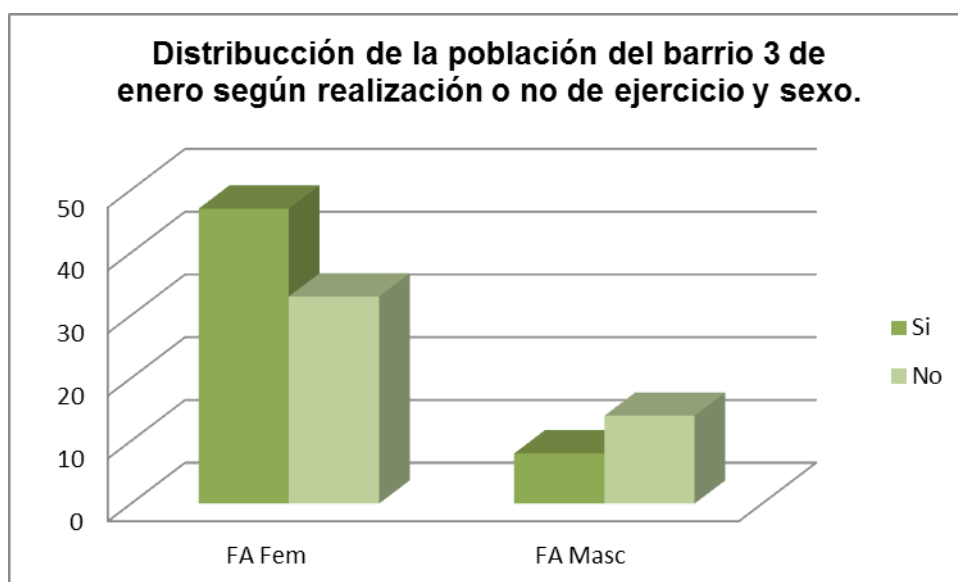
Tabla 7.1

Distribución de la población del barrio 3 de enero según realización de actividad física o no y sexo.

Ejercicio	FA Fem	FR% Fem	FA Masc	FR% Masc
Si	47	59	8	36
No	33	41	14	64
Total	80	100	22	100

Fuente: Entrevistas realizadas a residentes del barrio 3 de enero en mayo-junio 2011

Grafico 7.1



Fuente: tabla 7.1

Los datos muestran: que el sexo femenino realiza ejercicio en un 59% y sexo masculino en un 36% (tomando como referencia cualquier actividad física que dure más de 30 minutos por ejemplo caminata)

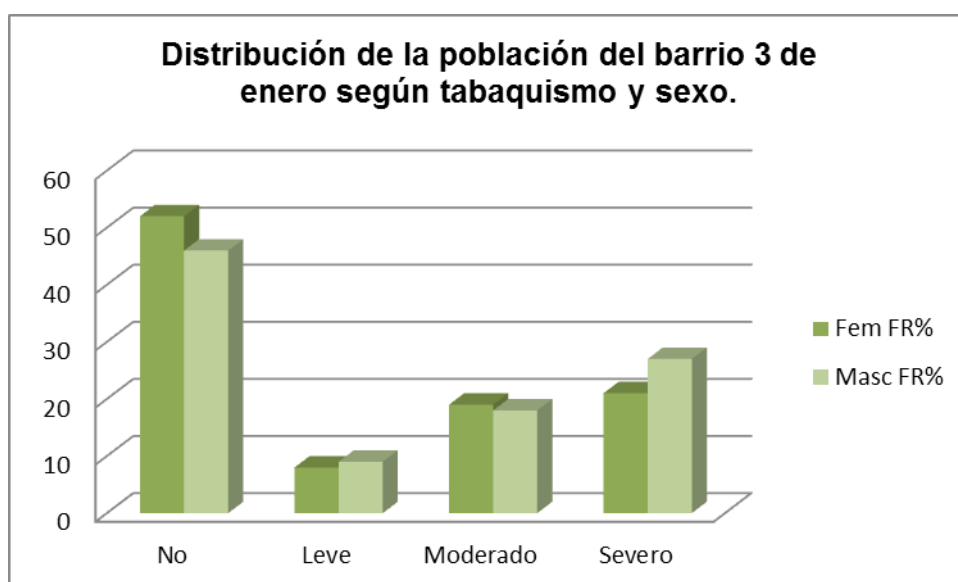
Tabla 7.2

Distribución de la población del barrio 3 de enero según tabaquismo y sexo.

Fumador	Fem FA	Fem FR %	Masc FA	Masc FR %
No	42	52	10	46
Leve	6	8	2	9
Moderado	15	19	4	18
Severo	17	21	6	27
Total	80	100	22	100

Fuente: Entrevistas realizadas a residentes del Barrio 3 de enero en mayo-junio 2011

Gráfica 7.2



Fuente: tabla 7.2

Los datos muestran en lo referente al tabaquismo: que el sexo femenino en el 52% no fuma y en 46% el sexo masculino. En cuanto a la severidad: un 21% en el sexo femenino tiene el hábito en forma severa y 27% del sexo masculino.

Análisis.

Las enfermedades cardiovasculares son la causa más importante de invalidez y muerte en Uruguay según la encuesta nacional de enfermedades crónicas no transmisibles realizadas por el MSP en el año 2005. Por lo que informar y conocer los factores de riesgo cardiovasculares estimulan a las personas, familias, organizaciones e instituciones a comprometerse con el autocuidado estimulando cambios positivos en la salud.

A partir del año 2007 se inició la reforma sanitaria por parte del estado que se denomina Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

El MSP es quien lleva adelante dicho SNIS, mediante la ley de descentralización de ASSE.

La APS es parte integrante tanto del SNIS del cual constituye una función central y es el núcleo de desarrollo social y económico de la comunidad.⁴¹ Para poder llevar adelante esta estrategia necesitamos implementar los diferentes niveles de atención.

Si bien hay un cambio de atención en nuestro país; el cual prioriza el primer nivel de atención, el mismo tiene como objetivo resolver las necesidades básicas y más frecuentes de la atención de la salud en las poblaciones.⁴²

Observamos que en la población perteneciente al barrio 3 de enero, tiene una dificultad geográfica para acceder al mismo. A pesar de esto, la comunidad a logrado obtener mejoras; entre ellas la presencia del recolector de residuos; esto nos demuestra que la población trabaja en conjunto para obtener mejoras que afectan positivamente su estilo de vida.

La enfermería comunitaria se acerca y mantiene contacto con grupos, busca conseguir la participación de la comunidad en la ejecución de programas relacionados con la salud y el bienestar de la población, evaluando el impacto de sus acciones.⁴³

Podemos destacar que el sexo femenino fue más participativo que el sexo masculino, creemos que se dio esta situación por que la investigación fue realizada en horario laboral (de 13 a 17 hs). Se asocia también la alta participación femenina con la baja inserción laboral expresada por las encuestadas. En cuanto a los varones también existen comportamientos sociales, como ser los responsables del sustento familiar.

⁴¹ Zurro, M, Cano J.F. "Atención Primaria. Conceptos, Organización y Práctica Clínica". Sexta Edición. Volumen 1. Elsevier; Barcelona 2008.

⁴² Barrenechea C, Menoni T, Lacava E, Monge A, Acosta C, Crosa S, Gabrielzyk I, Carrillo R. "Actualización en Salud Comunitaria y familiar: herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención". Montevideo Uruguay. Universidad de la Republica. Educación Permanente; 2009.

⁴³ Sánchez A, Aparicio V, Germán C, Mazarrasa L, Merelles A, Sánchez A. Enfermería Comunitaria, I Conceptos de salud y factores que la condicionan. Madrid, España. Mc.Graw-Hill Interamericana. 2000.

El sexo masculino tiene mayor probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares; cada persona trae consigo una carga genética y otros factores como el sexo y la edad, son condicionantes de la salud.

A pesar de esto con controles de salud preventivos y hábitos saludables se puede llegar a no desarrollar factores de riesgo o tener un buen control de los mismos.⁴⁴

La investigación demostró que la población estudiada del barrio 3 de enero presenta por lo menos uno de los factores de riesgo modificables siendo la HA el principal factor de riesgo modificable seguido del tabaquismo; consideramos de importancia promover hábitos, como ser alimentación saludable y realización de actividad física. Algunas conductas como el tabaquismo, sedentarismo, alimentación inadecuada creemos son difíciles de modificar por diferentes circunstancias; aunque hablamos de decisiones personales se ven influidas por el medio social.

Es necesario tener una visión global de los FRCV y no considerarlos en forma individual, ya que uno interactúa sobre el otro y estos a su vez con el medio ambiente.

En nuestra investigación en cuanto a los factores protectores de la salud notamos que la comunidad se encuentra apoyada por redes sociales existentes de la zona; asistente social perteneciente al centro comunal zonal n° 9 y 10, policlínica barrial, ONG “un techo para mi país”, MIDES. La Universidad de la República también está presente apoyando a la comunidad, mediante la implementación de proyectos fomentando la Enfermería Comunitaria a través de sus estudiantes pertenecientes a la Facultad de Enfermería.

⁴⁴ Zurro. M, Cano J.F. “Atención Primaria. Conceptos, Organización y Práctica Clínica”. Sexta Edición. Volumen 1. Elsevier; Barcelona 2008.

Conclusiones y comentarios.

Concluimos que logramos cumplir con el objetivo planteado, que fue determinar los FRCV en la población adulta del barrio 3 de enero.

Esta investigación servirá o motivará a otros integrantes del equipo de salud a continuar trabajando y realizando aportes en la comunidad.

Notamos una aceptación por parte de la comunidad que se mostró receptiva e interesada ante nuestra propuesta; creemos que esto se debe al trabajo que han realizado en otras oportunidades distintos representantes estatales entre ellas la Universidad de la República: Facultad de Enfermería; que propone distintas formas de acercamiento entre los estudiantes y las comunidades en la formación curricular. Estos acercamientos favorecieron que se llevara adelante esta investigación.

En cuanto a los FRCV, el MSP está haciendo incapie en la prevención de los mismos como políticas de estado.

Como aspecto positivo notamos que en el barrio están presentes redes de apoyo, que favorecen su organización como comunidad; logrando la regularización de servicios esenciales como ser la presencia del recolector de residuos por algunas calles.

Como aspecto negativo notamos que el barrio tiene poca accesibilidad a algunos servicios, como ser medios de transportes; centros educativos (escuelas y liceos) y centros asistenciales. Este barrio es considerado zona roja, lo cual dificulta algunos servicios; las ambulancias se niegan a entrar luego de las 22hs; así como también el servicio de taxis.

De todas formas, a pesar de esto como grupo nos sentimos muy contenidas por contar con el apoyo de la asistente social y la referente barrial, que nos acompañaron en esta experiencia. Logramos una vinculación con la población que nos permitió llevar adelante esta investigación con éxito.

Creemos que quedaron pendientes algunos aspectos que esta investigación no logro abordar, como ser la alimentación; ya que es uno de los pilares para la prevención de los FRCV; así como también el contacto con otros profesionales como ser nutricionista, psicólogo, médico de familia, entre otros. Consideramos que esto sería un puntapié para futuras investigaciones.

Bibliografía.

Álvarez Mendizábal. Diccionario Mosby Enfermería y Ciencias de la Salud. 5ta. ed. Madrid: Harcourt; Año 2000.

Barrenechea C, Menoni T, Lacava E, Monge A, Acosta C, Crosa S, Gabrielzyk I, Carrillo R. Actualización en Salud Comunitaria y familiar: herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención. Montevideo: Universidad de la Republica, Educación permanente; 2009.

Caja LópezC, López Pisa R, Enfermería Comunitaria III. Barcelona: Masson-Salvatt;1993.

Calcerrada Y, Leonardi M, Magallanes L. Factores de Riesgo Cardiovasculares en jóvenes que concurren a la División Universitaria de la Salud [Trabajo de Investigación Final]. Montevideo: Instituto Nacional de Enfermería; 2003.

Canobio M. Trastornos Cardiovasculares. Barcelona: Doyma/Mosby; 1994.

Cuende I, Camafort M, Suarez C, Muñoz M. Control Integral de los Factores de Riesgo en pacientes de alto y muy alto riesgo cardiovascular en España. Medicina Clínica (Barcelona) 2005; 124 (2): 44-49.

Farías G, Br Giacometti A, Br. Gómez M, Br. Gómez, Br. González M, Factores de riesgo cardiovasculares en el adulto. [Trabajo de investigación final]. Montevideo: Facultad de Enfermería; 2009.

Kozier B, Erb G. Buffalino P. Fundamentos de Enfermería. 1a. ed. Volumen 1. México: Interamericana; 1994.

Last J M. Diccionario de Epidemiología. Barcelona: Salvat; 1989.

Long BC. Enfermería Médico Quirúrgico. 3a. ed. Madrid: Harcourt Brace; 1997.

MSP. Enfermedades Crónicas No Transmisibles. [Diapositivas]. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2007. 60 diapositivas.

MSP-OPS-ASSE Guías de práctica clínica de HA y Dm2 para el primer nivel de atención. 2010

Órgano oficial de la liga uruguaya contra la hipertensión arterial. Segundo Consenso Uruguayo de HA. Revista de HA. Noviembre 2000. Volumen 7. Número 1.

Perry A, Potter P. Enfermería Clínica. Técnica y procedimientos. 4a. ed. Madrid: Harcourt Brace; 1999.

Rojas A, Álvarez C. Enfermería Comunitaria factores determinantes de la salud y su influencia en los individuos y la comunidad. 4a. ed. Barcelona: Masson Salvat; 2002.

Sánchez A, Aparicio V, Germán C, Mazarrasa L, Merelles A, Sánchez A. Enfermería Comunitaria: I Conceptos de salud y factores que la condicionan. Madrid: McGraw-Hill; 2000.

Smeltzer S. Enfermería Médico Quirúrgica de Brunner y Suddarth. 10ma. ed. Vol. 1. México: McGraw-Hill; 2007.

Zurro M, Cano JF. Atención Primaria: Conceptos, Organización y Práctica Clínica. 6a. ed. Volumen 1. Barcelona: Elsevier; 2008.

Enlaces Webs.

Hipertensión Arterial [base de datos en línea]. Montevideo: Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular; 2010. [Fecha de acceso 26 de Enero 2011].URL disponible en:
http://www.cardiosalud.org/factores_riesgo/hipertension.html

Primera encuesta nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles [base de datos en línea]. Montevideo, Uruguay: MSP, Dirección General de la Salud, División Epidemiológica; 2006. [fecha de acceso 26 de enero de 2011].URL disponible en :
http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia_2894_1.html

Primera encuesta nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles [base de datos en línea]. Montevideo, Uruguay: MSP, Dirección General de la Salud, División Epidemiológica; 2006. [fecha de acceso 26 de enero de 2011].URL disponible en :
<http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx>

Principales causas de muerte según año. Período año 1900 a último dato disponible [base de datos en línea]. Montevideo: Instituto Nacional de Estadística y Censo; 2002 [fecha de acceso: 23 de marzo del 2011]. URL disponible en:
<http://www.ine.gub.uy/socio-demografico/salud2008.asp>

Qué es la diabetes y qué tipos de diabetes existen [base de datos en línea]. Montevideo: Unidos por la Diabetes; 2010. [fecha de acceso 25 abril 2011]. URL disponible en:

<http://www.unidos.org.uy>

Tabaquismo y Sociedad Uruguay [base de datos en línea]. Montevideo: stop tabaco; Mayo 1999. [Fecha de acceso 20 de enero de 2011]. URL disponible en:

<http://www.stoptabaco.org/investigacion.html>

Velázquez O, Rosas M, Lara A, Pastelin G, Grupo ENSA 2000, Sánchez Claudia, Attie Fausi, Tapia Roberto. [Base de datos en línea]. México: Encuesta Nacional de Salud; 2000. [Fecha de acceso 10 de Febrero 2011]. URL disponible en:

www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2003/ac031i.pdf

ANEXO 1

Nombre del Encuestador:
Fecha:

Nº de Formulario:

Solicitamos su consentimiento para a través de este cuestionario obtener datos que serán parte de una investigación (Factores de Riesgo Cardiovasculares en el adulto).
Los datos serán confidenciales.

Firma.

Aclaración.

Cuestionario.

Iniciales:

Sexo: F M

Edad:

Nivel de Instrucción:

Sin Instrucción.

Primaria Incompleta

Primaria Completa

Secundaria Incompleta

Secundaria Completa

UTU Incompleta

UTU Completa

Terciaria Incompleta

Terciaria Completa

Ocupación:

Trabaja: Si No Jubilado Pensionista

Antecedentes Familiares.

HA Si No No sabe

Obesidad Sí No No sabe

Diabetes Si No No sabe

Antecedentes Personales.

HA Si No No sabe

Obesidad Si No

Diabetes Si No No sabe

Hábitos.

Fumador: Si Cantidad No

Realiza Ejercicio: Si Frecuencia..... No

Antropometría.

Peso

Talla

IMCNormal Alterada

Perímetro Cintura Normal Alterada

P/A..... /..... Normal Alterada

Glicemia CapilarNormal Alterada

ANEXO 2

Instructivo del cuestionario.

- Nombre del Encuestador: se coloca nombre del investigador.
- Fecha: Indica el día en que fue realizado este cuestionario.
- Número de Formulario: se dividieron los mismos, aproximadamente 20 formularios para cada investigador.
- Se informa al participante de la investigación cuales son los procedimientos a realizarse. Si el mismo está de acuerdo en la realización de todos los procedimientos, se le solicita la firma y la aclaración de la misma.
- Se piden iniciales.
- Se indica de que sexo es el participante.
- Se le pregunta la edad.
- Se pregunta sobre su nivel de instrucción, marcándose la opción correspondiente.
- Se indaga sobre su ocupación, marcando la opción correspondiente.
- Se indaga sobre los antecedentes familiares de HA, Obesidad y Diabetes. Marcando la opción correspondiente
- Se indaga sobre antecedentes personales de HA, Obesidad y Diabetes. Marcando la opción correspondiente.
- Se pregunta sobre hábitos: fumador, marcándose la opción correspondiente. Si realiza ejercicio y la frecuencia del mismo.
- Se realiza los controles de antropometría: se controla peso y talla (ver anexo 6): se calcula el IMC; se mide perímetro de cintura (ver anexo 7); se controla PA (ver anexo 3), y se controla glicemia capilar,(ver anexo 5).

ANEXO 3

Técnica y Procedimiento para el control de la Presión Arterial.

Condiciones Generales:

Asegurarse de que el usuario antes de la realización del procedimiento no haya fumado, ni realizado ejercicio físico debido a que deberá esperar 30 minutos para realizar la toma. No debe estar ni ansioso ni dolorido. Debemos proporcionar un ambiente tranquilo, confortable y con una temperatura agradable.

Verificar el correcto funcionamiento del instrumento (reloj de esfigmomanómetro calibrado).

Materiales:

- Esfigmomanómetro.
- Estetoscopio.
- Torundas de algodón.
- Alcohol al 70%
- Sillas.
- Mesas.
- Materiales de registro y lapiceras.

Procedimiento:

- Explicar el procedimiento al usuario.
- Se pide al usuario que tome asiento, con la espalda apoyada, erguido, apoyando los pies en el piso.
- Se expone la parte superior del brazo. El brazo se flexiona ligeramente con la palma de la mano hacia arriba y el antebrazo apoyado al nivel del corazón.
- Lavado de manos.
- Se asegura el manguito desinflado de manera uniforme alrededor de la parte superior del brazo, de manera que el centro del globo se aplique de manera directa sobre la superficie medial del brazo.
- El borde inferior del manguito debe estar de 2cm por encima del espacio antecubital.
- Pálpese la arteria braquial con la punta de los dedos (índice y medio).
- Limpiar el diafragma del estetoscopio con alcohol y algodón.

- Coloque el estetoscopio de acuerdo a la palpación de la arteria. Sosteniéndolo con los dedos. Verificar que las olivas estén en contacto directo con los conductos auditivos del examinador.
- Cíérrese la válvula de bombeo al girar la perilla de las manecillas del reloj.
- Bombéese el manguito hasta que no sienta el pulso braquial.
- Libérese la presión por completo del manguito en forma lenta.
- Al disminuir la presión, identifique la lectura del manómetro, el ruido más alto indica la cifra de tensión arterial sistólica.
- Dejar escapar el aire gradualmente hasta que se escuche el último latido que indica la cifra de tensión arterial diastólica.
- Abrir por completo la válvula, dejando escapar el resto del aire del manguito.
- Si tiene dudas sobre la lectura de las cifras, repita el procedimiento dejando descansar al usuario aproximadamente 2 minutos.
- Retire el esfigmomanómetro, acondicione el equipo para el siguiente usuario.
- Registre los valores obtenidos.
- Lávese las manos.⁴⁵

⁴⁵ Kozier. Bárbara. Erb Glenora. Buffalino. Patricia. Fundamentos de Enfermería. Primera Edición. Volumen 1. Interamericana, México D.F. 1994.

ANEXO 4

Lavado de Manos.

Condiciones Generales:

Es un procedimiento que debemos realizar antes y después del contacto directo con los usuarios, o cada vez que se requiera.

Materiales:

Jabón (preferentemente líquido)

Agua.

Sanitas o papel secante.

Procedimiento:

- Eliminar de las manos y brazos cualquier tipo de joyas.
- Abrir el agua y ajustar el flujo.
- Humedecer las manos con vigor al colocarlas bajo el agua.
- Enjabonar las manos.
- Realizar movimientos de fricción y circulares para lavar la palma, el dorso y los puños de cada mano. Entrelazar los dedos y pulgares y mover las manos desde atrás hacia adelante, por los menos de 10 a 15 segundos.
- Enjuagar las manos.
- Secar las manos y brazos con toalla de papel.
- Deséchelo en el lugar adecuado.
- Cierre el agua utilizando la toalla de papel si lo requiere.⁴⁶

⁴⁶ Kozier. Bárbara. Erb Glenora. Buffalino. Patricia. Fundamentos de Enfermería. Primera Edición. Volumen 1. Interamericana, México D.F. 1994.

ANEXO 5

Medición de Glucosa sanguínea por punción capilar.

Condiciones Generales:

El autoanálisis de la glucosa requiere la obtención de una gota de sangre por punción percutánea. La sangre se aplica a una tira especialmente preparada con el reactivo químico adecuado. Como mínimo el usuario debe tener 4 horas de ayuno para realizar la prueba.

Materiales:

Torundas antisépticas.

Torundas de algodón.

Lancetas estériles o aparato automático para punción percutánea.

Sanitas.

Aparato para medir la glucosa.

Tiras reactivas para medir glucosa en sangre.

Guantes desechables.

Procedimiento.

- Lavado de manos.
- Coloque al usuario de manera cómoda en una silla.
- Explicar al usuario con diabetes la técnica próximamente a realizarse.
- Determinar si existe algún riesgo para realizar la punción percutánea (baja cifras de plaquetas, tratamiento con anticoagulantes).
- Examinar el área de la piel que va a ser puncionada.
- Extraiga una tira reactiva del envase y vuelva a taparlo bien.
- Coloque la tirilla dentro del aparato.
- Póngase guantes.
- Elija el sitio de punción.
- Realizar asepsia en la zona a puncionar.
- Retire el capuchón de la lanceta y puncione, de manera que la aguja perfora la piel.
- Elimine la primera gota de sangre con la torunda de algodón.
- Comprima ligeramente el punto de punción sin tocarlo, hasta que se halla formado una gota de sangre.
- Acercar la gota de sangre a la tira reactiva.
- Esperar en el visor el resultado.
- Presione sobre el área puncionada con un algodón.

- Descartar la tira reactiva, la torunda de algodón, la lanceta en un descartex.
- Quítese los guantes y tírelos en un recipiente adecuado.
- Lavado de manos.
- Se le informa el resultado al usuario.
- En caso que el usuario deba realizar la técnica en su casa, valorar la capacidad de manejo del instrumento.⁴⁷

⁴⁷ Perry Anne, Potter Patrica. Enfermería Clínica. Técnica y procedimientos. Cuarta edición. Madrid: Harcourt Brace. 1999.

ANEXO 6.

Medición de Peso y Talla.

Condiciones Generales:

El usuario debe estar con la menor ropa posible, sin zapatos.
Para la mujer en el caso de que tenga accesorios en el cabello (broches, apliques).
Verificar que el tallómetro y la balanza estén en condiciones de uso adecuadas.

Materiales:

Balanza de pie
Tallómetro
Sanitas, material de registro y lapicera.

Procedimiento:

- Explicar al usuario la técnica.
- Lavado de manos
- Se le solicita sacar el calzado, accesorios y la mayor cantidad de ropa posible.
- Colocar sanitas o papel camilla sobre la balanza.
- Solicitar al usuario que se pare frente a la balanza, erguido con los brazos al costado del cuerpo.
- Se observa el registro en la balanza.
- Se registra.
- Se solicita al usuario que se ponga de espalda a la escala de medición, erguido con la mirada a la altura de los ojos, controlar que los talones estén en contacto con la escala de medición.
- Se baja el brazo horizontal móvil hasta la altura de la corona de la cabeza.
- Se pide al usuario que salga de la posición para visualizar mejor la escala.
- Se registra.⁴⁸

⁴⁸ Br. Farias Gladis. Br. Giacometti Ana. Br. Gomez Maria Laura. Br. Gomez Adriana. Br. Gonzalez Maria. Factores de riesgo cardiovasculares en el adulto. [Trabajo de investigación final]. Montevideo: Facultad de Enfermería, Universidad de la República; 2009.

ANEXO 7.

Perímetro de cintura.

Condiciones generales:

Es la medición que se realiza colocando la cinta métrica alrededor del abdomen, en un punto medio entre el borde inferior de la última costilla y la cresta iliaca, en un plano paralelo al suelo.

Materiales:

Cinta métrica.

Procedimientos:

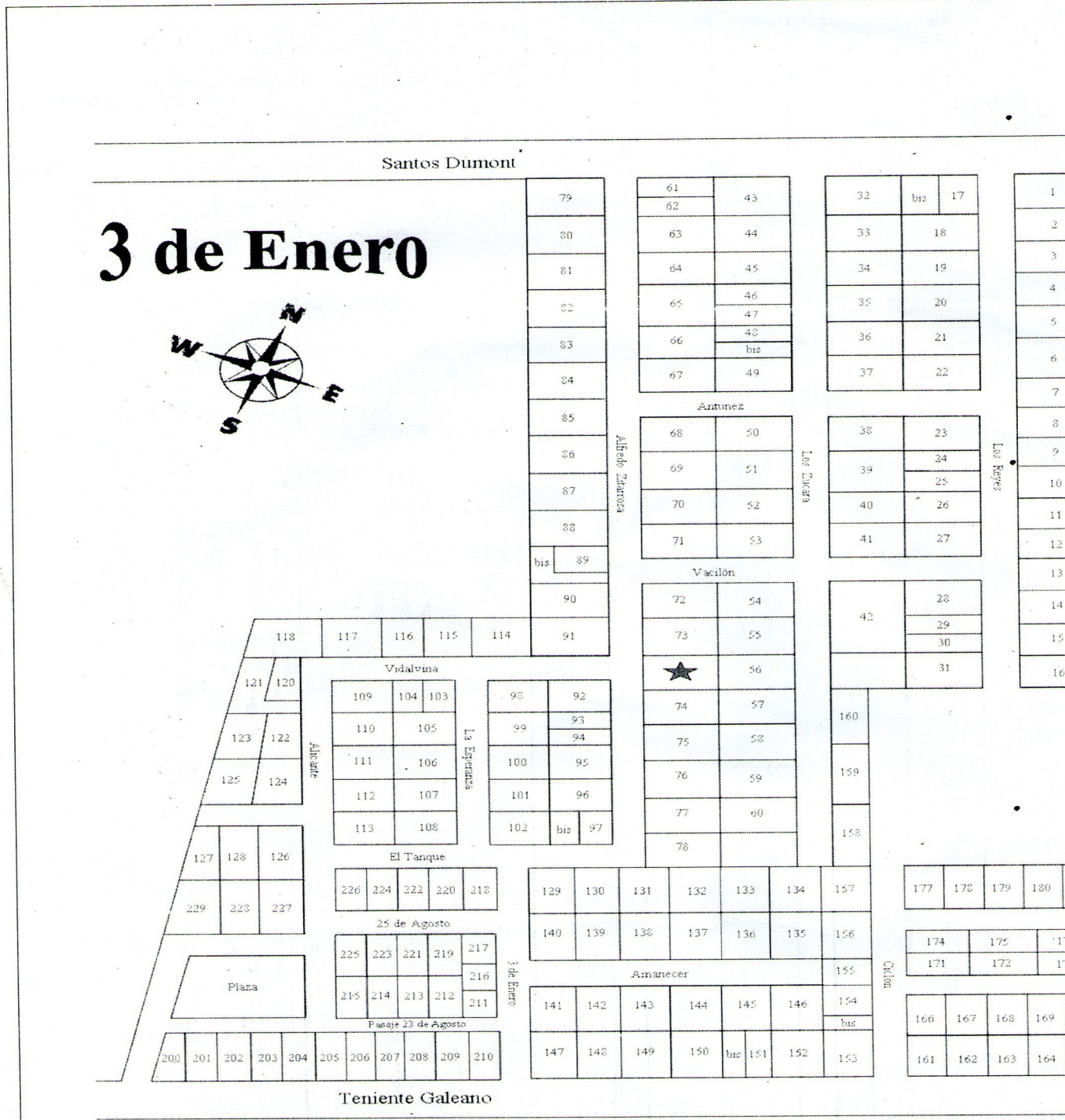
Pedir al usuario que se coloque de pie, que levante los brazos levemente, piernas semi abiertas.

Se ubica el punto medio en el borde inferior de la costilla y la cresta iliaca.

Se coloca la cinta métrica y se procede a la medición.

Se registra.⁴⁹

⁴⁹ Zurro. M, Cano J.F. Atención Primaria. Conceptos, Organización y Práctica Clínica. Sexta Edición. Volumen 1. Elsevier; Barcelona 2008



ANEXO 9.

Recursos financieros

Recursos materiales	Precio unidad \$	Cantidad	Total \$
Hojas A4 colores	2	7	14
Papel de regalo	5	2	10
Papel de celofán	15	2	30
Nylon	25	4 mts	100
Tnt blanco	14	2 mts	28
Tnt color	14	1 mts	14
Folletos	0.32	600	196
Cartel	35	3	105
Formularios de 3 ho- jas c/u	1	120	360
Impresiones en ciber	2.50	120	300
Sobre Manila	3	5	15
Carpeta	15	3	45
Cartuchos impresora	258	4	1032
Hojas A4	0.24	500	120
Alcohol	115	1	115
Guantes	2.46	100	246
Algodón	40	1	40
Sanitas		1 paq.	115
Rollo de cocina	15	2	30
Bolsas	1.50	10	15
Chinches		2 cajas	15
Tirillas	5.32	125	665
Lancetas	5.48	125	685
Arvejas	10	2	20
Choclo	10	1	10
Atún	30	1	30
Papel higiénico	5.75	4	23
Jabón astral	15	1	15
Jabón nevex	14	1	14
Galletas dulces	30	1	30
Galletas saladas	20	1	20
Postre royal	20	1	20
Aceite	50	1	50
Dulce de membrillo	33	1	33
Fideos	15	2	30
Lentejas	28	1	28
Pulpa de tomates	26	1	26
Yerba mate	54	1	54
Flan	20	1	20
Total			4823