



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



**DETERMINAR LOS FACTORES DE RIESGO  
CARDIOVASCULARES EN LOS FUNCIONARIOS  
DOCENTES Y NO DOCENTES DE UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA, FACULTAD DE ENFERMERÍA  
DE MONTEVIDEO EN EL PERÍODO DE  
SETIEMBRE**

**AUTORES:**

Br. Cáceres, Maximiliano  
Br. González, Eloisa  
Br. Medina, Noelia  
Br. Pérez, Magela  
Br. Prieto, Victor

**TUTORES:**

Lic. Enf. Lucas, Andrea

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

**Montevideo, 2012**



## AGRADECIMIENTOS

- A nuestra tutora por la orientación brindada en conjunto con la colaboración de la cátedra de Adulto y Anciano.
- A familiares por estar siempre a nuestro lado y confiar en nosotros.
- A la dirección de la Sede Central de la Facultad de Enfermería y funcionarios que participaron directa e indirectamente en la actividad.
- A los estudiantes de Adulto y Anciano quienes colaboraron con la jornada.
- A la comisión Honoraria de Salud Cardiovascular por los materiales para la jornada.
- A los laboratorios por brindarnos material.
- A la biblioteca de la FENF.

MUCHAS GRACIAS.



## ABREVIATURAS

A.D.U.	Asociación de Diabéticos del Uruguay.
C.H.S.C.V.	Comisión Honoraria de Salud Cardiovascular.
C.V.	Cardiovascular.
E.C.N.T.	Enfermedades Crónicas No Transmisibles.
D.M.	Diabetes Mellitus.
E.C.V.	Enfermedades cardiovasculares.
F.A.	Frecuencia absoluta.
F.E.N.F.	Facultad de Enfermería.
F.R.	Facto/es de riesgo.
F.R. %	Frecuencia relativa porcentual.
F.R.C.V.	Factor/es de Riesgo cardiovascular/es.
F.R.C.V.M.	Factor/es de Riesgo cardiovascular/es modificables.
F.R.C.V.N.M.	Factor/es de Riesgo cardiovascular/es no modificables..
H.T.A.	Hipertensión Arterial.
I.M.C.	Índice de masa corporal.
M.M.H.G.	Milímetros de Mercurio.
M.S.P.	Ministerio de Salud Pública.
O.M.S.	Organización Mundial de la Salud.



## INDICE

Agradecimientos.....	Pág. 1
Abreviaturas.....	Pág. 2
Resumen.....	Pág. 4
Introducción.....	Pág. 5
Planteamiento del problema.....	Pág. 6
Objetivos.....	Pág. 7
Metodología.....	Pág. 8
Análisis.....	Pág. 17
Conclusión.....	Pág. 34
Sugerencias.....	Pág. 37
Referencias bibliográficas.....	Pág. 38
Anexos.....	Pág. 39

1. Cronograma.
2. Fundamentos teóricos y marco conceptual.
3. Investigación del periódico La República.
4. Epidemiología de mortalidad por E.C.V.
5. Estudio epidemiológico Salud del adulto (instrumento brindado por la Cátedra).
6. Folletería.
7. Familiograma.
8. Plan de tabulación.



## RESUMEN

El presente trabajo de investigación fue elaborado por cinco estudiantes pertenecientes Facultad de Enfermería, correspondiente a la Universidad de la República, cursando cuarto ciclo de la carrera de Licenciatura en Enfermería; bajo la tutela Prof. Adj. Lic. Enf. Andrea Lucas.

Se investigó la presencia de Factores de riesgo cardiovasculares modificables y no modificables en funcionarios docentes y no docentes de la Universidad de la República pertenecientes a la Facultad de Enfermería, Montevideo Uruguay, en el periodo de Setiembre 2011. Para ello, se realizó una actividad de recolección de datos llevada a cabo en la Sede Central de la Facultad de Enfermería ubicada en Jaime Cibils 2810 el día 27 de Setiembre del mencionado año.

El trabajo tiene como objetivo determinar la presencia de factores de riesgo cardiovascular modificables y no modificables en dicha población.

Metodológicamente el tipo y diseño de investigación corresponde a un estudio descriptivo, transversal. El universo de estudio lo comprendieron todos los funcionarios docentes y no docentes de la Facultad de Enfermería- UDELAR y la muestra, los funcionarios docentes y no docentes que participaron de la actividad. El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico por conveniencia. Las variables de estudio a trabajar incluyeron los factores de riesgo cardiovascular modificables (tabaquismo, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, obesidad o sobrepeso, estrés, sedentarismo entre otras) y no modificables (edad, sexo y herencia). La herramienta utilizada fue la aplicación de un cuestionario con preguntas cerradas confeccionado por la Cátedra Adulto y Anciano. Para la obtención de datos clínicos se utilizó el instrumento de recolección de datos mencionado anteriormente y se procesó mediante medidas de resumen: F.A. y F.R. %.

El "software informático" que se utilizó para el análisis y la tabulación de los datos fue "Excel 2010 Beta".

De los resultados obtenidos, se obtuvo una muestra de 32 funcionarios clasificados según los F.R.; dentro de los factores de riesgo cardiovascular no modificables se destacó la herencia ya que el 44% manifestó tener padres fallecidos por enfermedades cardiovasculares de diferente índole; entre los factores de riesgo cardiovascular modificables, el estrés con un 81% fue el que se destacó seguido del sedentarismo con un 44%, hipertensión arterial con un 25%, obesidad 16% y Diabetes Mellitis un 3%.



## INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación fue elaborado por cinco estudiantes pertenecientes Facultad de Enfermería, correspondiente a la Universidad de la República, cursando cuarto ciclo de la carrera de Licenciatura en Enfermería; bajo la tutela Prof. Adj. Lic. Enf. Andrea Lucas.

El informe realizado se enmarca dentro del trabajo de investigación, donde el grupo se planteó investigar sobre los factores de riesgo cardiovascular ya sean modificables o no modificables en funcionarios docentes y no docentes pertenecientes a la Facultad de Enfermería en el departamento de Montevideo, en el periodo del mes de setiembre de 2011.

El objetivo fue conocer los F.R.C.V.M. y N.M. en la población objetivo y para ello se caracterizó la misma, se identificó los F.R. y se estableció los aspectos que perjudican el estado de salud del grupo de estudio.

En Latinoamérica, nuestro país es el que tiene mayor número de muertes por causas cardiovasculares; son responsables de más del 60% de las defunciones, alrededor de 10 mil personas por año<sup>1</sup>.

De la patología C.V. la que causa mayor índice de mortalidad en nuestro país es la de tipo hipertensiva. Los F.R.C.V. los de mayor prevalencia con un 60% son el sedentarismo y la obesidad o sobrepeso, seguida de la hipercolesterolemia, el 59% de los hombres y 58% de las mujeres entre 19 y más de 60 años tienen cifras de colesterol en sangre por encima de 200 mg/dl<sup>2</sup>. El 34% de la población uruguaya padece H.T.A. y el 33% es tabaquista. Al hablar sobre el estrés podemos decir que no tenemos datos estadísticos sobre este factor ya que es muy subjetivo a cada individuo haciéndose difícil su medición. Por las cifras anteriores mencionadas, el grupo investigador consideró abordar dicha problemática, dada la alta mortalidad cardiovascular en nuestro país.

La recolección de los datos se realizó a través de la aplicación de un cuestionario, brindado por la cátedra de Adulto y Anciano, con preguntas cerradas el cual se aplicó en una sola ocasión el día 27 de Setiembre de 2011, Se planteó un estudio descriptivo transversal, donde el universo fueron los funcionarios docentes y no docentes pertenecientes a la Facultad de Enfermería y la muestra fueron los funcionarios docentes y no docentes que participaron de la actividad. A partir del cuestionario se identificaron y definieron las variables a trabajar en las cuales se incluyen los F.R.C.V.M. (tabaquismo, H.T.A., hipercolesterolemia, obesidad o sobrepeso, estrés, sedentarismo, entre otras) y F.R.C.V.N.M. (edad, sexo, antecedentes familiares).

La metodología para el análisis de los datos cuantitativos fue mediante la estadística descriptiva, por medio de tablas de frecuencia absoluta y frecuencia relativa porcentual, las cuales se expresaron a través de gráficos de barra utilizando el programa estadístico "Excel 2010 Beta".

<sup>1</sup> Ministerio de Salud Pública (en línea) Disponible en: <http://www.msp.gub.uy>

<sup>2</sup> Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. (en línea) 2011. Disponible en: <http://www.cardiosalud.org>



## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### Pregunta problema:

Determinar los Factores de riesgo cardiovasculares presentes en la población de funcionarios docentes y no docentes de la Universidad de la República-Facultad de Enfermería en el departamento de Montevideo, Uruguay, en el periodo del mes de setiembre de 2011.



## OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

### OBJETIVO GENERAL

- Determinar los FRCV en la población de adultos funcionarios docentes y no docentes de la FENF-UDELAR en el período Setiembre de 2011.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Caracterizar la población de adultos funcionarios que desempeñen tareas para la Facultad de Enfermería.
- Conocer los FRCV modificables.
- Conocer los FRCV no modificables.
- Identificar los aspectos que perjudican el estado de salud del grupo de estudio.



## METODOLOGIA

- **Tipo y Diseño de Estudio:** Estudio descriptivo, transversal.
- **Universo de Estudio:** Todos los funcionarios docentes y no docentes de la Facultad de Enfermería-UDELAR.
- **Muestra:** Todos los funcionarios docentes y no docentes de la Facultad de Enfermería que participaron en la actividad.
- **Muestreo:** No probabilístico, por conveniencia.
- **Unidad de análisis:** Funcionarios que desempeñen tareas en la Facultad de Enfermería- UDELAR.
- **Criterios de Inclusión:**
  - Criterio 1) Funcionario que desempeñe tareas en la Facultad de Enfermería.
  - Criterio 2) Ayuno total, igual o superior a las 8hs.
  - Criterio 3) Aprobación voluntaria de la población para formar parte de la investigación.
- **Criterios de Exclusión:**
  - Criterio 1) No ser funcionario de la Facultad de Enfermería.
  - Criterio 2) Ayuno inferior a las 8hs.
  - Criterio 3) Negación de algún procedimiento de recolección de datos: HGT, colesterolemia capilar entre otros.
- **Procedimientos para la recolección de Información:**

Cuestionario con preguntas cerradas utilizando como instrumento el "Estudio Epidemiológico Salud del Adulto", proporcionado por la Cátedra de Salud del Adulto y Anciano. El mismo se realizó el día 27 de setiembre de 8 a 16 horas en la Sede Central de la F.E.N.F., Jaime Cibils 2810.
- **Método para control de calidad de los Datos:**
  - **Validez:**

El instrumento cumple con los criterios de validez interna y externa ya que no se detectan variaciones en lo que corresponde a cada concepto; no admite múltiples interpretaciones, mide lo que pretende medir.  
El instrumento permite alcanzar resultados a otras poblaciones por lo que cumple con criterios de validez.
  - **Confiable:**

Deferminamos que el instrumento es confiable debido a que el mismo fue elaborado por la cátedra de Adulto y Anciano de la Facultad de Enfermería. Éste se utilizó en una investigación científica anterior.
- **Procedimiento para garantizar aspectos éticos en la investigación con sujetos humanos:**
  - Se pidió consentimiento al Consejo de la Facultad para realizar la actividad de recolección de datos.



- Se creó un espacio de privacidad a fin de mantener una empatía acorde.
- Se informó sobre el anonimato de los resultados expresados en la investigación.
- Se brindó información sobre los beneficios y los riesgos conocidos o inconvenientes para la población objetivo.
- Se le entregó a los sujetos del estudio y se comunicó oralmente y por escrito información sobre medidas de prevención y promoción de salud, como también información sobre diferentes patologías y factores de riesgo.
- Se expuso en conocimiento de la población los objetivos y finalidad del estudio, así como procedimientos a aplicarse, la duración de los mismos, como también la libertad de participación de la actividad.
- Se comunicó sobre los procedimientos a realizarse para la obtención de datos clínicos mediante los siguientes instrumentos validados por el L.A.T.U. con su previa calibración por el M.S.P.:
  - Equipo para toma de P.A..
  - Equipo para toma de glicemia y colesterolemia capilar.
  - Tallómetro y balanza.
  - Calculadora.
  - Cinta métrica.
- Se informó sobre los criterios de inclusión y de exclusión del estudio a la población a investigar.

• **Plan de análisis de resultados**

- **Métodos y modelos de análisis de los datos según tipo de variables:**

De acuerdo a los objetivos propuestos y con base a los tipos de variables utilizadas, se estableció que las técnicas para el análisis fueron fundamentadas en datos estadísticos y se procesaron las medidas de resumen: F.A. y F.R. %.

- **Programas a utilizar para análisis de datos:**

El "software" que se utilizó para el análisis y la tabulación de los datos es "Excel 2010 Beta".

• **Procedimiento para la recolección de la información.**

- **Autorización:**

Se solicitó la autorización a los tutores de dicha investigación.

Se solicitó autorización al Intendente de la Sede Central de la F.E.N.F., en donde se llevó a cabo la actividad de recolección de los datos.

Se solicitó el consentimiento a las personas que participaron del estudio.

- **Fuente de datos:**

El cuestionario fue aplicado a los funcionarios que se encontraron en la Sede Central de la F.E.N.F. el día que se realizó la investigación y que voluntariamente accedieron a responder el mismo.

- **Tiempo:**

La actividad comenzó a las 8 de la mañana y finalizó a las 16hs.



- **Presupuesto:**  
Pasajes: \$4800  
Papelería: \$2400  
Fotocopias e impresiones: \$700  
Total: \$ 7900

• **Definiciones Operacionales de las Variables:**

**DATOS PERSONALES**

**Variable - Procedencia:**

Definición conceptual: Origen de algo o principio de donde nace, deriva o reside.

Nivel de medición: Cualitativa nominal.

Categorías: Montevideo/Interior.

Fuente: Usuario.

**Variable - Sexo:**

Definición conceptual: Características biológicas determinadas que hacen posible reconocer como diferentes a hombres y mujeres:

Nivel de medición: Cualitativa nominal.

Categorías: Femenino/Masculino.

Fuente: Usuario.

**Variable - Edad:**

Definición conceptual: Período en años o meses, comprendido desde el nacimiento hasta la fecha actual.

Nivel de medición: Cuantitativa continua.

Valores o categorías: Adulto joven: 20- 30 años/Adulto medio: 31- 50 años/Adulto pre-Senil: 51-64 años.

Fuente: Usuario.

**Variable - Trabaja:**

Definición conceptual: Acción y efecto de trabajar. Esfuerzo humano aplicado a la producción de riqueza, en contraposición a capital.

Nivel de medición: Cualitativa dicotómica.

Valores o categorías: Si/No.

Fuente: Usuario.

**Variable - Ocupación anterior:**

Definición conceptual: Oficio o profesión con fines de lucro anterior al momento de la recolección de datos.

Nivel de medición: Cualitativa Nominal.

Fuente: Usuario.

**Variable - Ocupación actual:**

Definición conceptual: Tener oficio o profesión con fines de lucro al momento de la recolección de datos.

Nivel de medición: Cualitativa nominal.

Fuente: Usuario.

**Variable - Jubilado:**

Definición conceptual: Persona que ha dejado de trabajar y recibe una remuneración del estado.

Nivel de medición: Cualitativa dicotómica.

Valores o categorías: Si/No.

Fuente: Usuario.

**Variable - Pensionista:**

Definición conceptual: Persona que por algún motivo u otro no puede trabajar y recibe una remuneración del estado.

Nivel de medición: Cualitativa dicotómica.

Valores o categorías: Si/No.

Fuente: Usuario.

**Variable - Estado Civil:**

Definición conceptual: Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles. Condición de soltería, matrimonio, viudez, etc., de un individuo.

Nivel de medición: Cualitativa ordinal.

Valores o categorías: Soltero, Casado, Divorciado, Viudo y Unión libre.

Fuente: Usuario.

**ANTECEDENTES FAMILIARES****Variable - Padres fallecidos por enfermedad cardiovascular:**

Definición conceptual: Condición por la cual los padres biológicos del usuario fallecieron por alguna causa cardiovascular.

Nivel de medición: Cualitativa dicotómica.

Valores o categorías: Si/No.

Fuente: Usuario.

**Variable - Edad al fallecer:**

Definición conceptual: Periodo de tiempo vividos en años de padre, madre y tíos.

Nivel de medición: Cuantitativa nominal.

Fuente: Usuario.

**Variable - Obesidad:**

Definición conceptual: estado en que alguno de los familiares directos del entrevistado (Padres o tíos) sobrepasa un índice normal de masa corporal (=30).

Nivel de medición: Cualitativa dicotómica.

Valores o categorías: Si/No/Sin dato.

Fuente: Usuario.

**Variable - Tabaquismo:**

Definición conceptual: Hábito nocivo presente en los familiares directos del entrevistado (Padres o tíos), que causa Intoxicación crónica producida por el uso del tabaco.

Nivel de medición: Cualitativa dicotómica.

Valores o categorías: Si/No.



Fuente: Usuario.

**Variable - Sedentarismo:**

Definición conceptual: Actitud de los familiares directos del entrevistado (Padres o tíos) en la que hay o hubo carencia de actividad física.

Nivel de medición: Cualitativa dicotómica.

Valores o categorías: Si/No/Sin dato.

Fuente: Usuario.

**Variable - Estrés:**

Definición conceptual: Tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos presente en los padres o tíos del entrevistado.

Nivel de medición: Cualitativa dicotómica.

Valores o categorías: Si/No/Sin dato.

Fuente: Usuario.

**Variable - Diabetes:**

Definición conceptual: Enfermedad metabólica producida por deficiencias en la cantidad o en la utilización de la insulina por parte del organismo, lo que produce un exceso de glucosa en la sangre presente o no en padre, madre o tíos del entrevistado.

Nivel de medición: Cualitativa dicotómica.

Valores o categorías: Si/No.

Fuente: Usuario.

**Variable - Hipertensión Arterial:**

Definición conceptual: Enfermedad presente en padres o tíos en la que hay un aumento anormal de la presión que ejerce la sangre sobre las arterias y esto puede provocar el desarrollo de una enfermedad cardiovascular.

Nivel de medición: Cualitativa dicotómica.

Valores o categorías: Si/No/Sin dato.

Fuente: Usuario.

**Variable - Hipercolesterolemia:**

Definición conceptual: Enfermedad presente en padres o tíos en la que hay un aumento de colesterol en la sangre.

Nivel de medición: Cualitativa dicotómica.

Valores o categorías: Si/No/Sin dato.

Fuente: Usuario.

**ANTECEDENTES PERSONALES FRM**

**Variable - Obesidad:**

Definición conceptual: Estado en que una persona sobrepasa un índice normal de masa corporal ( $\geq 30$ ).

Nivel de medición: Cualitativa dicotómica.

Valores o categorías: Si/No/Sin dato.

Fuente: Usuario.



**Variable - Tabaquismo:**

Definición conceptual: Hábito nocivo que causa Intoxicación crónica producida por el uso del tabaco.

Nivel de medición: Cualitativa dicotómica.

Valores o categorías: Si/No.

Fuente: Usuario.

**Variable - Sedentarismo:**

Definición conceptual: Actitud de la persona en la que hay una falta de actividad física.

Nivel de medición: Cualitativa dicotómica.

Valores o categorías: Si/No.

Fuente: Usuario.

**Variable - Estrés:**

Definición conceptual: Tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos.

Nivel de medición: Cualitativa dicotómica.

Valores o categorías: Si/No.

Fuente: Usuario.

**Variable - Diabetes:**

Definición conceptual: Enfermedad metabólica producida por deficiencias en la cantidad o en la utilización de la insulina por parte del organismo, lo que produce un aumento de glucosa en la sangre.

Nivel de medición: Cualitativa dicotómica.

Valores o categorías: Si/No.

Fuente: Usuario.

**Variable - Hipertensión arterial:**

Definición conceptual: Enfermedad en la que hay un aumento anormal de la presión que ejerce la sangre en las arterias y esto puede provocar el desarrollo de una enfermedad cardiovascular.

Nivel de medición: Cualitativa dicotómica.

Valores o categorías: Si/No.

Fuente: Usuario.

**Variable - Hipercolesterolemia:**

Definición conceptual: Es el aumento de colesterol en la sangre.

Nivel de medición: Cualitativa dicotómica.

Valores o categorías: Si/No.

Fuente: Usuario.

**FACTORES DE RIESGO CV**

**Variable - Control de FRCVNM:**

Definición conceptual: Es la revisión médica periódica de los diversos tipos de FRCV presentes en el individuo.

Nivel de medición: Cualitativa dicotómica.

Valores o categorías: Si/No.

Fuente: Usuario.



**Variable - Toma de medicación:**

Definición conceptual: Acción de ingerir una o más medicinas prescritas por el médico tratante.

Nivel de medición: Cualitativa dicotómica.

Valores o categorías: Si/No/Sin dato.

Fuente: Usuario.

**Variable - Tipo de medicación:**

Definición conceptual: Nombre o marca comercial del medicamento que ingiere el usuario.

Nivel de medición: Cualitativa nominal.

Fuente: Usuario.

**FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES**

**Estilo de vida:**

**Variable - Hábitos alimenticios:**

Definición conceptual: Repetición de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias instintivas, en relación al consumo de alimentos.

Nivel de medición: Cualitativa nominal.

Valores o categorías: Consume carnes rojas/Pollo/Cerdo/Derivados/Pescado.

Fuente: Usuario.

**Variable - Frecuencia de consumo:**

Definición conceptual: Número de veces en la semana que consume diferentes tipos de carnes.

Nivel de medición: Cualitativa ordinal.

Valores o categorías: Si/No/Todos los días/3 veces por semana/2 veces por semana/Menos de dos veces por semanas/Sin dato.

Fuente: Usuario.

**Variable - Ejercicio físico:**

Definición conceptual: Conjunto de movimientos corporales que se realizan para mantener o mejorar la forma física.

Nivel de medición: Cualitativa ordinal.

Valores o categorías: Bicicleta/Concorre al gimnasio/Camina/Corre/Otro tipo de actividad.

Fuente: Usuario.

**Variable - Frecuencia de realización de ejercicio físico:**

Definición conceptual: Número de veces en la semana que realiza actividad física en sus diferentes tipos.

Nivel de medición: Cualitativa ordinal.

Valores o categorías: Si/No/Todos los días/3 veces por semana/2 veces por semana/Menos de dos veces por semanas/Sin dato.

Fuente: Usuario.

**CONTROL MEDICO**

**Variable - Carné de salud vigente:**

Definición conceptual: Plazo de actualidad del examen medico de aptitud física laboral, a través del cual se detectan patologías que pueden afectar al individuo laboralmente activo.



**Nivel de medición:** Cualitativa ordinal.

**Valores o categorías:** Si/No/6 meses/2 años/Sin dato.

**Fuente:** Usuario.

**Variable - Control médico:**

**Definición conceptual:** Es la revisión médica periódica con el fin de detectar alteraciones cardiovasculares o tratamiento de las mismas cuando se las padece.

**Nivel de medición:** Cualitativa nominal.

**Valores o categorías:** Preventivo/Rutina/Sin dato.

**Fuente:** Usuario.

**Variable - Exámenes paraclínicos:**

**Definición conceptual:** realización de estudios diagnósticos que tienen por finalidad detectar alguna alteración a través del análisis de los datos y hallazgos obtenidos

**Nivel de medición:** cualitativa dicotómica

**Valores o categorías:** si/no/sin dato

**Fuente:** usuario.

**Variable - Exámenes paraclínicos por especialidad:**

**Definición conceptual:** Serie de estudios diagnósticos realizados según la especialidad médica.

**Nivel de medición:** Cualitativa nominal.

**Valores o categorías:** Control de Cardiólogo, P/A, ECG, eco-cardiograma, holter, control de nefrólogo, ex. orina, ecografía de aparato urinario, ecografía de vasos de cuello, control de medicina general, control de análisis de sangre, RX.TX), otros, sin dato.

**Fuente:** Usuario, Resultados de exámenes paraclínicos.

**Variable - Alteración de exámenes paraclínicos por especialidad:**

**Definición conceptual:** Serie de estudios diagnósticos realizados según la especialidad médica que no se encuentren con resultados dentro de los rangos de normalidad.

**Nivel de medición:** Cualitativa dicotómica.

**Valores o categorías:** Si/No/Sin dato.

**Fuente:** Usuario, Resultados de exámenes paraclínicos.

**Variable - Sintomatologías:**

**Definición conceptual:** Manifestaciones clínicas de alteraciones orgánicas o funcionales que permiten detectar la presencia de una posible enfermedad.

**Nivel de medición:** Cualitativa nominal.

**Valores o categorías:** Confusión repentina, dificultad al hablar o del entendimiento del habla, dificultad repentina para ver en uno o en ambos ojos, dificultad repentina al caminar, vértigo o pérdida del equilibrio o de la coordinación, dolores de cabeza fuertes, repentinos y sin causa conocida, visión doble, somnolencia, otros.

**Fuente:** Usuario.



**Variable - Examen físico:**

Definición conceptual: Serie de procedimientos que se le realiza en un determinado momento al usuario con el fin de obtención de datos para el análisis de los mismos y detectar así alguna alteración física.

Nivel de medición: Cuantitativa continua.

Valores o categorías: Valores numéricos.

Fuente: Usuario.



## ANALISIS

Este trabajo se basó en la identificación de factores de riesgo cardiovasculares, a partir de indicadores antropométricos, cardiovasculares y funcionales que en conjunto proporcionaron una herramienta de análisis sobre los factores de riesgo en los adultos funcionarios docentes y no docentes de la UDELAR-F.E.N.F.

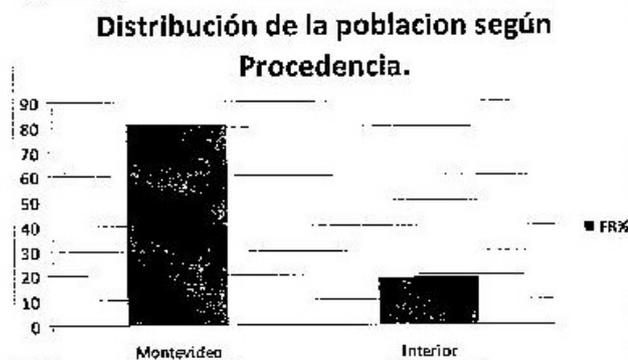
El objetivo se centró no solamente en caracterizar la población de estudio, sino también en conocer los F.R.C.V.M. y los N.M., identificando los aspectos que perjudican el estado de salud, aplicando un instrumento brindado por la cátedra de dicha facultad.

Se estudió: "Determinar los factores de riesgo cardiovasculares en los adultos funcionarios docentes y no docentes de Universidad de la República, Facultad de Enfermería, Montevideo en el período Setiembre de 2011" y se obtuvo muestra de 32 funcionarios.

Con los datos obtenidos se realizó la tabulación a través de tablas de F.A. y F.R.% y la interpretación gráfica se presentó mediante distribución de gráficos de barra con F.A. Y F.R.%.

Tabla 1: Distribución de la población según Procedencia.

Procedencia	FA	FR%
Montevideo	26	81
Interior	6	19
N=32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

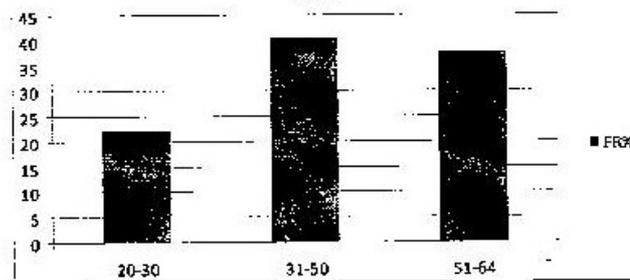
De la muestra encontramos un 81% procedente del departamento de Montevideo, siendo el restante 19% del Interior del país.



**Tabla 2: Distribución de la población según Edad.**

Edad	FA	FR%
20-30	7	22
31-50	13	40,5
51-64	12	37,5
N=32		100

**Distribución de la población según Edad**

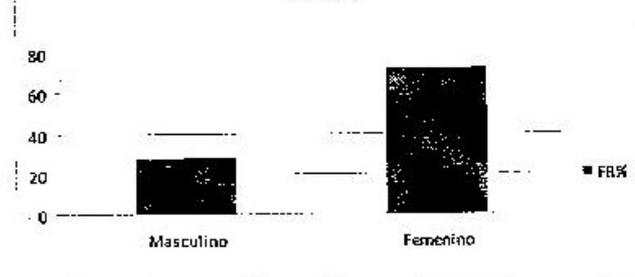


\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla 3: Distribución de la población según Sexo.**

Sexo	FA	FR%
Masculino	9	28
Femenino	23	72
N=32		100

**Distribución de la población según Sexo.**



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

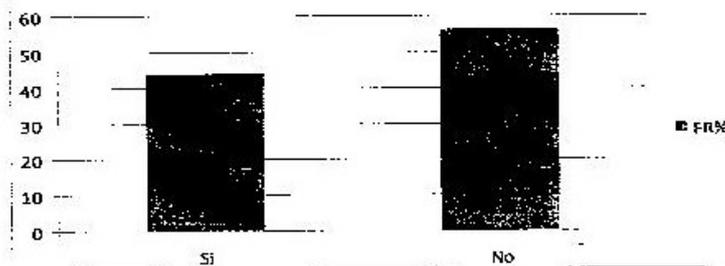
El 72% son mujeres y el 41% corresponden al rango etario de 31 a 50 años.



**Tabla 4: Distribución de la población según defunción de padres por E.C.V.**

Padres Fallecidos por ECV	FA	FR%
Si	14	43,8
No	18	56,2
N=32		100

**Distribución de la población según defunción de padres por ECV.**

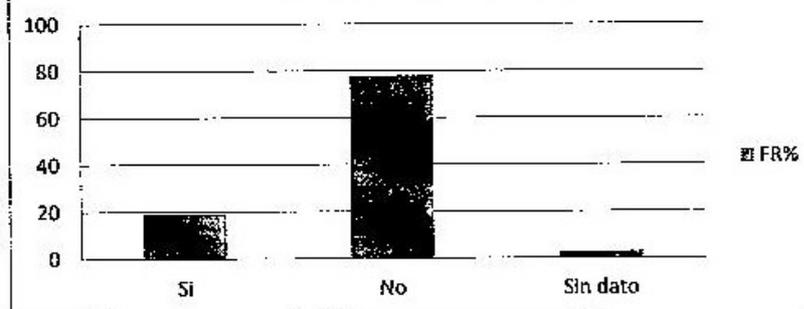


\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla 5: Distribución de la población según A.F. Obesidad.**

Obesidad: Tíos	FA	FR%
Si	6	19
No	25	78
Sin dato	1	3
N=32		100

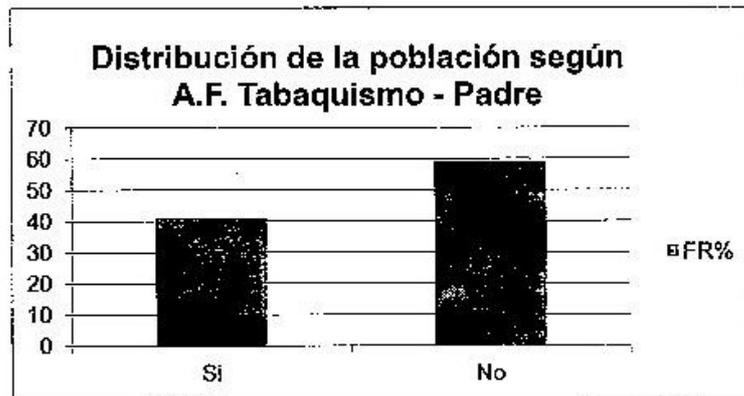
**Distribución de la población según A.F. Obesidad en Tíos**



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla 6: Distribución de la población según A.F. Tabaquismo.**

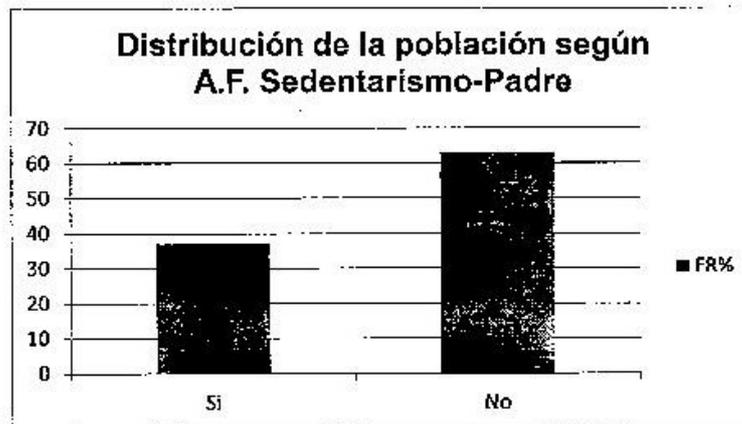
Tabaquismo-Padre	FA	FR%
Si	13	41
No	19	59
N=32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla 7: Distribución de la población según A.F. Sedentarismo.**

Sedentarismo-Padre	FA	FR%
Si	12	37
No	20	63
N=32		100

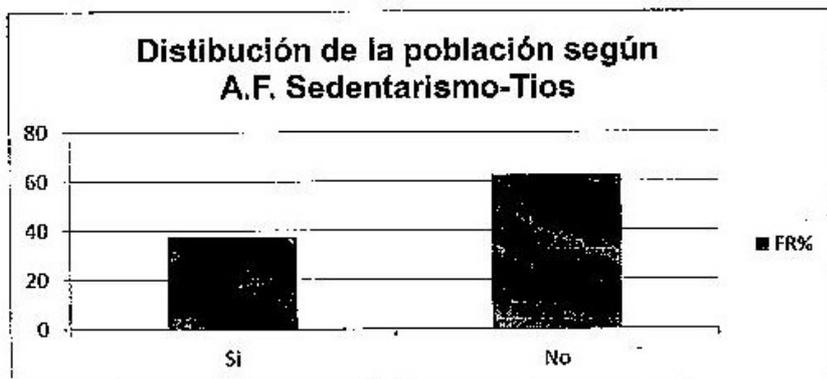


\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.



**Tabla 8: Distribución de la población según A.F. Sedentarismo.**

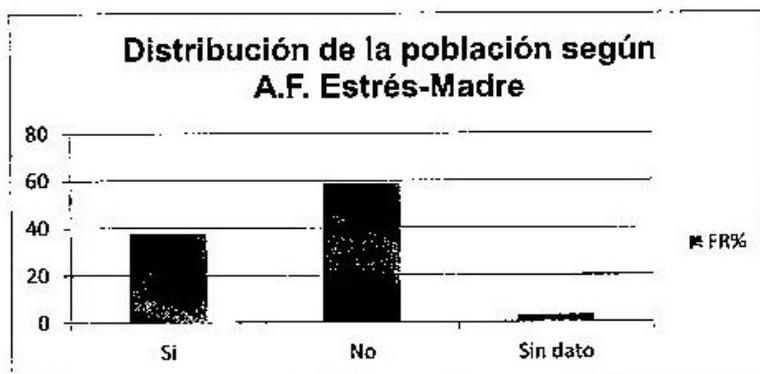
Sedentarismo-Tíos	FA	FR%
Si	12	37
No	20	63
N=32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla 9: Distribución de la población según A.F. Estrés.**

Estrés-Madre	FA	FR%
Si	12	38
No	19	59
Sin dato	1	3
N=32		100

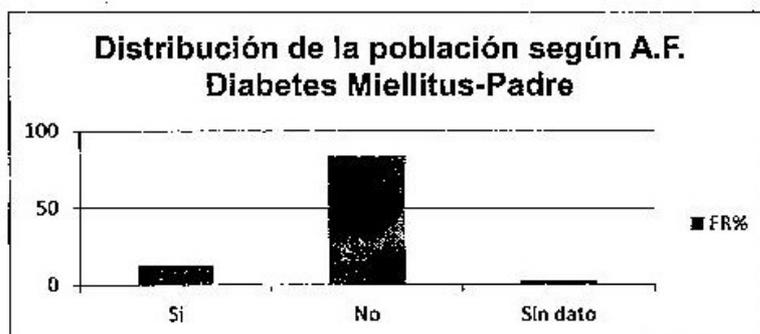


\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.



**Tabla 10: Distribución de la población según A.F. Diabetes Mellitus.**

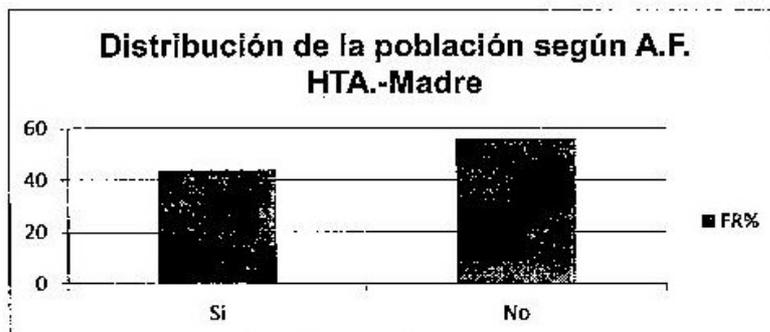
Diabetes Mellitus-Padre	FA	FR%
Si	4	13
No	27	84
Sin dato	1	3
N=32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla 11: Distribución de la población según A.F. HTA.**

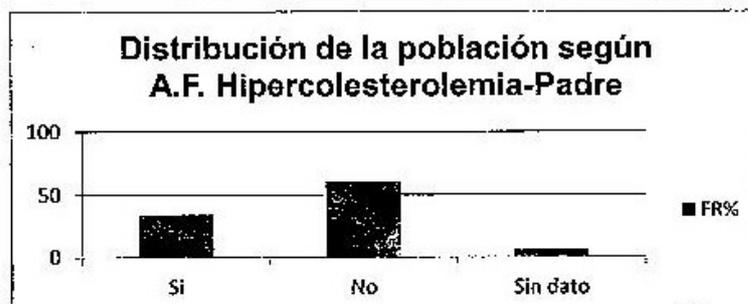
HTA- Madre	FA	FR%
Si	14	44
No	18	56
N= 32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla 12: Distribución de la población según A.F. Hipercolesterolemia.**

Hipercolesterolemia-Padre	FA	FR%
Si	11	34
No	19	60
Sin dato	2	6
N=32		100



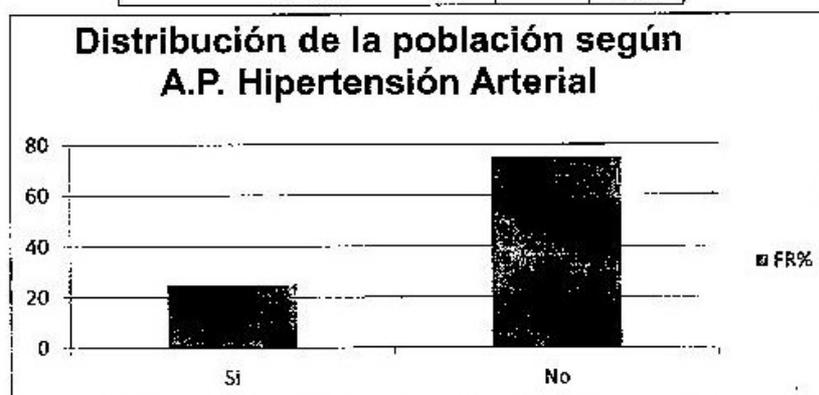
\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

La población tiene por lo menos uno de sus padres fallecidos por patologías cardiovasculares (44%) (ver Tabla 4: Distribución de la población según defunción de padres por E.C.V). Teniendo en cuenta que la herencia es uno de los principales F.R.C.V.N.M., los mismos pueden influir en forma negativa a la aparición de E.C.V.

Con respecto a los A.F., predomina los padres con A.P. de Tabaquismo 41%, un 38% presentan sedentarismo, hipercolesterolemia 34%, obesidad y D.M. ambos con un 13%. La H.T.A. es el F.R. que predomina en las madres con un 48% y le sigue el estrés con un 38%. De los A.P. de los tíos, se destaca como el sedentarismo con un 38%.

**Tabla 13: Distribución de la población según A.P. Hipertensión Arterial.**

A.P. Hipertensión Arterial.	FA	FR%
Si	8	25
No	24	75
N=32		100

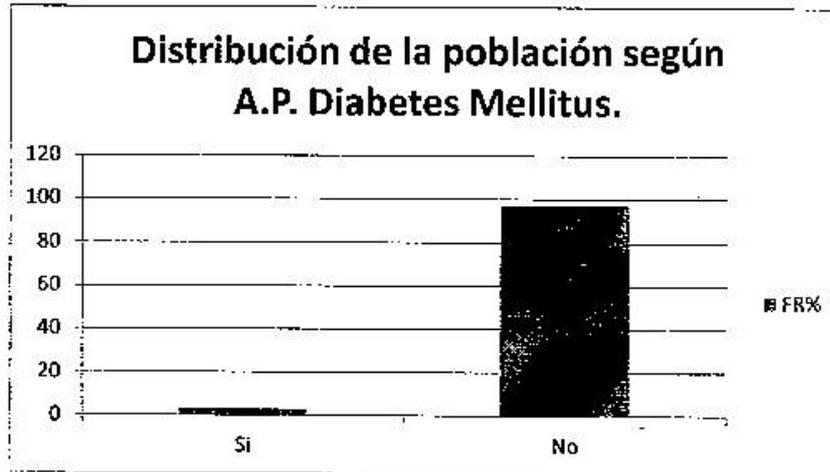


\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.



**Tabla 14: Distribución de la población según A.P. Diabetes Mellitus.**

A.P. Diabetes Mellitus.	FA	FR%
Si	1	3
No	31	97
N=32		100

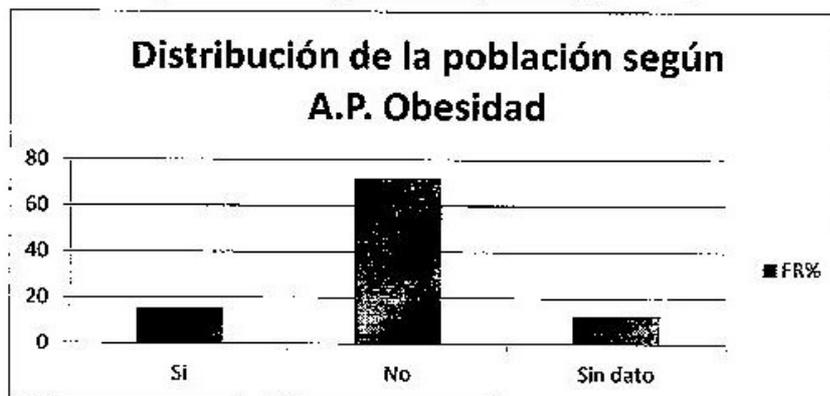


\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

Con respecto a los A.P. y según los F.R.C.V.M. el 25% es hipertenso y el 3% son diabéticos.

**Tabla 15: Distribución de la población según A.P. Obesidad.**

A.P. Obesidad	FA	FR%
Si	5	15,6
No	23	71,9
Sin dato	4	12,5
N=32		100

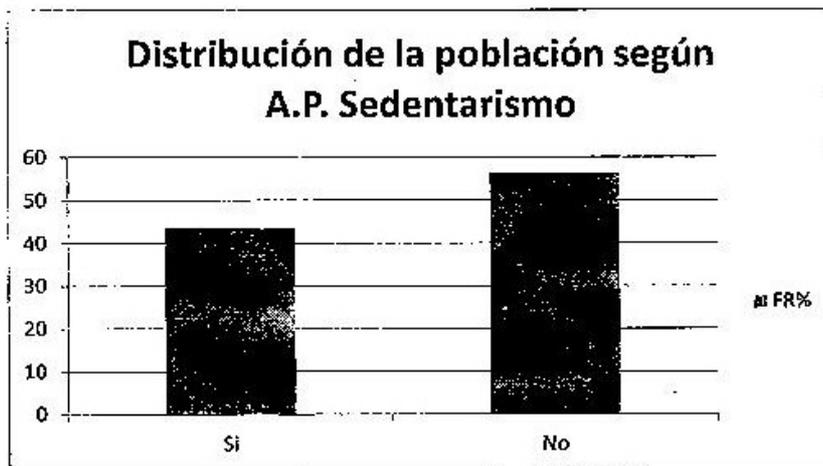


\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.



Tabla 16: Distribución de la población según A.P. Sedentarismo.

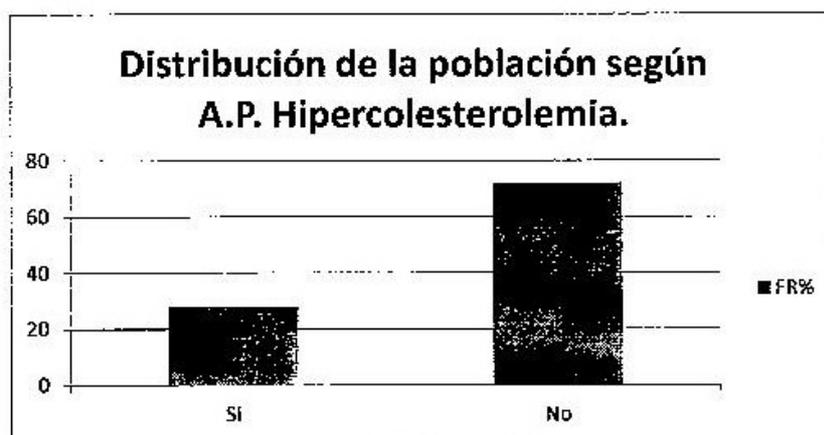
A.P. Sedentarismo	FA	FR%
Si	14	43,7
No	18	56,3
N=32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

Tabla 17: Distribución de la población según A.P. Hipercolesterolemia.

A.P. Hipercolesterolemia.	FA	FR%
Si	9	28
No	23	72
N=32		100



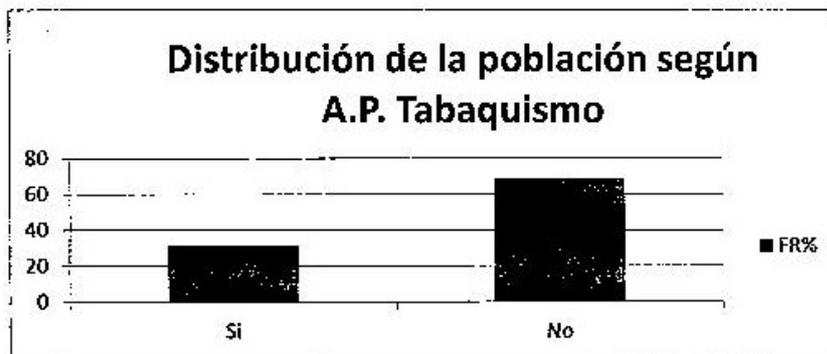
\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.



Continuando con F.R. que predisponen a desarrollar E.C.V., el sedentarismo presentó un 44%, la hipercolesterolemia un valor de 28% y la obesidad 16%.

**Tabla 18: Distribución de la población según A.P. Tabaquismo.**

A.P. Tabaquismo	FA	FR%
Si	10	31,2
No	22	68,8
N=32		100

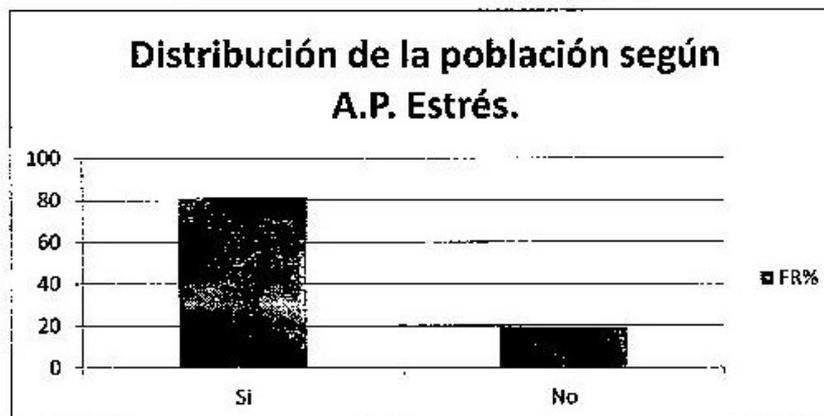


\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

El 32% de la población refirió ser tabaquista.

**Tabla 19: Distribución de la población según A.P. Estrés.**

A.P. Estrés	FA	FR%
Si	26	81,2
No	6	18,8
N=32		100

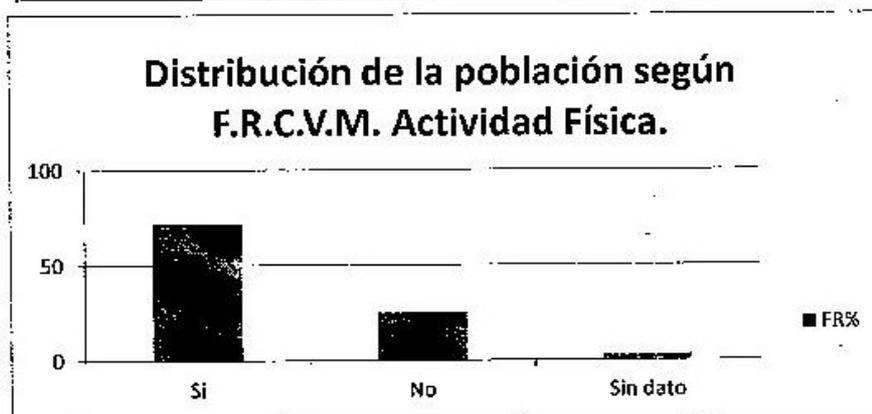


\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

En cuanto al estrés se obtuvo un dato significativo, ya que el 81% de la muestra manifestó padecerlo.

**Tabla 20: Distribución de la población según F.R.C.V.M. Actividad Física.**

Distribución de la población según F.R.C.V.M. Actividad Física:Camina	FA	FR%
Si	23	72
No	8	25
Sin dato	1	3
N=32		

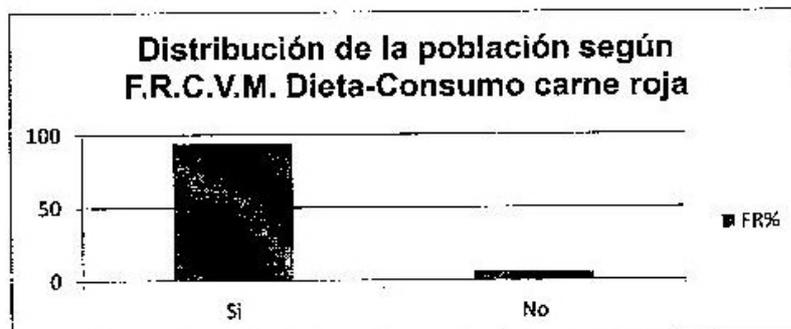


\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

Al mencionar si la muestra realiza ejercicio físico, se obtuvieron los siguientes resultados; el 72% realiza caminatas. De éstos, el 48% lo realiza diariamente con una duración de 30-60min representando un 70%.

**Tabla 21: Distribución de la población según F.R.C.V.M. Dieta.**

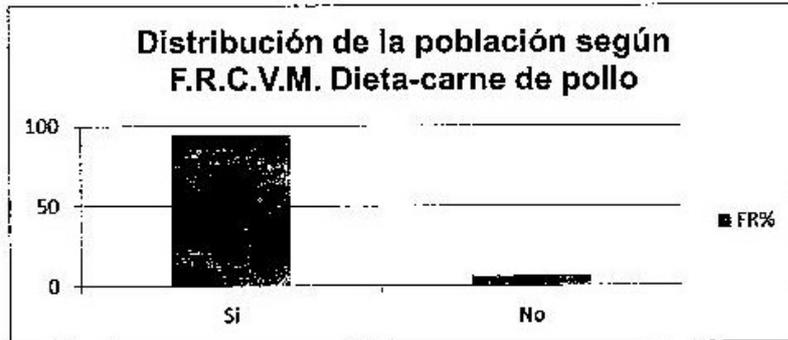
FRM-Dieta: Consumo de carne roja	FA	FR%
Si	30	94
No	2	6
N=32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla 22: Distribución de la población según F.R.C.V.M. Dieta.**

FRM-Dieta: Consumo de carne pollo	FA	FR%
Si	30	94
No	2	6
N=32		100

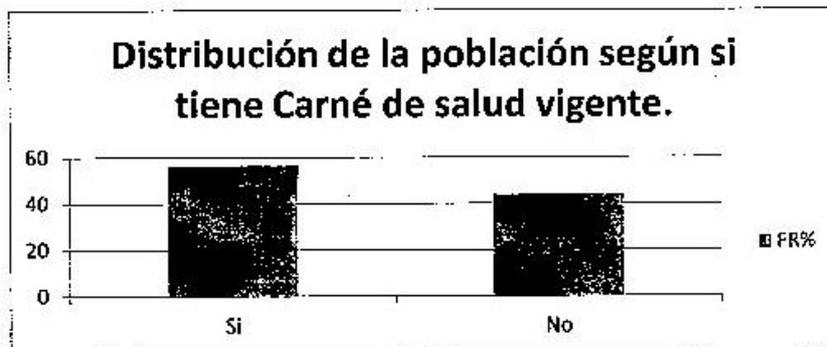


\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

Dentro de los F.R.C.V.M. los hábitos alimenticios juegan un papel importante; el 94% consume en su dieta carnes rojas y el 57% de estos, con una frecuencia semanal de 3 veces/semana. El 94% consume carne de pollo con una frecuencia semanal de menos de 2 veces en la semana equivalente al 50%. El 72% consume de carne de pescado, con una frecuencia menor de 2 veces en la semana reflejando el 57%. Por último el 66% consume carne de cerdo con una frecuencia de menos de 2 veces/semana representando el 67%.

**Tabla 23: Distribución de la población según si tiene Carné de salud vigente.**

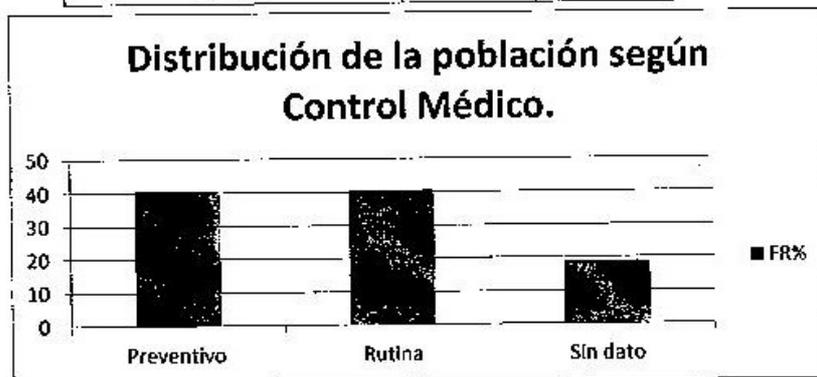
Carné de salud vigente	FA	FR%
Si	18	56,3
No	14	43,7
N=32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla 24: Distribución de la población según Control Médico.**

Control médico	FA	FR%
Preventivo	13	40,6
Rutina	13	40,6
Sin dato	6	18,8
N=32		100



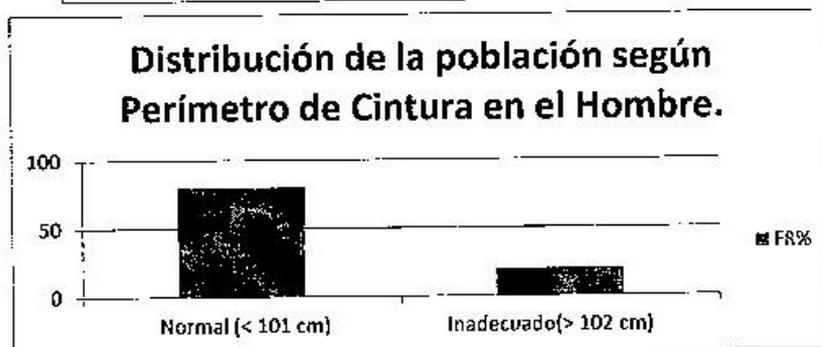
\* Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

Desde el punto de vista del control médico, el 41% representando a 13 funcionarios manifestaron realizar dicho control de manera preventiva y de forma rutinaria.

El 56% manifestó tener el carné de salud vigente cuyo vencimiento se encuentra en un plazo de 2 años. El 44% que representa a 14 funcionarios presentan el carne vencido.

**Tabla 25: Distribución de la población según Perímetro de Cintura en el Hombre.**

Perímetro Cintura-Hombre (O.M.S.)	FA	FR%
Normal (< 101 cm)	8	80
Inadecuado(> 102 cm)	2	20
N= 10		100

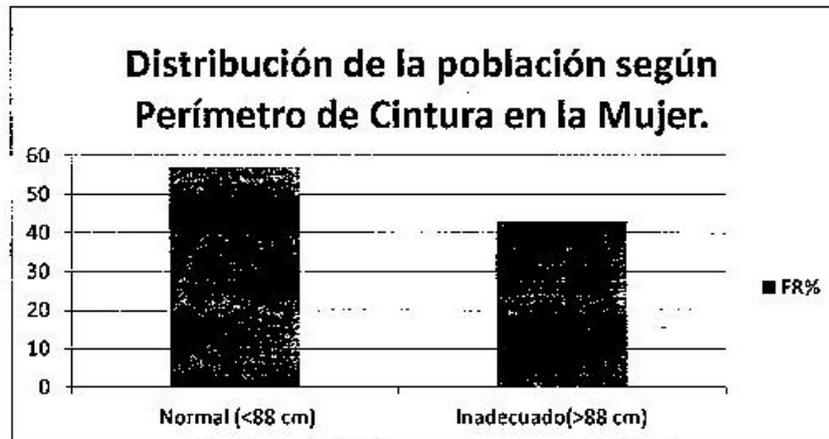


\* Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.



**Tabla 26: Distribución de la población según Perímetro de Cintura en la Mujer.**

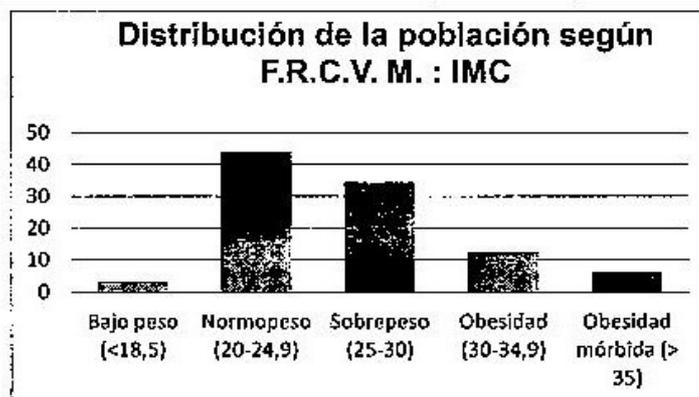
Perímetro Cintura-Mujer (O.M.S.)	FA	FR%
Normal (<88 cm)	13	57
Inadecuado(>88 cm)	9	43
N= 22		100



\* Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla 27: Distribución de la población según F.R.C.V.M.: I.M.C.**

I.M.C.	FA	FR%
Bajo peso (<18,5)	1	3,1
Normopeso (20-24,9)	14	43,8
Sobrepeso (25-30)	11	34,4
Obesidad (30-34,9)	4	12,5
Obesidad mórbida (> 35)	2	6,2
N=32		100



\* Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

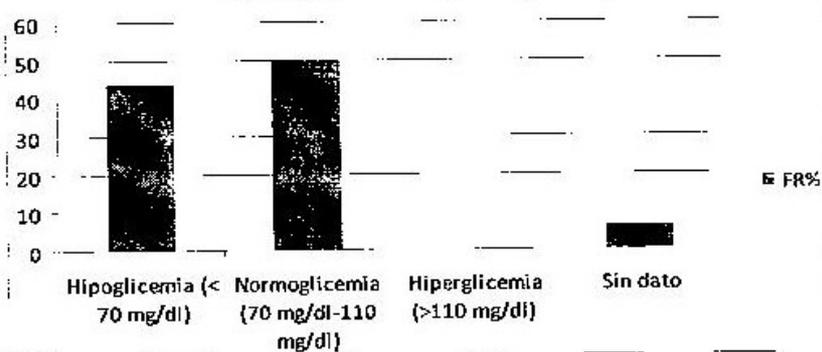


En cuanto al examen físico, el valor de I.M.C. predominante fue el rango de 20-24.9 mostrando que dicha población se encuentra dentro del rango normopeso con una cifra de 44%; con un 34% se encuentra la franja de 25-30 rango de sobrepeso. Al referirnos al perímetro cintura mujer el 57% se mostró dentro de los límites normales (<88cm) y el perímetro cintura hombre mostrando también cifras dentro del rango normal con un 80% (< 101cm).

**Tabla 28: Distribución de la población según Cifras de glicemia capilar.**

Cifras de Glicemia capilar (A.D.U.)	FA	FR%
Hipoglicemia (< 70 mg/dl)	14	43,8
Normoglicemia (70 mg/dl-110 mg/dl)	16	50
Hiperglicemia (>110 mg/dl)	0	0
Sin dato	2	6,2
N=32		100

**Distribución de la población según Cifras de Glicemia capilar (ADU)**



\* Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

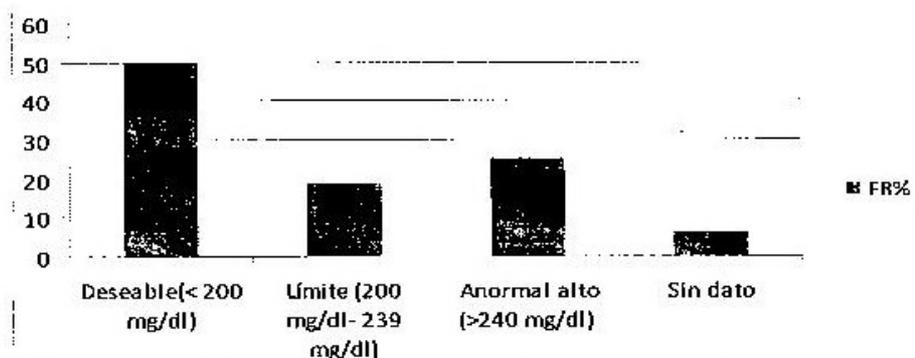
De las cifras de glicemia capilar según la A.D.U. el 50% mostró cifras de normoglicemia, 44% mostró cifras de hipoglicemia. No se registró cifras de hiperglicemia.



**Tabla 29: Distribución de la población según Cifras de colesterolemia capilar.**

Cifras de Colesterolemia capilar	FA	FR%
Deseable(< 200 mg/dl)	16	50
Límite (200 mg/dl- 239 mg/dl)	6	18,8
Anormal alto (>240 mg/dl)	8	25
Sin dato	2	6,2
N=32		100

**Distribución de la población según Cifras de Colesterolemia capilar.**



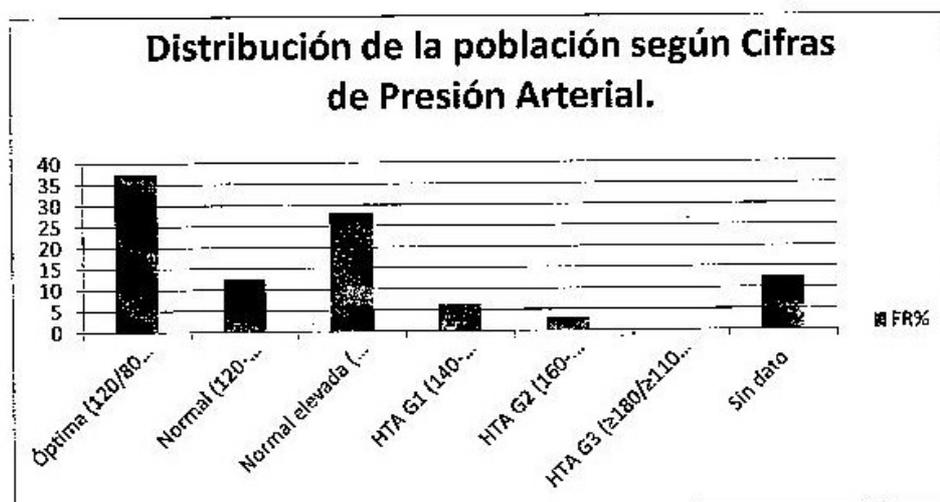
\* Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

Con respecto a la colesterolemia capilar, el 50% de la población presentó valores dentro del rango establecido como deseable, el 25% dentro del anormal alto y el 19% en el límite.



Tabla 30: Distribución de la población según Cifras de Presión Arterial.

Control de cifra de P.A.	FA	FR%
Óptima (120/80 mmHg)	12	37,5
Normal (120-129/80-84 mmHg)	4	12,5
Normal elevada (130-139/85-89 mmHg)	9	28,2
HTA G1 (140-159/90-99 mmHg)	2	6,2
HTA G2 (160-179/100-109 mmHg)	1	3,1
HTA G3 ( $\geq 180/\geq 110$ mmHg)	0	0
Sin dato	4	12,5
N=32		100



\* Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

Con respecto a la H.T.A., los hipertensos diagnosticados son el 68%, el 48% son hipertensos en tratamiento y un 11% son hipertensos controlados. El 38% de la muestra mostró cifras de P.A. óptimas es decir 120/80 mmHg, el 28% normal elevada (130-139/85-89 mmHg).



## CONCLUSION

En la presente investigación se cumplieron los objetivos planteados. Se logró caracterizar la población e identificar los F.R.C.V.M. y N.M.

En el estudio realizado se concluyó que el 72% son mujeres; la distribución de la población según la edad el 41% se encuentran en el rango etario de 31 a 50 años. En general, los hombres tienen un mayor riesgo que las mujeres de sufrir E.C.V. Si lo relacionamos con la edad, el riesgo de padecer trastornos C.V. aumenta a partir de los 50 años en la población femenina y de los 40 en la masculina. Al revisar la literatura consultada, se puede decir que en los últimos años analizados (2008) la mortalidad masculina y femenina por estas causas alcanza sus valores máximos en las edades de 85 y más años.

La mayoría de la población (80%) vive en el departamento de Montevideo, y el resto del Interior del país; se considera que quien vive en la ciudad tienen mayor posibilidad de acceder a redes sanitarias lo que facilita el control de salud.

Desde el punto de vista del control médico, el 41% representando 13 funcionarios manifestaron realizar dicho control de manera preventiva y de forma rutinaria, lo que refleja la importancia del personal de salud al actuar de forma eficiente y eficaz ya que por medio del control médico, se detectan precozmente los F.R. que predisponen a la persona a padecer determinadas patologías.

El 44% que representa 14 funcionarios, manifestó no tener el carné de salud vigente, como lo establece la disposición del M.S.P. para los trabajadores activos; como medida, se promovieron controles de salud frecuentes fomentando la importancia de cumplir con dicha normativa laboral.

Las enfermedades cardiovasculares presentan factores de riesgo establecidos para muchas enfermedades de mayor prevalencia que afectan al individuo y a grandes poblaciones, y como tal, es uno de los más importantes factores pronósticos de la esperanza de vida. La herencia es un factor de gran carga que predispone a desarrollar futuras cardiopatías. Es evidente que no es posible cambiar los F.R.C.V.N.M. como lo es la genética, la edad y el sexo, pero la utilización de herramientas de prevención contribuye a disminuir los F.R.C.V.M. como lo son algunas patologías asociadas, tabaquismo, sedentarismo, sobrepeso entre otras. En el estudio realizado, el 44% la población tiene por lo menos uno de sus padres fallecidos por patologías cardiovasculares. Teniendo en cuenta que la herencia es uno de los principales F.R.C.V.N.M., la misma puede influir en forma negativa frente a la aparición de E.C.V. De lo mencionado anteriormente, podemos concluir que la utilización del instrumento denominado familiograma es importante, ya que por medio del mismo, uno identifica las tres generaciones, logrando así, observar la carga genética que la persona posee o puede desarrollar en relación a los F.R., pudiendo actuar en promoción y prevención de salud, evitando así, futuras complicaciones. Si mencionamos los A.F. que influyen en el desarrollo de conductas y predisposición a enfermedades, predominan los padres con A.P. de tabaquismo 41%, sedentarismo 37%, hipercolesterolemia 34%, obesidad y D.M. ambos 13%. La H.T.A. es el FR que predomina en las madres con un 44% y le sigue el estrés con un 38%. De los A.P. de los tios, se destaca como prevalente el sedentarismo con un 37% y obesidad con un 19%.



En nuestro país, el 34% de la población es hipertensa. En el presente estudio son el 25%. De estos, el 66% de hipertensos no se controla la presión arterial, lo cual demuestra que la población padece de un trastorno directo que contribuye al desarrollo de otras E.C.V. Con respecto a la diabetes el 3% de la muestra lo padece, de estos, el 100% de no se realiza controles de glicemia capilar frecuentes. Dada la ausencia de controles periódicos se realizó educación incidental, brindando información para contribuir a modificar sus hábitos y promover el control periódico (VER ANEXO N° 6 FOLLETERIA). Ninguno de estos cambios en la conducta se genera solo por la incidencia de nuestro aporte en la jornada de salud, sino gracias al compromiso de los funcionarios entrevistados. Al hablar de la obesidad y el sedentarismo, podemos decir que son uno de los problemas más comunes de la población, asociados al estilo de vida actual, ya que en nuestro país el 60% son sedentarios y sufren de obesidad o tiene sobrepeso.

El presente estudio resaltó que el 44% son sedentarios, el 34% sobrepeso y el 16% padecen obesidad. Otro F.R.C.V. es el aumento del colesterol en sangre (hipercolesterolemia) ya que fomenta la formación de placa de ateroma en las arterias, de esta población la mayoría no padece este trastorno con el 72%.

En nuestro país el 33% de la población es tabaquista, dato que se asemeja al resultado que se obtuvo pues el 32% refiere este hábito nocivo. Dada esta cifra nacional, se creó el Programa Nacional del Control del Tabaco gestionado por el M.S.P. en el año 2005. Producto de estas medidas, unos 130.000 personas han dejado de fumar además de aumentar el nivel de información entre los consumidores y el daño que produce.

Al hablar de estrés, la población que manifestó padecerlo representó un 81%. Consideramos que la presente variable es subjetiva en cuanto a su medición; debido a que es un síndrome: conjunto de signos y síntomas; no afectan a todos de igual manera, lo que produce estrés a algunas personas no necesariamente causa el mismo efecto a otras. Si bien el estrés puede dar cierta sintomatología (los más comunes son: fatiga, dolores generalizados, angustia, insomnio, cefaleas, visión doble, vértigo y palpitaciones), la población de estudio no presenta en su mayoría datos relevantes. Dicho aspecto es importante a tener en cuenta a la hora de enfrentarse a individuos con F.R.C.V. pues muchas labores conllevan a un estrés físico y psíquico elevado. El mismo puede causar aumento de la frecuencia cardíaca, de la presión arterial, del colesterol total entre otras.

Al interrogar si la muestra realiza ejercicio físico, se obtuvieron los siguientes resultados; el 72% realiza caminatas. De éstos, el 48% lo realiza diariamente, y con una duración de 30-60min el 70%.

Con respecto a los hábitos alimenticios consideramos que cumplen un rol fundamental debido a que los mismos condicionan el estado de salud de la persona. El 94% consume en su dieta carnes rojas y el 57% de estos, con una frecuencia semanal de 3 veces/semana. El 94% consume carne de pollo con una frecuencia semanal de menos de 2 veces en la semana equivalente al 50%. El 72% consume de carne de pescado, con una frecuencia menor de 2 veces en la semana reflejando el 57%. Por último el 66% consume carne de cerdo con una frecuencia de menos de 2 veces/semana representando el 67%.

De todo lo anterior mencionado destacamos la importancia del personal de Enfermería como integrante del equipo de salud en su rol de promoción, ya que tiene la capacidad de brindar información que contribuya a realizar cambios en el estilo de vida para mejorar su salud, por ejemplo, la modificación



de ciertas conductas como lo es la realización de actividad física periódica y aeróbica, disminuir la ingesta de alimentos ricos en grasas como ciertas carnes de origen animal y derivados de la panificación, ya que contienen grasas saturadas.

En cuanto al examen físico, el valor de I.M.C. predominante fue el rango de 20-25 mostrando que dicha población se encuentra dentro del rango normopeso con una cifra de 44%; con un 34% se encuentra la franja de 25-30 correspondiendo al rango de sobrepeso y con un 19% el rango de obesidad y obesidad mórbida. Al referirnos al perímetro cintura según la O.M.S., el sexo femenino registró el 57% mostrándose dentro de los límites normales (<88cm), y el perímetro cintura masculino mostró también cifras dentro del rango normal con un 80% (< 101cm).

De las cifras de glicemia capilar según la A.D.U., el 50% mostró cifras normoglicémicas y 44% mostró cifras de hipoglicemia. Dicho dato se relacionó a uno de los criterios de inclusión trabajados referente al ayuno mínimo de 8 horas. No se registró cifras de hiperglicemia.

Al mencionar las cifras de colesterolemia capilar, la mitad de la población (50%) se encontró dentro del rango considerado deseable (< 200mg/dl), el 25% dentro del rango anormal alto (>240 mg/dl) y 19% en el límite (200 mg/dl- 239 mg/dl). Estos datos pueden relacionarse al estilo de vida sedentario, malos hábitos alimenticios, estrés, tabaquismo entre otros F.R. ya la hipercolesterolemia no se considera un factor aislado.

Como se ha planteado la hipertensión arterial es uno de los principales factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular. Dentro de América Latina, nuestro país se encuentra en el primer lugar en cuanto a mortalidad por causa cardiovascular. La H.T.A. representa un 30% de mortalidad cardiovascular en el Uruguay. En la muestra seleccionada, se encontró una prevalencia de 33%. A nivel nacional, los hipertensos diagnosticados son el 68%, 48% son hipertensos en tratamiento e hipertensos controlados son 11%. En nuestra población el 38% mostró cifras de P.A. óptimas, es decir 120/80 mmHg, y el 28% normal elevada (130-139/85-89 mmHg).

Con respecto a las instancias de información incidentales e individualizadas, se lograron realizar de acuerdo a las necesidades y problemas detectados, logrando informar a la población de estudio sobre la importancia de lograr una prevención acorde, para disminuir la aparición de factores de riesgo. De esto concluimos que si se lograra brindar mayor información, se lograría disminuir la principal causa de muerte en el país.

Por último, se concluye, que si aplicáramos más políticas sanitarias existentes en prevención y promoción, contribuiríamos a disminuir las cifras de muertes por causa C.V., debido a que aproximadamente 4 de cada 5 muertes en el Uruguay son causadas por enfermedades cardíacas y se producen en personas mayores de 65 años.



## SUGERENCIAS

De los datos resultantes de esta investigación se sugiere:

- Comenzar a actuar de manera oportuna con la población para brindar una asistencia multidisciplinaria.
- Brindar educación a edades tempranas para lograr que se tenga una mejor información sobre los F.R.C.V. y realizar controles adecuados con una mayor frecuencia.
- Para próximas jornadas enmarcadas en la semana del corazón, realizar las mismas más de una vez al año de manera tal, que en una primera instancia se brinde información y se pretenda modificar conductas erróneas; y en una segunda, por medio de una actividad de participación grupal, se brinde espacio y lugar de escucha para expresar sus inquietudes y sus experiencias con el fin de poder evacuarlas dudas mejorando así, la información recibida.
- Realizar futuras jornadas, para poder capacitar a los funcionarios sobre la Resucitación Cardíaca Básica del Adulto y sobre la utilización del Desfibrilador Externo Automático, con el fin aumentar la sobrevivencia del individuo en un caso de Paro Cardíaco.
- Proponer a los profesionales de la salud, participar de manera activa en programas de formación continua, con el fin de actualizarse y cumplir con actividades educativas de formación.
- Por último consideramos importante la modificación del instrumento de investigación brindado, de manera tal que se especifique la población de funcionarios docentes y no docentes. Agregando esta variable, se lograría focalizar la educación de forma relativa al nivel de instrucción. También agregaríamos al instrumento una escala para valorar la variable estrés debido a que la misma es subjetiva a cada persona y situación.  
Como aspecto importante destacamos la importancia del familiograma en el instrumento ya que la idea del mismo es trabajar con tres generaciones. Este permite trabajar también con la generación siguiente, o sea, los hijos de los funcionarios.



## REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

- Antala Farias. Osuna. Enfermería Comunitaria. Barcelona-España: Editorial Masson, S.A.; 2000.
- Costabel M. y Cols. Manual de Guías Didácticas Cátedra de Salud del Adulto y Anciano. 1a. ed. Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR; Agosto de 2011.
- Hernández Sampieri R., Fernández Collado C. Baptista .P. Metodología Investigación. 4a ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2006
- Teóricos brindados por la cátedra de Adulto y Anciano en cursos anteriores.
- Marilyn B, Klainberg R. Enfermería comunitaria- una Alianza para la salud. Editorial. D
- Pineda Alvarado. E. Metodología de la Investigación. 3a. ed. Washington D.C: OPS; 2008
- Tomey AM, Raile. Modelos y teorías de Enfermería. 4a ed. España: Harcourt; 2000.
- Zurro M. Atención Primaria en salud (Conceptos. Organización y práctica Clínica). 4a ed. Barcelona: Horcowr; 2008. 2v
- **Páginas web consultadas:**  
Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. (en línea) 2011. Disponible en: <http://www.cardiosalud.org>  
Hipertensos en Uruguay. (en línea) 2009 Febrero. Disponible en: <http://www.sociedaduruguaya.org>  
Guía de HTA para el 1er nivel de atención RAP ASSE UDELAR. (en línea) 2009 Noviembre Disponible en: [www.asse.com.uy](http://www.asse.com.uy)  
"Uruguay: colesterol alto y presión Uno de cada 10 adultos es obeso". La Republica (en línea) 2011 [larepublica.com.uy](http://larepublica.com.uy) (Fecha de acceso 05 de Febrero de 2011).  
Ministerio de Salud Pública (en línea) Disponible en: <http://www.msp.gub.uy>  
Uruguay país líder en la lucha contra el tabaquismo. (en línea) 2010 Disponible en: <http://sanseverino.org.uy> (Fecha de acceso 31 de Mayo de 2010).  
Facultad de Medicina (en línea) Disponible en: <http://www.medfamco.fmed.edu.uy>  
Temarios (en línea) Internet edición. 2010. Cap. 164. Disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org>



# ANEXOS



### ANEXO 1 CRONOGRAMA

Actividades	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	Ene'12	Feb'12	Mar'12	Abr'12	May'12	
Primer reunión grupal.	→															
Revisión Bibliográfica.		→														
Primera Tutoría con la Docente.			→													
Elaboración Protocolo Investigación.				→	→	→	→	→								
Segunda Tutoría con la Docente.							→									
Realización de la Actividad y recolección de datos.							→									
Entrega del Protocolo investigación.								→								
Entrega de protocolo corregido por docentes.									→							
Entrega de protocolo reelaborado por estudiantes.										→						
Entrega de protocolo re corregido por docente.									→	→						
Tabular y graficar datos estadísticos.									→	→						
Análisis de los datos y conclusiones.											→	→				
Reuniones grupales	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→
Defensa del trabajo final.																→



## ANEXO 2 FUNDAMENTOS TEORICOS MARCO CONCEPTUAL

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 sí mismo y de la realidad; se expresa a través de sus necesidades que emergen de lo **social** porque tuvo y tiene la necesidad de interactuar para sobrevivir; además es **biológico** porque tiene vida y la vida forma parte de la naturaleza, desarrollando un proceso continuo de cambios y transformaciones; **psicológico** ya que se desarrolla a lo largo de ese proceso de transformaciones en el que nace, se desarrolla y cumple su ciclo vital; por último en cuanto a lo **espiritual** es porque requiere encontrar respuestas a través de ritos, creencias, religiones necesitando estar arraigado a un algo en el cual depositar su confianza.

Se denomina **adulto** a toda aquella persona que tiene más de 18 años. Aunque después de los 60 años de edad, se les llame Adultos Mayores, Ancianos o Miembros de la Tercera Edad. Como se sabe, la adultez no inicia ni termina exactamente en éstos límites cronológicos. Aportaciones de algunos estudiosos en el campo del Desarrollo Humano, coinciden en afirmar que la edad adulta tiene sub etapas, como Adulto joven: 20- 30 años, Adulto medio: 31- 50 años y Adulto Pre-Senil: 51-64 años.

La OMS define familia como "Los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos, a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial<sup>3</sup>".

El **genograma o familiograma** es un diagrama representativo de las relaciones familiares; un árbol genealógico de la familia. El genograma consiste en una representación en forma "visible" de las relaciones familiares que incluyen los datos esenciales correspondientes a la edad, el sexo, la cultura, la ocupación, las conexiones emocionales, adquiriendo información de sus miembros y sus relaciones a lo largo de varias generaciones con políticas de atención orientada a la familia relacionados con la salud incluyendo las enfermedades padecidas y las causas de muerte. Se requiere por lo menos tres generaciones en la familia para obtener una visión general mínima del sistema emocional y su clima.

Desde el punto de vista de la salud comunitaria y respectivamente a la prevención primaria el genograma permite aplicar políticas de prevención, promoción y detección precoz que pueden contribuir a la reducción del riesgo de enfermedades presentes en primeras generación en las generaciones que le suceden (ejemplo: abuelos con factores de riesgo cardiovascular). La importancia del mismo consiste en advertir al personal de salud sobre el impacto de los patrones multigeneracionales que se repitan en la familia prestando especial atención en los patrones de la enfermedad y los elevados

<sup>3</sup> Temarios (en línea) Internet edición. 2010. Cap. 164. Disponible en: <http://www.eccpn.albarra.org>



riesgos emocionales y de salud que pueden llevar a la muerte. Brinda una referencia rápida de la historia de la salud familiar sus riesgos y patrones y aporta una gran cantidad de información expresada a través de símbolos.

"Los genogramas permiten tener una fotografía estática de un sistema familiar de tres generaciones; y nos proporciona una visión rápida de complejas normas familiares y una rica fuente de hipótesis sobre el paciente. A partir de esta información, se puede hipotetizar sobre pautas familiares relacionales y de funcionamiento, que se repiten de generación en generación..."<sup>4</sup>

Al hablar de **salud** como "el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez" (definición de OMS), pero se le atribuye que es una definición utópica, estática y subjetiva. Es estática porque solo considera que tiene salud a los que presentan un estado de completo bienestar; o sea como algo quieto. Es utópica ya que se trata más de un deseo que de una realidad. Y es subjetiva porque no contempla aspectos objetivos de la capacidad de funcionamiento.

Por eso, es necesaria una definición dinámica donde se considere a la salud y a la enfermedad conjuntamente, y no solo a la salud; por lo tanto se entiende por proceso de **salud-enfermedad** según el Plan de estudio de 1993 como un "proceso que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en el que el hombre se encuentra. En este proceso, el hombre puede tener distintos grados de independencia de acuerdo con su capacidad de reacción y a la situación salud-enfermedad en la que se encuentre. La salud es un derecho inalienable del hombre, que debe estar asegurado por el estado a través de políticas eficaces, con la participación de la población y del equipo de salud, promoviendo la autogestión de los grupos".

Ya que el proceso salud-enfermedad es una estructura compleja e integrada por factores interrelacionados entre sí, donde la estructura social se destaca ante todo y de ésta dependen otros factores como los socioeconómicos, socioculturales y políticos. Además, es una definición dinámica, ya que no define a la salud como un estado estático sino como algo cambiante que puede adquirir distintos niveles.

La realidad social es el contexto donde el hombre nace, crece, piensa, socializa, goza, lucha, enferma y muere.

#### **Concepto de Enfermería PLAN 93:**

"Es la disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccionan de personas, familias, grupos poblacionales, realiza la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico a los diferentes niveles de atención, busca indagar mas, busca superarse, separa las partes para estudiarlas. Estudia en profundidad cada parte, para estudiar un todo es mejor dividirlo y estudiarlo por partes más detalladamente"<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> Marilyn B, Kleinberg R. Enfermería comunitaria- una Alianza para la salud. Editorial. D

<sup>5</sup> Material brindado por la Cátedra de Adulto y Anciano, Facultad de Enfermería, UDELAR, año 2008.



Al fomentar el interés de cada individuo en su cuidado personal, nos basamos en la teoría del autocuidado de **Dorothea Orem**, en donde se aporta una visión integral de este, incorporando a la familia y el entorno, haciendo énfasis en las actitudes positivas o favorables de salud.

La teoría plantea que los individuos necesitan la ayuda de la Enfermería y pueden ser ayudados a través de ella. El autocuidado: "es una actividad del individuo aprendido por este y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividades en beneficio de la vida, salud o bienestar".

La teoría general de Orem está constituida por tres teorías relacionadas:

- Teoría del autocuidado (describe y explica el autocuidado)
- Teoría del déficit del autocuidado (describe y explica las razones por las que la enfermería puede ayudar a las personas)
- Teoría de los dos sistemas de enfermería (describe y explica las relaciones que son necesarias establecer y mantener para que se de la enfermería)<sup>6</sup>

#### **Niveles de Prevención:**

La OMS la define como todas las acciones destinadas a disminuir la prevalencia de las incapacidades crónicas de una población, reduciendo las invalideces consecutivas a la enfermedad.

Se agrupan según el estado de evolución en el proceso salud-enfermedad:

- **La prevención primaria:** va dirigida a impedir la aparición de la enfermedad por procedimientos específicos. Ya sea por las acciones sobre el medio social; o por acciones favorecedoras de la salud mental.
- **La prevención secundaria:** es definida por la OMS como todas las acciones destinadas a disminuir la prevalencia de una enfermedad en una población, reduciendo la evolución y la duración de una enfermedad.
- **La prevención terciaria:** tiene como objetivo impedir las recaídas y reducir las complicaciones o secuelas de las enfermedades y/o accidentes. Se encuentra integrada a la asistencia formando parte del tratamiento.

Desde la visión de la disciplina Enfermería, trabajar en todos los niveles de atención es necesario para la resolución de problemas sanitarios de la población. El rol fundamental de Enfermería profesional es la prevención de enfermedades y promoción de salud; haciendo uso del trabajo en equipo para lograr objetivos comunes promoviendo la participación del individuo y fomentando el autocuidado a fin de conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta de manera continua.

---

<sup>6</sup> Tomey AM, Raile. Modelos y teorías de Enfermería. 4a ed. España: Harcourt; 2000.



**La Promoción de la salud** se refiere a "la suma de acciones de la población, de los servicios de Salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productores encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectivo".

Es una estrategia global, social y política que no concierne exclusivamente al sector sanitario. Definida en 1986 en Ottawa, "es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla."

La Carta de Ottawa plantea cinco áreas de acción de la Promoción de Salud:

1. Establecer una política pública saludable
2. Crear entornos que apoyen la salud
3. Fortalecer la acción comunitaria para la salud
4. Desarrollar las habilidades personales
5. Reorientar los servicios sanitarios<sup>7</sup>

Es por eso que la salud se encuentra dividida en **Niveles de Atención** para tener una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de una población.

El **primer nivel de atención** es la organización de los recursos que permiten resolver las necesidades básicas y las más frecuentes en la atención de la salud de una población determinada, además debe ser accesible a la población.

Tipo de atención: - Ambulatoria general integral  
- Ambulatoria general básica  
- Cuidado familiar  
- Autocuidado

Lugares de atención: - Centro de salud  
- Policlínica integral  
- Consultorios  
- puestos auxiliares  
- unidades móviles- domicilio

El **segundo nivel de atención** es el que responde a necesidades más complejas, pero menos frecuentes. Tal es el ejemplo de los hospitales, internaciones que comprende el 15% de la población.

Por último el **tercer nivel de atención** que es de alta complejidad tecnológica y nivel de especialización de los recursos humanos que resuelve situaciones poco frecuentes, un ejemplo es el CTI y este incluye el 5% de la población.

### **Riesgo:**

"De forma genérica, es la probabilidad de que un hecho, en general adverso, se produzca. En epidemiología se define como la probabilidad de que una persona libre de una enfermedad determinada desarrolle la enfermedad durante un periodo determinado"<sup>8</sup>. (Rothman, 1998)

El concepto de riesgo requiere un período de referencia para su correcta interpretación. Es necesario el estudio de un grupo de individuos (una población) para tener una estimación de un riesgo promedio; para ello la

<sup>7</sup> Facultad de Medicina (en línea) Disponible en: <http://www.medfamco.fmed.edu.uy>

<sup>8</sup> Zurro A Martín. Atención Primaria en salud (Conceptos, Organización y práctica Clínica). 4a ed. Barcelona: Horcovr; 2008. 2v



epidemiología estudia la salud y la enfermedad en la población, se ha convertido en la ciencia básica en el estudio del riesgo y sus aspectos asociados.

### **Características y los tipos de riesgo**

El término F.R. indica cualquier variable asociada a la probabilidad de desarrollar una enfermedad determinada, tanto aumentándola como disminuyéndola; sin embargo tradicionalmente se reserva dicho término para aquellos que aumentan la probabilidad de enfermar, mientras que los factores que disminuyen se denominan factores protectores.

Es posible encontrar F.R. en cualquier ámbito que puede condicionar la aparición de enfermedad:

- Medio ambiente físico: agentes infecciosos, fármacos o sustancias. Químicas.
- Psíquico: el estrés pueden ser F.R. para una amplia gama de patologías.
- Social: aspectos del comportamiento, hábitos de vida, características socioeconómicas y laborales.
- Alteraciones genéticas: se distinguen dos situaciones: por un lado la alteración de un gen (mutación) cuya presencia determina la aparición de la enfermedad; por otra parte hay alteraciones que determinan un posible incremento del riesgo de una o varias patologías, que a su vez dependen de muchos otros factores.

El concepto de F.R. puede aplicarse a situaciones muy diversas, desde características fijas como el sexo hasta variables medidas en escala continua como la edad o la P/A.

### **Factores de Riesgo Modificables:**

#### **1. Tabaquismo:**

Fumar aumenta el riesgo de cáncer de pulmón y también aumenta el riesgo de padecer enfermedades cardíacas y de los vasos sanguíneos. La mitad de los fumadores se mueren tempranamente por esta causa; ya que estos tienen el doble de riesgo de padecer enfermedad cardiovascular con respecto a los no fumadores. Los efectos se deben al monóxido de carbono y a más de 4 mil toxinas que se desprenden de la combustión del cigarrillo. La exposición crónica a ambientes con humo de tabaco aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular. El tabaquismo acelera el pulso, contrae las principales arterias y puede provocar irregularidades en la frecuencia de los latidos del corazón, todo lo cual aumenta el esfuerzo del mismo. Las sustancias químicas que se encuentran en el cigarrillo, como la nicotina, contribuyen a la acumulación de grasas en las arterias (placas de ateroma). También contribuyen en el aumento del colesterol y los niveles de fibrinógeno aumentando así el riesgo de que se forme un coágulo sanguíneo que pueda provocar un ataque cardíaco; eleva la presión arterial, lo cual aumenta el riesgo de padecer un ataque cerebral en personas que padecen de H.T.A.



En nuestro país el 33% de la población es tabaquista, por lo cual en el año 2005, se crea el Programa Nacional del Control del Tabaco gestionado por el MSP. Desde el 1 de marzo del 2006 Uruguay se convirtió en país libre de humo de tabaco a través del decreto 268/05 que prohíbe el consumo de tabaco en lugares públicos y cerrados<sup>9</sup>.

En el 2009 el MSP presentó la guía nacional para el abordaje del tabaquismo, y de acuerdo a las recomendaciones de la Convenio Marco del Control del Tabaquismo-O.M.S. Uruguay implementó la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos. Producto de estas medidas, unos 130.000 personas han dejado de fumar además de aumentar el nivel de información entre los consumidores y el daño que produce.<sup>10</sup>

## 2. Hipercolesterolemia o Colesterol aumentado en Sangre:

El colesterol es una sustancia grasa producida por el hígado la cual es transportada en la sangre y constituye un 70% del colesterol total de nuestro organismo; el 30% del colesterol restante lo ingerimos en los alimentos exclusivamente de origen animal. Es importante saber que no solo dependemos del aporte externo ya que nuestro organismo tiene la capacidad de sintetizarlo. El 40% de lo ingerido se absorbe y el resto es eliminado en las materias fecales.

Uno de los principales factores de riesgo cardiovascular es el aumento del colesterol en sangre (hipercolesterolemia) ya que fomenta la formación de placa de ateroma en las arterias; lo deseable es tener el colesterol en sangre por debajo de 200 mg/dl.

La prevención consiste en la modificación de ciertas conductas como; realizar actividad física, disminuir la ingesta de alimentos abundantes en grasas como ciertas carnes de origen animal y derivados de la panificación ya que contienen grasas saturadas.

En Latinoamérica el colesterol, se encuentran los mayores niveles entre las mujeres de México (5.2 mmol/L) seguido de argentinas (5,1 mmol/L) y chilenas (5 mmol/L). Y entre los hombres, el nivel más alto se da en argentina y Chile (5 mmol/L), en México (4,9 mmol/L) y los hombres de Uruguay y Brasil (4,8 mmol/L)<sup>11</sup>, en nuestro país, los últimos datos del MSP publicados en el Boletín Epidemiológico de Enfermedades Cardiovasculares (1995) obtenidas en el periodo 1991-1993, concluyen que 58,68% de los hombres y 57,42% de las mujeres entre 19 y más de 60 años tienen colesterolemia por encima de 200 mg/dl<sup>12</sup>.

## 3. Hipertensión:

La Hipertensión es la elevación anormal de la presión que ejerce la sangre dentro de las arterias. Se considera HTA cuando el valor se encuentra por encima de 140/90 mmHg. Según la CHSCV la misma se clasifica en diferentes categorías según el valor en mmHg (Ver Anexo N°4: EPIDEMIOLOGIA-GUÍA DEL MANEJO DE LA HTA EN LA POBLACIÓN ADULTA PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN).

<sup>9</sup> Ministerio de Salud Pública (en línea) Disponible en: <http://www.msp.gub.uy>

<sup>10</sup> Uruguay país líder en la lucha contra el tabaquismo. (en línea) 2010 Disponible en: <http://sanseverino.org.uy> (Fecha de acceso 31 de Mayo de 2010).

<sup>11</sup> Uruguay: colesterol alto y presión. Uno de cada 10 adultos es obeso. La Republica (en línea) 2011 [larepublica.com.uy](http://larepublica.com.uy) (Fecha de acceso 05 de Febrero de 2011).

<sup>12</sup> Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. (en línea) 2011. Disponible en: <http://www.cardiosalud.org>



Es una afección en la que aumenta el riesgo de artropatías, insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio, lesiones del riñón, ruptura de aneurisma; la única forma de detectarla es midiendo la presión arterial periódicamente. En nuestro país el 33 y 34% de la población es hipertensa<sup>13</sup>.

#### 4. Inactividad Física:

La inactividad física disminuye la eficiencia del corazón, aumenta el pulso y la presión arterial, favorece el exceso de peso y el aumento del nivel de grasas (colesterol en sangre), propicia la mala circulación, aumenta la sobrecarga emocional asociada al estrés, disminuye la disposición al trabajo.

El sedentarismo es la falta de actividad física regular (menos de 30 minutos diarios de ejercicio de baja intensidad, y menos de 3 días a la semana); en el Uruguay el 60% de la población es sedentaria<sup>14</sup>.

El ejercicio también fortalece el músculo cardíaco y hace más flexible las arterias. Las personas que realizan ejercicio activamente gastan entre 500 y 3500 calorías por semana.

#### 5. Obesidad:

La obesidad es el exceso de grasa en el cuerpo, conlleva a un aumento del peso corporal y se considera saludable en relación a su estatura. A partir de esto se determina el IMC. Es uno de los problemas más comunes asociados al estilo de vida actual ya que en nuestro país el 60% de la población sufre de obesidad o tiene sobrepeso<sup>15</sup>. El sobrepeso y la obesidad son de los principales factores de riesgo que predisponen a desarrollar enfermedades cardiovasculares y de otra índole. Es tan perjudicial porque incrementa el esfuerzo del corazón y se vincula a la enfermedad coronaria por su influencia negativa en el colesterol y la diabetes. Hoy más de 205 millones de hombres y 297 millones de mujeres viven con obesidad en el mundo, para un total de más de 500 millones de personas. Y este exceso de peso corporal está causando tres millones de muertes cada año<sup>16</sup>.

#### 6. Estrés:

El estrés es la respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento de una persona para adaptarse y reajustarse tanto frente a "presiones" internas como externas.

Los agentes estresantes pueden ser de naturaleza muy variada (psicosociales, bio-ecológicos, físicos, etc.) y no afectan a todos de igual manera. Lo que produce estrés a algunas personas, no necesariamente causa el mismo efecto a otras.

Los síntomas más comunes son: fatiga, dolores generalizados, angustia, insomnio, cefaleas y palpitaciones.

En relación con la salud cardiovascular el estrés puede causar la aparición de Síndrome Coronario Agudo caracterizado por ángor (dolor

<sup>13</sup> Guía de HTA para el 1er nivel de atención RAP ASSE UDELAR. (en línea) 2009 Noviembre Disponible en: [www.asse.com.uy](http://www.asse.com.uy)

<sup>14</sup> Ministerio de Salud Pública (en línea) Disponible en: <http://www.msp.gub.uy>

<sup>15</sup> Uruguay: colesterol alto y presión. Uno de cada 10 adultos es obeso. La República (en línea) 2011 [larepublica.com.uy](http://larepublica.com.uy) (Fecha de acceso 05 de Febrero de 2011).



opresivo en medio del pecho, irradiado al cuello, mandíbula, hombro y brazo izquierdo, de corta duración), aumento de la frecuencia cardíaca, de la presión arterial y del colesterol total con descenso del HDL.

Al estrés se lo identifica como agravante de varios factores que alteran la salud como: hipertensión arterial, arritmias cardíacas, trastornos tiroideos, diabetes, enfermedades depresivas, hepáticas, disfunciones renales y hormonales, alteraciones en el balance de minerales tales como el calcio.

### **Factores de Riesgo No Modificables**

En Latinoamérica, nuestro país es el que tiene mayor número de muertes por causas cardiovasculares; son responsables de más del 60% de las defunciones, alrededor de 10 mil personas por año, 27 por día<sup>17</sup>. Estas características determinan una gran carga económica para la sociedad por concepto de costos directos e indirectos<sup>18</sup>, dentro de esta la de mayor prevalencia es la patología hipertensiva que se encuentra dentro del grupo de los F.R.C.V.N.M.<sup>19</sup>

#### **1. Herencia:**

La herencia es la transmisión de las características de los seres vivos a sus descendientes mediante el material genético del núcleo celular.

Las enfermedades del corazón suelen ser hereditarias. Los factores de riesgo tales como la hipertensión, la diabetes y la obesidad también pueden transmitirse de una generación a la siguiente.

#### **2. Sexo:**

Características biológicas determinadas que hacen posible reconocer como diferentes a hombres y mujeres. En general, los hombres tienen un riesgo mayor que las mujeres de sufrir un ataque al corazón. La diferencia es menor cuando las mujeres comienzan la menopausia, ya que el estrógeno, una de las hormonas femeninas, cumple un papel protector sobre las mujeres de padecer enfermedades cardíacas. Después de los 65 años de edad aproximadamente el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares es igual tanto en hombres como en mujeres cuando los restantes factores de riesgo son similares.

#### **3. Edad:**

Periodo en años o meses, comprendido desde el nacimiento hasta la fecha actual. El riesgo de padecer trastornos CV aumenta a partir de los 50 años en la población femenina y en los 40 en la masculina. La curva de mortalidad masculina por causa CV evoluciona en forma paralela y con un desplazamiento de aprox. 10 años antes que las defunciones femeninas entre los 50 y los 79 años de edad. En los últimos años analizados (2008) la mortalidad masculina y femenina por estas causas alcanza sus valores más elevados en las edades de 85 y más años<sup>20</sup>.

<sup>18</sup> [http://www.msp.gub.uy/categoria/epidemiologia\\_253\\_1\\_1.html](http://www.msp.gub.uy/categoria/epidemiologia_253_1_1.html) 1º Encuesta Factores de riesgo ECNT 2006.

<sup>19</sup> CHSCV [www.cardiosalud.org](http://www.cardiosalud.org)

<sup>20</sup> Miriam Costabel y Cols. Manual de Guías Didácticas Cátedra de Salud del Adulto y Anciano, Primera Edición. Oficina del Libro FEFMUR: Montevideo, Agosto de 2011.



Los adultos mayores tienen un mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, esto se debe a que con el paso de los años, la actividad cardíaca tiende a deteriorarse. Además, puede aumentar el grosor de las paredes del corazón, las arterias pueden endurecerse y perder su flexibilidad y cuando esto sucede, el corazón no puede bombear la sangre tan eficientemente como antes. Aproximadamente 4 de cada 5 muertes en el Uruguay debidas a una enfermedad cardíaca se producen en personas mayores de 65 años.



### ANEXO 3

Sábado, 05 de febrero, 2011 - AÑO 12 - Nro.3887 larepublica.com.uy

#### Uruguay: colesterol alto y presión Uno de cada 10 adultos es obeso

La obesidad es factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares y cáncer. Las tasas de obesidad global se han duplicado desde 1980, afirma el mayor estudio llevado a cabo sobre este trastorno y sus factores de riesgo.

Hoy más de 205 millones de hombres y 297 millones de mujeres viven con obesidad en el mundo, para un total de más de 500 millones de personas. Y este exceso de peso corporal está causando tres millones de muertes cada año, pues el exceso de sobrepeso es uno de los principales factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, trastornos músculo esqueléticos, diabetes y cáncer, señala la investigación, publicada en la revista médica "The Lancet".

Las personas más obesas del planeta son ahora los habitantes de la República de Nauru, una pequeña isla de Micronesia, en el Pacífico Sur. Pero los mayores aumentos en el peso corporal se han visto en los países más ricos del mundo.

Para los investigadores del Imperial College de Londres y la Universidad de Harvard, en Estados Unidos, el mundo está enfrentando una "emergencia de salud", porque el aumento en la obesidad amenaza con una pandemia de enfermedades cardiovasculares y muerte.

En su investigación, los científicos analizaron tres factores de riesgo cardiovascular: el índice de masa corporal (I.M.C.), la hipertensión y los niveles de colesterol de 1980 a 2008. Definiendo obesidad como un I.M.C. mayor a 30 kg/m<sup>2</sup>, se encontró que en 2008 el 9,8% de los hombres y 13,8% de las mujeres del mundo eran obesas, mientras que en 1980 las cifras eran de 4,8% de los hombres y 7,9% de las mujeres.

El mayor IMC del mundo se encontró en las islas del Pacífico sur, con un IMC promedio de 35 kg/m<sup>2</sup>, un aumento 70% más alto que el de países del Sureste de Asia y África subsahariana. Pero el mayor aumento de IMC se vio entre las naciones más ricas, particularmente Estados Unidos, seguido de Nueva Zelanda y Australia, entre las mujeres; y el Reino Unido y Australia entre los hombres.

"Nuestros resultados muestran que la obesidad y el sobrepeso, la alta presión arterial y el alto colesterol ya no son problemas del mundo occidental o problemas de las naciones más ricas", afirma el profesor Majid Ezzati, principal autor del estudio.

"Su presencia se ha desplazado hacia los países de bajos y medianos ingresos, lo que lo convierte en un problema global", agregó. Pero hay buenas noticias, dicen los investigadores: muchos países de altos ingresos lograron reducir exitosamente tanto sus tasas de hipertensión como sus niveles de colesterol.

Las mayores reducciones en estos dos trastornos se vieron en las mujeres de Australasia y los hombres de América del Norte. En total, el porcentaje de personas en el mundo con hipertensión (se define como HT los valores mayores a 140/90 mmHg) se redujo ligeramente, con los niveles más altos en los países del Báltico y las naciones del Este y Oeste de África. Por el contrario, los niveles de colesterol aumentaron en el Este y Sureste de Asia y la región del Pacífico sur.



**Mexicanas gordas** En los países de América Latina los mayores IMC entre las mujeres d México (promedio de 28,7 kg/m<sup>2</sup>), seguido d Venezuela (28,1 kg/m<sup>2</sup>) y Chile (27,9 kg/m<sup>2</sup>)

El estudio analizó las tasas mundiales de obesidad, presión arterial y colesterol desde 1980. Entre los hombres, los mayores IMC se encontraron en los argentinos (27,5 kg/m<sup>2</sup>), seguidos de los mexicanos y venezolanos (27,4 kg/m<sup>2</sup>), y los salvadoreños (26,4 kg/m<sup>2</sup>).

Las mujeres más delgadas de América Latina son las de Paraguay (28,1 kg/m<sup>2</sup>) y los hombres más delgados los bolivianos (24,4 kg/m<sup>2</sup>).

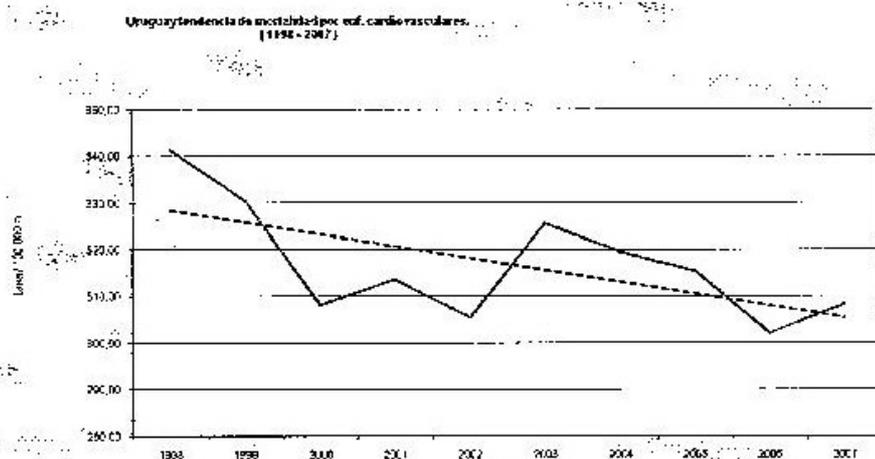
En cuanto a los niveles de PA, el promedio + alto de volumen sistólico entre las mujeres se encontró en Chile (125,5 mmHg), seguido Brasil (124,9 mmHg) y Uruguay (124,3 mmHg). Y entre los hombres, los mayores niveles se encontraron en chilenos (133,5 mmHg), seguidos por brasileños (133,4 mmHg) y uruguayos (132,3 mmHg).

En cuanto al colesterol, se encontraron los mayores niveles entre las mujeres de México (5.2 mmol/L) seguido de argentinas (5,1 mmol/L) y chilenas (5 mol/L). Y entre los hombres, el nivel más alto es el de los argentinos y chilenos (5 mol/L), los mexicanos (4,9 mol/L) y los hombres de Uruguay y Brasil (4,8 mol/L).

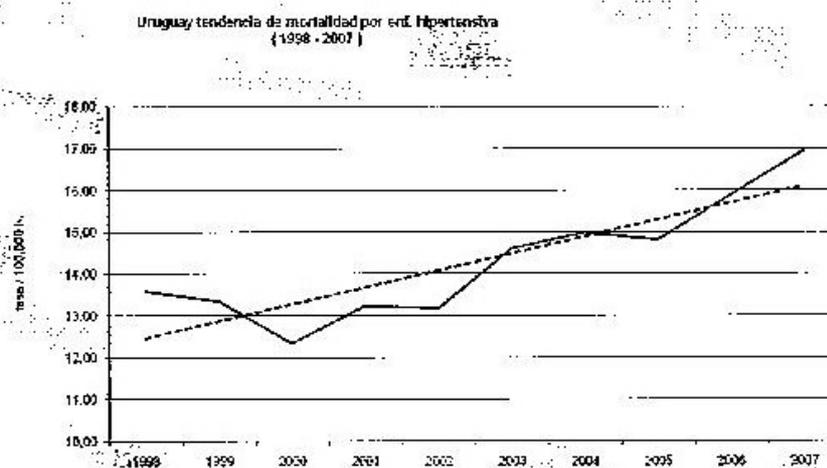


## ANEXO 4 EPIDEMIOLOGIA

### MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES. URUGUAY 1988-2007



### MORTALIDAD POR ENFERMEDAD HIPERTENSIVA. URUGUAY 1988-2007





### HIPERTENSIÓN ARTERIAL, SEXO Y MORTALIDAD CARDIOVASCULAR

Países	Prevalencia	Hipertensos	Hipertensos	Hipertensos	Mujeres	Hombres	Mortalidad
	HTA (%)	diagnost. (%)	tratados (%)	controlados (%)	(%)	(%)	Cardiovasc (%)
Argentina	28.1	54	42	18			23,5
Brasil	25-35	50.8	40.5	10.2			27,5
Chile	33.7	59.8	36,3	11,8	30.8	36.7	28,4
Colombia	23	41	46	15			28
Ecuador	28.7	41	23	6.7	27.5	30.9	28
México	30.5	56.4	23	19.2	26.3	34.2	
Paraguay	35	31	27	7			28
Peru	24	39	14.7	14			
Uruguay	33	68	48	11	56.9	43.1	29.5
Venezuela	33	55	30	12			20,6

**PREVALENCIA DE LA HA - URUGUAY:** el 33% son hipertensos de ellos

? = DESCONOCIDA

CNT = HA CONOCIDOS NO TRATADOS

CNC = HA CONOCIDOS TRATADOS NO CONTROLADA

CONTR = CONTROLADOS (son los menos)

#### Factores de riesgo modificables

- Sobrepeso - obesidad
- Sedentarismo
- Tabaquismo
- Alimentación inadecuada
- Estrés

#### SOBREPESO - OBESIDAD

#### ÍNDICE DE MASA CORPORAL SEGÚN EDAD. ENFR URUGUAY 2006

Grupo edad (años)	IMC			
	< 18,50 %	= 18,50 a <25 %	= 25 a <30 %	= 30 %
25 - 34	1,8	58,4	25,9	13,9
35 - 44	2,6	43	37	17,4
45 - 54	1,4	29,1	42,4	27,1
55 - 64	2,5	28,6	37,4	31,5
<b>TOTAL</b>	2,1	40,8	35,3	21,8

En nuestro país el 35 % de los adultos/as son sedentarios

La medición de la actividad física en la encuesta se realizó calculando la actividad física que desarrolla una persona en el trabajo, en el tiempo libre y en la forma de trasladarse de un lugar a otro.

### Factores de riesgo no modificables

- Historia familiar
- Edad
- Sexo
- Raza

## GUIA DEL MANEJO DE LA HTA EN LA POBLACIÓN ADULTA PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Categoría	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	JNC 7**
Óptima	< 120	< 80	Normal
Normal	120-129	80-84	Prehipertensión
Normal alta	130-139	85-89	Prehipertensión
HA grado 1 (ligera)	140-159	90-99	Estadio 1 **
HA grado 2 (moderada)	160-179	100-109	Estadio 2 **
HA grado 3 (grave)	≥ 180	≥ 110	Estadio 2
HA sistólica aislada	≥ 140	< 90	

\*\* Adyacente a la tabla, se muestra la correlación con la estadificación del JNC 7. Allí se establece la "prehipertensión", población con riesgo alto de desarrollar HA y alta prevalencia de SM. Identifica a los pacientes que requieren una intervención temprana con cambios en los hábitos de vida. Cuando la PAS y PAD corresponden a categorías distintas, aplicar la más alta. La HA Sistólica aislada se clasifica también en grados 1, 2 o 3 según el valor de la PAS.

## ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO PARA VALORAR PRONÓSTICO

### PRESIÓN ARTERIAL (mmHg)

Otros FR y enfermedades previas	Normal PAS 120-129 o PAD 80-84	Normal Alta PAS 130-139 o PAD 85-89	Grado I PAS 140-159 o PAD 90-99	Grado 2 PAS 160-179 o PAD 100-109	Grado 3 PAS ≥ 180 o PAD ≥ 110
Sin otros FR	Riesgo promedio	Riesgo promedio	Riesgo adicional bajo	Riesgo adicional moderado	Riesgo adicional alto
1 - 2 FR	Riesgo adicional bajo	Riesgo adicional bajo	Riesgo adicional moderado	Riesgo adicional moderado	Riesgo adicional muy alto
3 o mas FR o DOB o Diabetes	Riesgo adicional alto	Riesgo adicional alto	Riesgo adicional alto	Riesgo adicional alto	Riesgo adicional muy alto
EC	Riesgo adicional alto	Riesgo adicional muy alto	Riesgo adicional muy alto	Riesgo adicional muy alto	Riesgo adicional muy alto

**PAS:** presión arterial sistólica, **PAD:** presión arterial diastólica, **FR:** factor de riesgo, **DOB:** daño de órgano blanco, **EC:** enfermedad clínica. Modificada de Guías Europeas 2003.

El Consenso de Aterosclerosis (Uruguay 2005) decidió calificar la condición de DM o la presencia de ≥ 3 FR o DOB (3er estrato de riesgo) que coincidan con PA normal (PAS 120-129 o PAD 80-84) como de alto riesgo.



**ANEXO 5  
ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO SALUD DEL ADULTO  
(INSTRUMENTO BRINDADO POR LA CATEDRA)**



**ESTUDIO  
EPIDEMIOLOGICO  
SALUD DEL ADULTO**

**DATOS DEL ENTREVISTADO**

Nombre		Dirección	
--------	--	-----------	--

Indique el dato que corresponda

Montevideo	Interior	Barrio	Manzana/Solar	Calle	Número

Fecha entrevista		Número de visitas	
------------------	--	-------------------	--

Sexo	Edad	Trabaja	Ocupación Anterior	Ocupación Actual	Jubilado	Pensionista
F M						

Estado Civil				
Soltero	Casado	Divorciado	Viudo	Unión Libre

Antecedentes Familiares				
Padres fallecidos por enfermedad cardiovascular		Si		No
Edad al fallecer	Padre		Madre	Tíos

	Obesidad			Tabaquismo			Sedentarismo			Estrés			Diabetes			Hipertensión Arterial			Hipercolesterolemia		
	Padre	Madre	Tíos	Padre	Madre	Tíos	Padre	Madre	Tíos	Padre	Madre	Tíos	Padre	Madre	Tíos	Padre	Madre	Tíos	Padre	Madre	Tíos
Si																					
No																					

Antecedentes Personales							
Factores de riesgo modificables							
	Obesidad	Tabaquismo	Sedentarismo	Estrés	Diabetes	Hipertensión Arterial	Hipercolesterolemia
Si							
No							

**FACTORES DE RIESGO ENFERMEDADES DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR (C.V.)**

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



# ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO



## FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Estilo de vida - Hábitos Alimenticios					
	Si	No	Todos los días	3 veces/semana	Menos de 2 veces/semana
Consumo carnes rojas					
Consumo pollo					
Consumo cerdo o derivados					
Consumo pescado					

Realiza ejercicio físico					
	Si	No	Diariamente	3 veces/semana	Cant. minutos
Bicicleta					
Concurre al gimnasio					
Camina					
Corre					
Otro tipo de actividad					

## CONTROL MÉDICO

Tiene carnet de salud vigente		Si	No	6 meses	2 años

Realiza control médico		Preventivo	Rotha
Cardiologo	Si No		
Nefrologo	Si No		
Alta en Gen.	Si No		
Otros	Si No		

Exámenes	Control P/A	ECG	ECOGAR	HOLTER	Orina	ECG An. Último	Doppler de vasos de cuello	Sangre	R. TX.	Alergico
Si										
No										

Presenta alguno de estos síntomas (marque el dato afirmativo)

Confusión repentina, dificultad al hablar o del entendimiento del habla	
Dificultad repentina para ver en uno o en ambos ojos	
Dificultad repentina al caminar, vértigo, o pérdida del equilibrio o de la coordinación	
Dolores de cabeza fuertes, repentinos y sin causa conocida	
Visión doble	
Somnolencia	
Otros	

## EXÁMEN FÍSICO

	Valor	Fecha	Fecha	Fecha
Talla	Valor			
Peso	Valor			
IMC	Valor			
Perímetro de la cintura	Valor			
Cifra de glucemia	Valor			
Cifra de colesterolemia	Valor			



## ANEXO 6 FOLLETERIA

Folleto N°1

Ud. puede comenzar hoy a vivir más

# SALUDABLE

## ALIMENTACIÓN SALUDABLE

A continuación encontrará  
algunos consejos para lograr  
una adecuada alimentación.



COMISIÓN HONORARIA PARA LA  
SALUD CARDIOVASCULAR



### ALIMENTACION SALUDABLE

1. **MANTENGA** su salud realizando diariamente una alimentación variada que incluya alimentos de los seis grupos.
2. **COMA** con moderación según las porciones indicadas en cada grupo de alimentos para mantener un peso saludable.
3. **COMIENZE** con un desayuno que incluya leche, pan y fruta, rendirá más durante el día.
4. **PROCURE** consumir por lo menos medio litro de leche por día. Los lácteos son necesarios en todas las edades.
5. **CONSUMA** diariamente en todas sus comidas verduras y frutas de estación.
6. **DISMINUYA** el consumo de bebidas azucaradas, azúcar, dulces, golosinas y productos de repostería.
7. **CONTROLE** su consumo de fiambres, embutidos, manteca, margarina, quesos, crema de leche, mayonesa y frituras por su alto contenido en grasas.
8. **DISMINUYA** el consumo de sal y de los alimentos con alto contenido de ella.
9. **CONTROLE** el consumo de carne roja y elija los cortes magros. (cuadril, colita de cuadril, vacío, nalga, peceto). Prefiera la pechuga del pollo que es la parte más magra.
10. **CONSUMA** pescado con alto contenido de Omega 3: atún, salmón, sardina, caballa, anchoa.

## Folleto N°2

### ALIMENTACIÓN

**Alimentarse adecuadamente disminuye el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.**

Una alimentación adecuada le proporcionará la energía y todos los nutrientes que necesita para crecer, trabajar, estudiar, jugar y mantener su organismo saludable.

#### PARA UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE

**PREPARA** los alimentos al horno, hervidos o crudos en lugar de fritos.

**FOMENTA** el consumo de frutas y verduras que son fuente importante de vitaminas, minerales, antioxidantes, fibras, agua y pocas calorías; al menos cinco frutas diarias.

**CONSUME** carnes de aves sin la piel y carnes rojas sin grasa visible. Pescado dos veces a la semana (algunos con gran contenido de Omega 3).

**TOMA** leche y yogur descremado, siemra la misma cantidad de proteínas y calcio, pero mucho menos grasas saturadas (esto no es aplicable a los niños pequeños). Consume queso magro.

**UTILIZA** aceites vegetales en las comidas sobre todo los que contienen gran cantidad de Omega 9 (grasas alto oleico y olivas).

**FIBRAS** Es un nutriente con propiedades fundamentales y presente en cereales, vegetales y frutas. La avena contiene fibras de excelente calidad. Elige el arroz integral en lugar del blanco y pan negro al integral.

Es muy importante realizar las cuatro comidas: **DESAYUNO, ALMUERZO, MERIENDA Y CENA.**



El desayuno es muy importante y puede prevenir la obesidad. A cada individuo se le corresponde una alimentación determinada de acuerdo a la edad y actividad física que desarrolle en su vida diaria. Consulta con tu médico o nutricionista. Realice en forma diaria una alimentación adecuada que incluya alimentos de los 4 grupos en la proporción que establece el dibujo del plato.

www.cardiosalud.org

### EVITE:

#### SAL

El agregado de sal a las comidas es un fenómeno cultural y no una necesidad del organismo. La cantidad de sal que necesita el organismo ya está contenida en los alimentos.

Cuando el niño empieza a alimentarse no le agregues sal a las comidas y posteriormente no le ofrezcas alimentos salados. Se acostumbrará a esta vida sin esfuerzo ni disgusto; lo que se aprende de niño, perdura.

#### GRASAS

Por lo mismo evita darle bizcochos, alfajores, chocolates, galletitas, "snack" y cremas por su alto contenido en grasas saturadas y grasas trans (que se transforman en colesterol).

Presta atención a los ingredientes de los productos envasados y elige los libres de colesterol, de grasas saturadas y grasas trans.

#### AZÚCAR

Es un elemento energético necesario para el organismo, consumirlo en exceso puede ser sumamente perjudicial. No aporta vitaminas, minerales, fibras o proteínas y por supuesto contiene muchas calorías.

Consumirla en exceso te hará engordar y con el tiempo se corre el riesgo de contraer diabetes. Presta atención a los ingredientes de las bebidas y productos envasados y busca los de bajo contenido de azúcar en cualquiera de sus formas: sacarosa, glucosa, dextrosa, maltosa o fructosa.

Hay gran variedad de condimentos naturales que sazonan muy adecuadamente los alimentos.

## Folleto N° 3

# HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad que se presenta cuando la presión arterial se encuentra por encima de los valores considerados normales. En el adulto de 18 años y más:

Óptima	< 120	< 80
Normal	120 - 129	80 - 84
Normal - elevada	130 - 139	85 - 89
<b>Hipertensión:</b>		
Grado 1	140 - 159	90 - 99
Grado 2	160 - 179	100 - 109
Grado 3	mayor o igual a 180	mayor o igual a 110
Situación aislada	mayor o igual a 140	mayor a 95

Uno de cada tres uruguayos y uruguayas tiene Hipertensión Arterial. De todos ellos, hay unas 300.000 personas que tienen Hipertensión Arterial y no saben que la tienen. ¿POR QUÉ?

Porque en la inmensa mayoría de los casos **NÓ PRODUCE SÍNTOMAS**. Por ello es fundamental **MEDIRSE Y CONOCER SU PRESIÓN ARTERIAL**.

www.cardiosalud.org

**¿Cómo se puede manifestar?**

- DOLOR DE CABEZA
- ZUMBIDO EN LOS OÍDOS
- TRASTORNOS DE LA VISIÓN
- MAREOS
- PALPITACIONES

**¿Qué hacer ante estos síntomas?**

Ante la aparición de uno o más de estos síntomas se aconseja **CONSULTAR AL MÉDICO**. Es el único profesional capacitado para realizar el diagnóstico de la enfermedad y determinar el tratamiento adecuado.

**¿Cómo se puede contribuir a corregir la hipertensión arterial?**

- Manteniendo el peso adecuado.
- Moderando el consumo de alcohol.
- Evitando el consumo de sal.
- Practicando actividad física adecuada.
- Siguiendo los consejos y tomando correctamente la medicación indicada por su médico.

**LOS NIÑOS Y LA PRESIÓN ARTERIAL.**

A todos los niños a partir de los 3 años de edad se les debe medir la presión arterial una vez por año, en forma especial a aquellos que sean hijos de padres hipertensos.

Es conveniente solicitarle a los pediatras que realicen esta determinación, ya que son los profesionales los que poseen las tablas adecuadas para las edades, talla y sexo.

Para conocer los valores de la presión arterial en los niños hay que acudir a Tablas porque sus valores dependen del sexo, edad y estatura.

## Folleto N°4

# OBSIDIDAD

¡NO ES UN PROBLEMA DE ESTÉTICA!

### ¿A qué llamamos obesidad?

La obesidad se define como un exceso de grasa corporal, constituyéndose en un trastorno metabólico cada día más común en nuestra vida moderna; y un factor de riesgo para la aparición de enfermedades cardio-vasculares, diabetes y algunos cánceres. La obesidad se caracteriza por un exceso de tejido adiposo que va acompañado de un aumento del peso corporal y alteraciones metabólicas que representan un riesgo para la salud.

La mitad de los uruguayos tienen sobrepeso y obesidad.

### ¿Cómo saber si uno tiene peso normal o está excedido?

Lo sabremos calculando el Índice de Masa Corporal (IMC), de la siguiente manera:

**Peso (en kilos) dividido estatura (en metros) al cuadrado.**

Ejemplo: Si pesa 70 Kg. y mide 1,63 m, el cálculo es el siguiente:

$$\frac{70}{1,63 \times 1,63} \quad 70 : 2,66 = 26$$



www.cardiosalud.org

Otro índice de riesgo es la medida de la cintura.

- La mujer no debe tener más de 80 cm. El hombre no más de 94 cm.
- Esta medida es fácil y directa, sólo se necesita un centímetro.

### ¿Qué hacer frente a la obesidad?

Primero que nada reconocer que es una enfermedad y que como tal requiere del apoyo profesional para su tratamiento.

La consulta con un equipo multidisciplinario permite, no sólo tratar el exceso de peso, sino mejorar el estado general de salud de la persona.

Se realiza indicación de tratamiento cuando el IMC es mayor a 30 o cuando el IMC entre 25 y 30 está asociado con factores de riesgo cardiovascular (para conocer los valores normales en el niño, consulte con el pediatra).

### Este tratamiento para ser efectivo debería ser integral:

- Reducción del aporte calórico a través de una dieta baja en calorías (<2000 kcal/d), balanceada o sea rica en verduras, frutas y carnes magras, evitando los dulces y reducir el consumo de aquellas comidas ricas en hidratos de carbono (harinas y productos manufacturados con ellas), y evitar grasas de origen animal, así como las grasas trans (ver etiquetado).
- Ejercicio físico adecuado recomendado para aumentar el gasto energético.
- Terapias de grupo en algunos casos.
- Estar controlado por un equipo de profesionales especializados en el tema.

Recomendamos que el 54% de los uruguayos mayores de 18 años pasen más tiempo caminando.  
El 17% de los niños uruguayos entre 9 y 12 años tienen sobrepeso y el 8% son obesos.

Cada vez hay más evidencia de que la obesidad del adulto se inicia en la infancia. La práctica de ejercicio físico debe comenzar desde temprana edad, cuidando el buen uso del tiempo libre (vigilar las horas de exposición a la televisión, juegos electrónicos, Internet, etc.).

## Folleto N°5



# COLESTEROL



### ¿Cómo se origina?

Tiene dos orígenes:

- El que ingerimos con los alimentos (exclusivamente de origen animal) y que constituye hasta un 30% como máximo.
- El que sintetiza nuestro propio organismo y constituye un 70% del total.

**Lo deseable es tener el colesterol en sangre por debajo de 200 mg/dL.**

Tienen predisposición a tener colesterol alto: los fumadores, los sedentarios, los obesos y fundamentalmente los que no tienen una alimentación saludable y especialmente los portadores de hipercolesterolemias.

En una alimentación habitual ingerimos colesterol como tal, pero mucho más de grasas saturadas y grasas trans que se transforman en colesterol en el organismo.

Por eso no alcanza que un producto diga "libre de colesterol", pues puede tener mucho de grasas saturadas y grasas trans que lo hacen igualmente no recomendable.

Las grasas trans se encuentran en las tortas, tortas fritas, biscochos, alfajores, chocolate, manteca, cremas, galletas y galletitas "crack".

Los alimentos que tiene alto contenido de grasas saturadas son: las almendras, embutidos, fiambrés y carnes rojas con grasa visible.

**LAS GRASAS TRANS NO SON RECOMENDABLES.**

**LAS GRASAS SATURADAS EN EXCESO NO SON RECOMENDABLES.**

La carne de pollo sin la piel y las carnes rojas magras son de bajo contenido de grasas saturadas. Algunos pescados como el atún y el salmón, tienen grasas pero con gran contenido de Omega 3 que las hacen muy recomendables.

Los aceites que tienen gran contenido de Omega 9 como el aceite de oliva y el aceite de girasol alto oleico, son también muy saludables.

www.cardiosalud.org

### ¿Cómo controlar el nivel de colesterol?

Es muy importante saber cuánto colesterol tenemos en nuestra sangre.

Si un análisis de sangre nos da como valor de colesterol una cifra menor de 200mg/dl, sugerimos mantener una dieta saludable (bajo consumo de grasas de origen animal, evitar frituras, consumo de alimentos con alto contenido de grasas trans, etc.) y realizar nuevos análisis de sangre cada 5 años.

Si el nivel en sangre oscila entre 200 mg/dl y 239 mg/dl ya hay que instaurar una revisión anual e indefectiblemente seguir una dieta específica indicada por su médico.

Con cifras de más de 240 mg/dl hay que iniciar tratamiento médico y dieta.

### ¿Cómo prevenir el colesterol perjudicial (LDL)?

La dieta recomendada debe de ser escasa en alimentos con grasas saturadas, trans y colesterol. Las grasas saturadas aumentan la síntesis del colesterol y además favorecen la formación de coágulos de sangre en el interior de los vasos sanguíneos. Las grasas trans tienen un comportamiento similar a las grasas saturadas.

Por lo tanto, en la alimentación se deben reducir las grasas saturadas y fundamentalmente las grasas trans. Al mismo tiempo se puede consumir aceites de origen vegetal, muchas verduras y cereales (fibras solubles).

### Estos consejos le ayudarán a reducir el nivel de colesterol perjudicial:

- **Mantener actividad física en forma periódica** (recuerde que son suficientes 30 min. al día).
- **Mantener una alimentación adecuada**, que contemple al menos 5 porciones al día de frutas y verduras; carnes magras y cereales.
- **Mantener el peso corporal en un nivel normal** (Índice de Masa Corporal <25); este índice se obtiene dividiendo el peso (en kilos) por la altura (en metros) al cuadrado.

## Folleto N°6

### SEDENTARISMO



Es el factor de riesgo cardiovascular más común:

**6 de cada 10 uruguayos y uruguayas son sedentarios.**

La inactividad física se considera uno de los mayores factores de riesgo en el desarrollo de la enfermedad cardíaca e incluso se ha establecido una relación directa entre el estilo de vida sedentario y la mortalidad cardiovascular.

- El sedentarismo predispone a la obesidad, hipertensión arterial, colesterol alto y diabetes del adulto.
- Además de aumentar los casos de osteoporosis y de las fracturas de cadera a edad avanzada.
- Aumenta la posibilidad de tener depresión, mal humor, mal relacionamiento con los demás y determinados tipos de cáncer (colon, mama, pulmón).

El sedentarismo se ve estimulado en la vida moderna por el uso y abuso del automóvil y de los dispositivos, las compras a domicilio y el tiempo dedicado a la televisión, la computadora y los video juegos.

### ACTIVIDAD FÍSICA

- La práctica regular de la actividad física supone un importante beneficio para la salud.
- La actividad física debe comenzarse en la infancia y mantenerla toda la vida.

**Cualquier edad es buena para comenzar con una actividad física y obtener beneficios para la salud.**

Todos los estudios confirman que una actividad física moderada como la de caminar 30 minutos por día, disminuye de manera importante la posibilidad de sufrir o morir por una enfermedad cardiovascular. Si puedes y tu médico te permite desarrollar una actividad física más intensa, entonces obtendrás mayores beneficios. Recuerda que aunque tengas dificultades de cualquier tipo SIEMPRE es posible desarrollar alguna actividad física.

www.cardiosalud.org

### ¿QUÉ ACTIVIDAD FÍSICA DEBO ELEGIR?

Existen varias actividades físicas recomendadas que realizadas en forma diaria, son beneficiosas y están al alcance de todos. Entre ellas destacamos:

#### LA CAMINATA

Es la actividad más natural y menos costosa que está al alcance de todos. Caminar durante 30 minutos, a paso sostenido nos hace consumir más oxígeno, ayudándonos a quemar las grasas. Al mejorar la circulación sanguínea se reduce el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular.

#### ANDAR EN BICICLETA

Fortalece los músculos y produce los mismos beneficios que la caminata.

#### EL BAILE

Mantiene la agilidad, ayuda a relajarse y a desentumescerse con alegría.

#### Otros consejos

- Prefiera utilizar las escaleras en lugar del ascensor.
- Deje su auto varias cuadras antes de llegar a su lugar de trabajo o estudio.
- Bájese del ómnibus varias paradas antes.

**Si ha decidido iniciar un programa de actividad física vigorosa y sostenida es imprescindible que su médico evalúe si está en condiciones de iniciarlo.**

## Folleto N°7

# TABAQUISMO



**Uno de cada tres uruguayos tiene adicción al tabaco.**

El tabaquismo está muy vinculado a diversos tipos de cánceres, sobre todo al de pulmón y laringe.

**En relación al corazón, el tabaquismo:**

- Acelera el pulso, aumenta la presión arterial y disminuye la capacidad de la sangre para transportar oxígeno, así como también altera el colesterol y la coagulación.
- Es otro gran enemigo de las arterias, aumentando las posibilidades de que las mismas se obstruyan. Esto quiere decir que se tiene un riesgo mayor de tener un infarto al corazón, en relación a un no fumador.
- Aquellas personas que están expuestas a ambientes contaminados con humo de tabaco, los fumadores pasivos, tienen mayor riesgo que una persona no fumadora.

**RECUERDA**

- 1. Que entre los fumadores la mitad se mueren por esta adicción.
- 2. Que **no hay ninguna seguridad** en relación al número de cigarrillos fumados.
- 3. **Todos los tipos de tabaco son perjudiciales:** cigarrillos ligth, puros, tabaco para armar raso.
- 4. El humo del tabaco **contamina hasta 17 metros** de distancia.

www.cardiosalud.org

### ¿Cómo se puede evitar la adicción al tabaquismo?

- 1. Promoviendo hábitos saludables desde las primeras etapas de la vida.
- 2. Informando de las nefastas consecuencias que esta adicción acarrea.
- 3. Informando de los riesgos de contraer enfermedades cardiovasculares, a aquellas personas que están expuestas en ambientes contaminados con humo de tabaco (FUMADOR PASIVO).
- 4. Haciendo conocer el derecho de las personas a respirar aire puro libre de tabaco.

### PODEMOS PROTEGERNOS del humo de tabaco

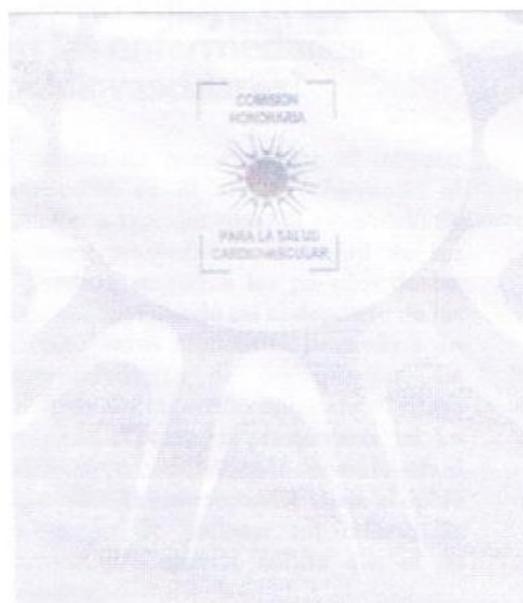
**En el hogar:**

- 1. No permita que fumen dentro de la casa.
- 2. Nunca se debe fumar en presencia de los niños, principalmente si son pequeños.

**En el trabajo:**

- 1. Se debe mantener el **ambiente laboral sin humo de tabaco**. Se debe respetar al que no fuma, **el fumador puede dejar de fumar cuando lo desea, pero el no fumador no puede dejar de respirar**.
- 2. Nuestro país tiene normativas vigentes que establecen que en estos ambientes se debe proteger la salud del trabajador, disponiendo de condiciones de trabajo seguras y sanas (Decreto 203/996).
- 3. Se ha prohibido fumar en el interior de cualquier lugar público. (Decreto 268/005 del 5 de setiembre del año 2005).

## Folleto N°8



COMISION  
NACIONAL

PARA LA SALUD  
CARDIOVASCULAR

# el tabaquismo

*El Tabaquismo constituye una enfermedad en sí misma, que por la inhalación del humo de tabaco causa múltiples enfermedades llamadas tabacodependientes, que integran un grupo de más de 50 patologías.*

**• VIDA SANA •**  
**CORAZON SANO**

### Sabía Ud. que ...

El cuerpo se nutre mediante la sangre con sustancias que transportan los vasos sanguíneos.

Se distinguen dos tipos de vasos sanguíneos: las arterias que llevan la sangre oxigenada a todo el cuerpo y lo nutren, y las venas que recogen la sangre ya utilizada de las diferentes partes del organismo.

Cuando las arterias se estrechan y se obstruyen por diferentes factores, la sangre no circula libremente, originando así trastornos circulatorios que llevan a enfermedades cardiovasculares.

Favorecen la aparición de estas enfermedades, los llamados:

#### FACTORES DE RIESGO

##### Factores de riesgo MODIFICABLES

- Tabaco
- Hipertensión
- Elevado colesterol en sangre
- Inadecuados hábitos alimentarios
- Obesidad
- Diabetes
- Estrés
- Sedentarismo, etc.

##### Factores de riesgo NO MODIFICABLES

- Antecedentes familiares (Actualmente no modificables)
- Edad
- Sexo



## ¿Cómo influye el tabaco en las enfermedades cardiovasculares?

El hábito de fumar reduce el oxígeno disponible de la sangre obligando al corazón a trabajar más. El monóxido de carbono presente en el humo de los cigarrillos, modifica las paredes de las arterias, facilitando así el depósito de las grasas y otros alimentos, llevando a un estrechamiento de las mismas. La nicotina del cigarrillo aumenta el ritmo cardíaco, el pulso y la presión arterial. Lo que es peor, condiciona la dependencia al cigarrillo. El gran fumador tiene el doble de riesgo de padecer un infarto de corazón y/o muerte súbita que el no fumador.

El riesgo a que está expuesto el corazón y el sistema circulatorio depende:

- ▶▶ del número de cigarrillos que se fuma diariamente.
- ▶▶ de los años que lleva fumando.
- ▶▶ de que comparta un ambiente con fumadores.

「 Cuide su salud,  
**CONSULTE A SU MÉDICO**  
Periódicamente 」

## ¿Cómo se puede evitar el hábito de fumar?

Promoviendo hábitos saludables desde las primeras etapas de la vida.

Informando de las nefastas consecuencias que esta adicción acarrea.

Informando de los riesgos de contraer enfermedades cardiovasculares, a aquellas personas que están expuestas en ambientes contaminados con humo de tabaco. (FUMADOR PASIVO)

Haciendo conocer el derecho de las personas a respirar aire puro libre de tabaco.

---

Los fumadores de cigarrillos están un 70% más expuestos a sufrir enfermedades cardiovasculares, así como también varios tipos de cáncer, que las personas que no fuman.

---

# Verdadero o Falso

## TABAQUISMO

Conteste verdadero (V) o falso (F) a las siguientes afirmaciones:

1. El tabaquismo es el mayor factor de riesgo de la principal causa de mortalidad en nuestro país, como son las enfermedades cardiovasculares, así como de otras enfermedades como el cáncer y las broncopulmonares.

V/F

2. Si Usted: ha tenido un ataque cardíaco, dejando de fumar podrá prevenirse de adquirir un segundo ataque.

V/F

3. Las personas que han fumado por 30 o 40 años probablemente no podrán dejar de fumar.

V/F

¡Marque Verdadero o Falso en la contratapa!

## RESPUESTAS

1. Verdadero (V). El tabaquismo es el mayor factor de riesgo de la principal causa de mortalidad en nuestro país, como son las enfermedades cardiovasculares, así como de otras enfermedades como el cáncer y las broncopulmonares.

2. Verdadero (V). Si Usted: ha tenido un ataque cardíaco, dejando de fumar podrá prevenirse de adquirir un segundo ataque.

3. Falso (F). Las personas que han fumado por 30 o 40 años probablemente podrán dejar de fumar.



COMISION NACIONAL PARA LA SALUD CARDIOVASCULAR (CNSC) - 12121  
 Blvd. Antón 2158 - Tel Aviv - 481 2412  
 P.O. Box 1000 - Tegucigalpa - Honduras  
 Web: www.cnschond.com



COMISION  
HONORARIA  
PARA LA SALUD  
CARDIOVASCULAR

Consejos para  
**abandonar el  
Tabaquismo**

*El aire puro libre de humo de  
tabaco es un componente  
esencial del derecho a disfrutar  
de un medio ambiente sano y  
sin contaminación.*

**•VIDA SANA•  
CORAZON SANO**

## CONSEJOS PARA ABANDONAR la adicción al tabaquismo

### elegir el día

La clave es prepararse, estar dispuesto, elegir el día para comenzar el abandono. Nunca habrá un día perfecto, pero elija uno que le convenga más.

### quite todo vestigio

Antes de su día de abandono quite todo vestigio de sus accesorios vinculados con el tabaquismo (encendedores, ceniceros, etc.).

### pida apoyo

Pídale apoyo a sus familiares, amigos y colegas. Cuanto más lo estimulen mayores serán sus posibilidades de éxito.

### complemente

Se ha probado que las intervenciones o complementos de tratamiento farmacológico o medicamentoso incrementan las chances de éxito (parches, goma de mascar, inhaladores de nicotina, otros). Consulte con su médico.



### consulte al médico

Hable con su médico sobre su deseo de abandonar el tabaquismo, quien podrá prescribirle el tratamiento que podrá ayudarlo.

### cambie la rutina

Identifique el momento que más sienta deseos de fumar y trate de cambiar la rutina para evitar la tentación del cigarrillo.

### distráigase

Cuando sienta el deseo de fumar distráigase con algún "hobby" o practicando deporte.

### prémiese

Prémiese a sí mismo regularmente por el éxito que está teniendo por no fumar, aprecie el dinero que está ahorrando.

### piense positivo

Piense positivamente, ¡Ud. es la única persona que tiene el poder de asegurar el éxito de abandonar esta adicción mortal!

## Cómo influye el tabaco en las enfermedades cardiovasculares

El tabaquismo reduce el oxígeno disponible de la sangre obligando al corazón a trabajar más, el monóxido de carbono presente en el humo de cigarrillos, modifica las paredes de las arterias, facilitando así el depósito de las grasas y otros elementos de la sangre llevando a un estrechamiento de las mismas.

La nicotina del cigarrillo aumenta el ritmo cardíaco, el pulso y la presión arterial. Lo que es peor, condiciona la dependencia al cigarrillo.

El gran fumador tiene el doble de riesgo de padecer un infarto de corazón y/o muerte súbita que el no fumador.

Los fumadores de cigarrillos están un 70% más expuestos a sufrir estas enfermedades que las personas que no fuman.



## Beneficios del abandono del tabaquismo\*

CASI DE INMEDIATO DE  
ABANDONAR EL TABAQUISMO  
MEJORA SU SALUD

- Después de 2 horas la nicotina comienza a desaparecer de su organismo.
- Después de 6 horas la frecuencia cardíaca y la presión arterial comenzarán a descender.
- Después de 12 horas el venenoso monóxido de carbono del humo del tabaco se irá disipando de su organismo habilitando a sus pulmones a funcionar mejor.
- Después de 2 días su sentido del gusto y olfato será más agudo.
- De 2 a 12 semanas mejorará la circulación sanguínea permitiendo caminar y correr más fácilmente.

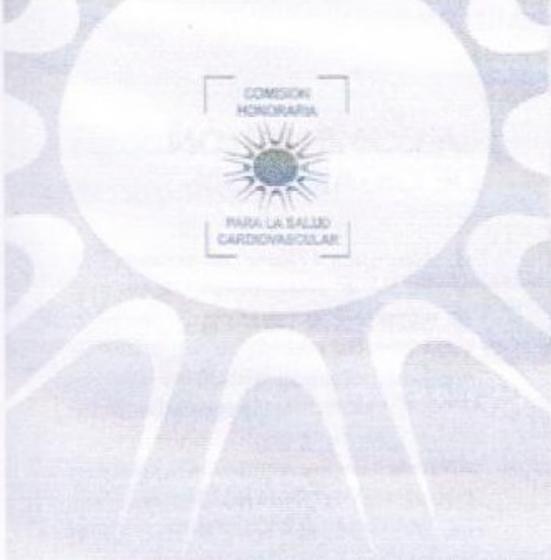
\* Información brindada por International Quit and Win 2002  
[www.quitandwin.org](http://www.quitandwin.org)

- Después de 3 a 9 meses la tos y los problemas respiratorios disminuirán a la vez que sus pulmones se fortalecerán.
- En un par de años el riesgo de un infarto de miocardio se reducirá significativamente.
- Después de 10 años el riesgo de cáncer de pulmón bajará un 50% y el riesgo de un infarto agudo de miocardio también bajará al mismo nivel de las personas que nunca fumaron.



COMISION HONORARIA  
PARA LA SALUD CARDIOVASCULAR (Ley 16.626)  
Escr. Artigas 2258 - Telefon: 480 2715 - 481 5929  
Montevideo, Uruguay - E-mail: [comisov@mv211.com.uy](mailto:comisov@mv211.com.uy)  
Site Web: [www.cardiosalud.org](http://www.cardiosalud.org)

## Folleto N°10



COMISION  
HONORARIA  
PARA LA SALUD  
CARDIOVASCULAR

# Respiremos aire sin humo de tabaco

*El aire puro libre de humo de tabaco es un componente esencial del derecho a disfrutar de un medio ambiente sano y sin contaminación.*

**VIDA SANA  
CORAZON SANO**

### LA COMBUSTIÓN DE CIGARRILLOS

#### Produce sustancias tóxicas:

Alrededor de 4.500 compuestos de los cuales más de 60 son cancerígenos, destacándose entre ellos el Alquitrán, el Arsénico, la Nicotina que produce adicción, con efectos además en el sistema nervioso y cardiovascular; el Monóxido de Carbono que afecta la adecuada oxigenación de la sangre, órganos y tejidos, alterando la coagulación y provocando así, enfermedades severas como las cardiovasculares.

#### Tiene efectos inmediatos para las personas expuestas:

Cefaleas, náuseas, alergias y tos involuntaria son síntomas de rechazo del cuerpo ante la exposición al humo de tabaco, que actúa como irritante físico pudiendo ocasionar, además, gastritis, úlceras pépticas y debilitamiento del sistema inmunitario.

## Particularmente la nicotina es responsable de:

Incrementar la presión sanguínea, la frecuencia respiratoria y el ritmo cardíaco, al estimular la producción de adrenalina por las glándulas suprarrenales y provocar una descarga de glucosa, tan solo en 10 segundos luego de ser inhalada.

Producir adicción, presentando tolerancia en el transcurso del tiempo y exigiendo dosis mayores para producir el mismo efecto.

## AFECTA LA SALUD EN:

### 「MUJERES」 <<<

Puede provocar osteoporosis.

### 「EMBARAZADAS」 <<<

Eleva el riesgo de partos prematuros y disminuye el apetito en la madre, pudiendo traer problemas en el

## 「EMBARAZADAS」

desarrollo del feto por tener éste mayores dificultades para formarse. Contribuye a tener niños de bajo peso, lo que es un factor negativo agregado a la salud del mismo, puede reducir su capacidad pulmonar y aumentar el riesgo de aborto espontáneo.

### 「JOVENES」 <<<

Influye negativamente en la fertilidad, disminuye las defensas, el rendimiento físico y altera la capacidad respiratoria.

### 「NIÑOS」 <<<

Provoca bajo peso al nacer y posibilidad del síndrome de muerte súbita en el recién nacido. El niño de bajo peso al nacer tiene mayores probabilidades de sufrir un ataque cardíaco cuando sea adulto.

Los niños al frecuentar ambientes contaminados con humo de tabaco tienen más posibilidades de sufrir enfermedades respiratorias, infecciones en los oídos y tener ataques de asma.

▶▶▶ **PODEMOS** ◀◀◀  
**PROTEGERNOS**  
DEL HUMO DE TABACO

**En el hogar:**

No permita que fumen dentro de la casa.

Nunca se debe fumar en presencia de los niños, principalmente si son pequeños.

**En el trabajo:**

Se debe mantener el ambiente laboral sin humo de tabaco. Se debe respetar al que no fuma, el fumador puede dejar de fumar cuando lo desee, pero el no fumador no puede dejar de respirar.

Nuestro país tiene normativas vigentes que establecen que en estos ambientes se debe proteger la salud del trabajador, disponiendo de condiciones de trabajo seguras y sanas (Decreto 203/996).

Se ha prohibido fumar en el interior de cualquier lugar público.

▼  
▼  
▼  
Todos podemos y debemos contribuir a mantener los espacios de convivencia libres de humo de tabaco, por el bien de la salud de todos.

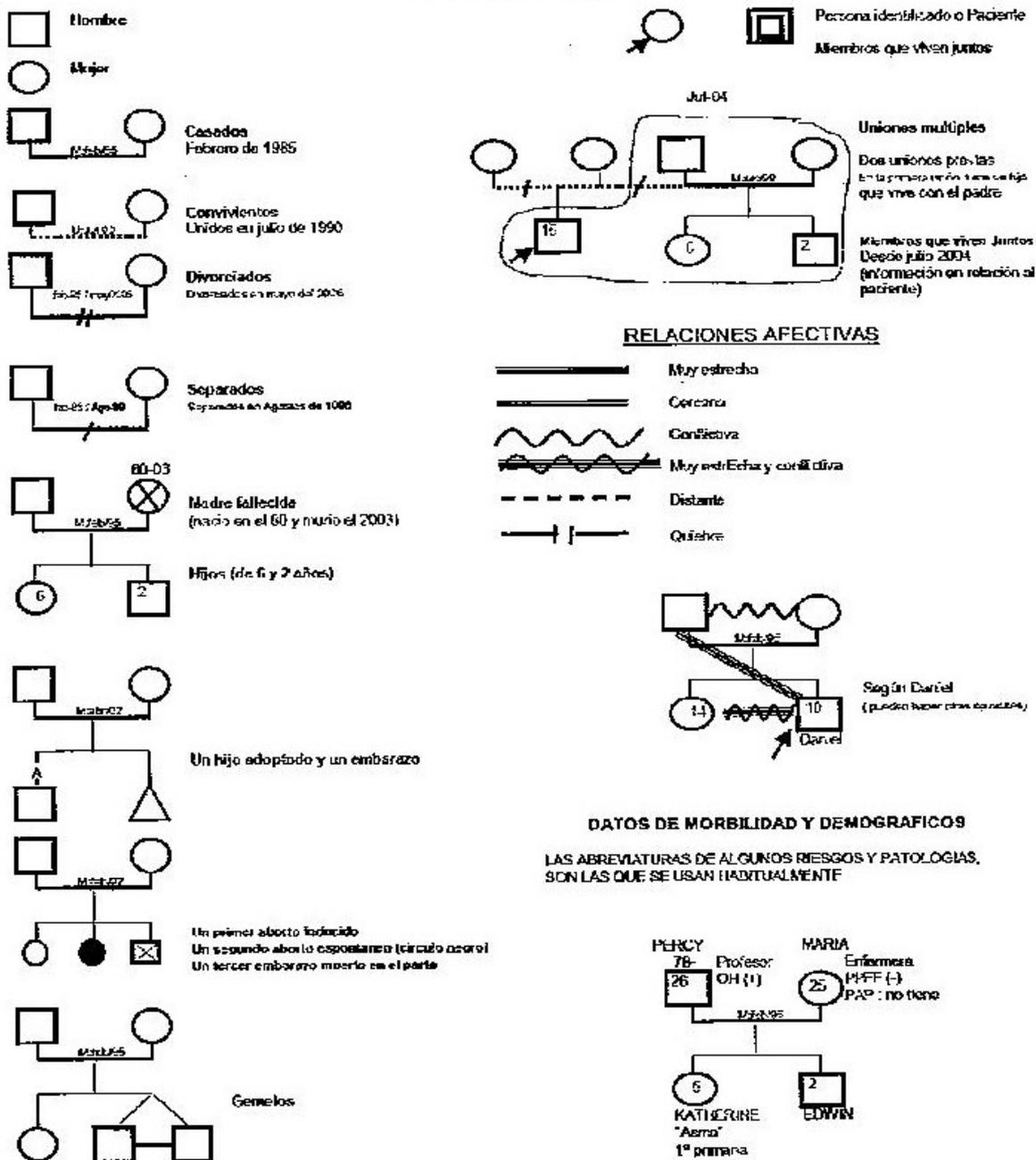
▼  
▼  
▼  
LA SALUD NO SE COMPRA,  
se logra y se mantiene si aprendemos a preservarla.



COMISION HONORARIA  
PARA LA SALUD CARDIOVASCULAR (Ley 16.621)  
Calle Artigas 2302 - Teléfono: 480 2718 - 481 5929  
Montevideo, Uruguay - Email: [comsncv@med.uba.ar](mailto:comsncv@med.uba.ar)  
Site Web: [www.cardiologia.org](http://www.cardiologia.org)

## ANEXO 7 FAMILIOGRAMA

### FAMILIOGRAMA: ANEXO 1

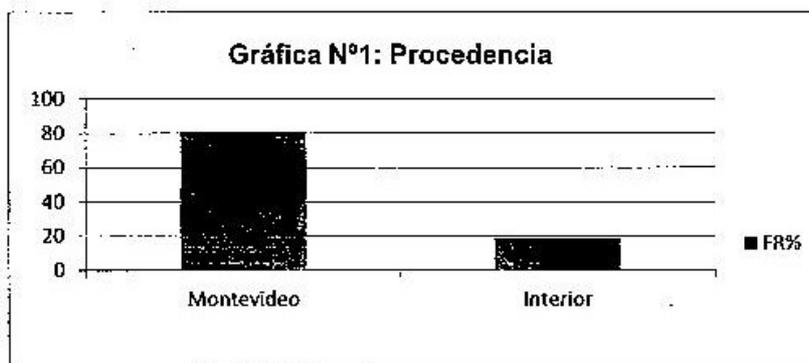




## ANEXO 8 PLAN DE TABULACIÓN

Tabla N° 1: Procedencia

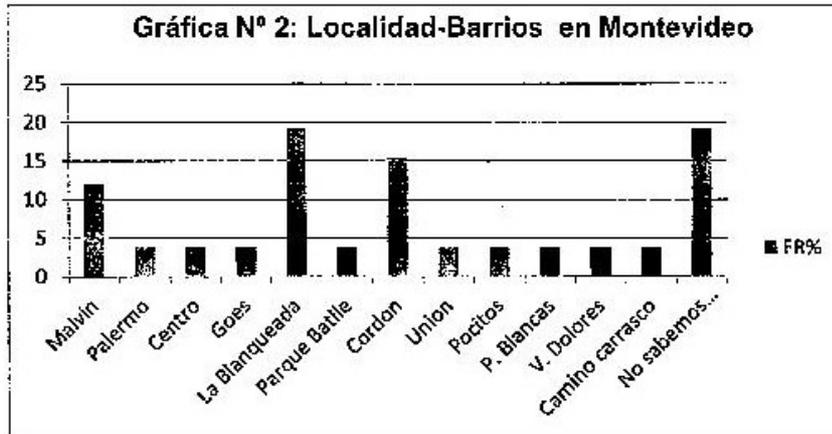
Procedencia	FA	FR%
Montevideo	26	81
Interior	6	19
N=32		100



\* Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

Tabla N° 2: Localidad barrio en Montevideo

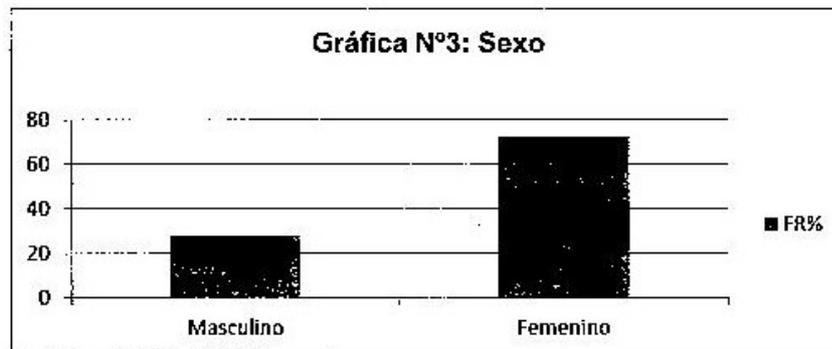
Localidad barrio (Mdeo)	FA	FR%
Malvin	3	12
Palermo	1	3,8
Centro	1	3,8
Goes	1	3,8
La Blanqueada	5	19,2
Parque Batlle	1	3,8
Cordón	4	15,4
Unión	1	3,8
Pocitos	1	3,8
P. Blancas	1	3,8
V. Dolores	1	3,8
Camino Carrasco	1	3,8
No sabemos localidad	5	19,2
N=26		100



\* Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

### Tabla N° 3: Sexo

Sexo	FA	FR%
Masculino	9	28
Femenino	23	72
N=32		100

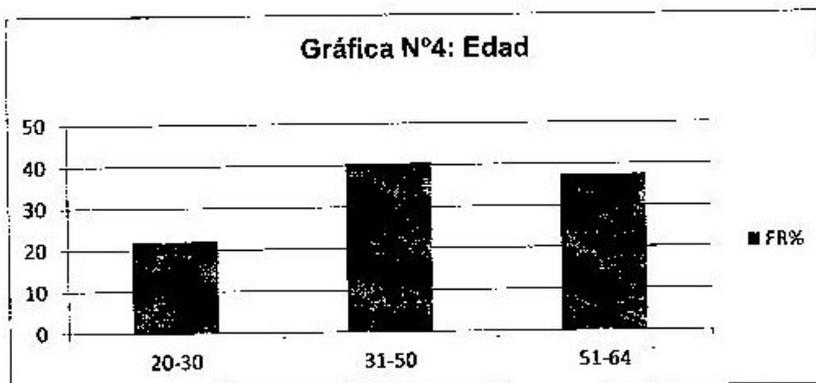


\* Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.



**Tabla N° 4: Edad**

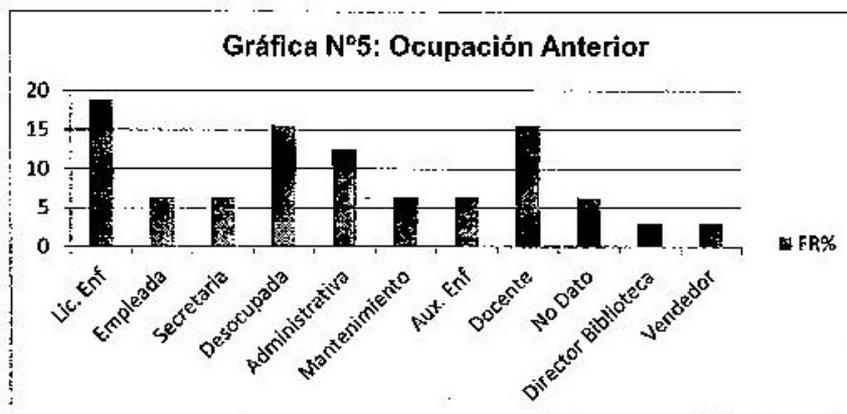
Edad	FA	FR%
20-30	7	22
31-50	13	40,5
51-64	12	37,5
N=32		100



\* Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 5: Ocupación anterior**

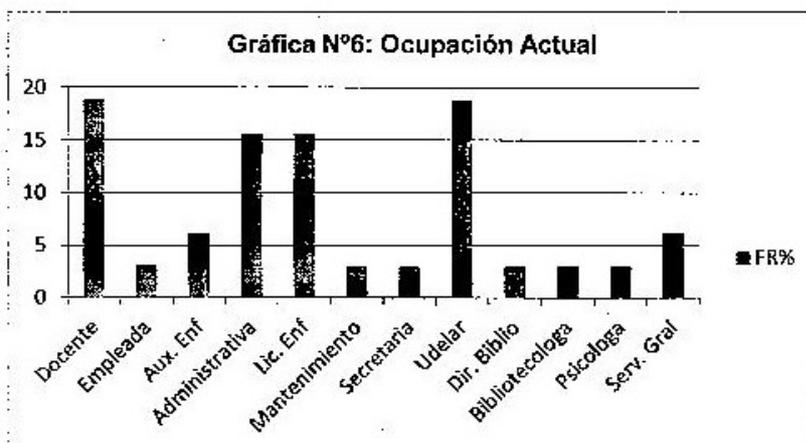
Ocupación Anterior	FA	FR%
Lic. Enf	6	18,8
Empleada	2	6,3
Secretaria	2	6,3
Desocupada	5	15,6
Administrativa	4	12,5
Mantenimiento	2	6,3
Aux. Enf	2	6,3
Docente	5	15,6
No Dato	2	6,3
Director Biblioteca	1	3
Vendedor	1	3
N= 32		100



\* Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 6: Ocupación actual**

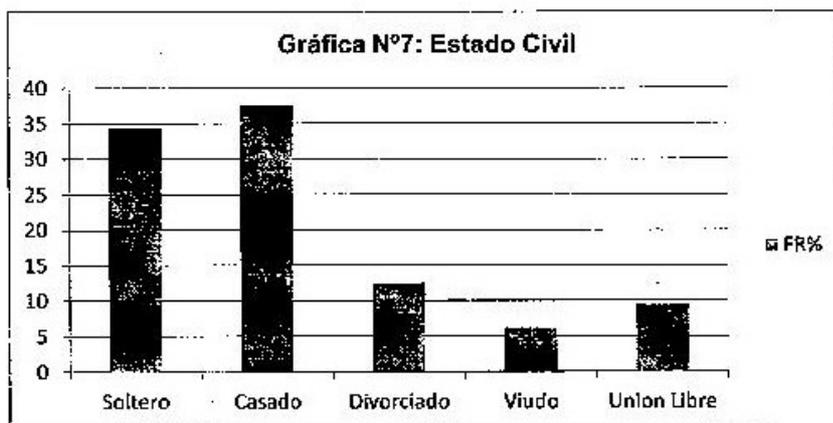
Ocupación Actual	FA	FR%
Docente	6	18,8
Empleada	1	3,1
Aux. Enf	2	6,2
Administrativa	5	15,6
Lic. Enf	5	15,6
Mantenimiento	1	3,1
Secretaria	1	3,1
UDELAR	6	18,8
Dir. Biblioteca	1	3,1
Bibliotecóloga	1	3,1
Psicóloga	1	3,1
Serv. Gral	2	6,2
N=32		100



\* Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 7: Estado Civil**

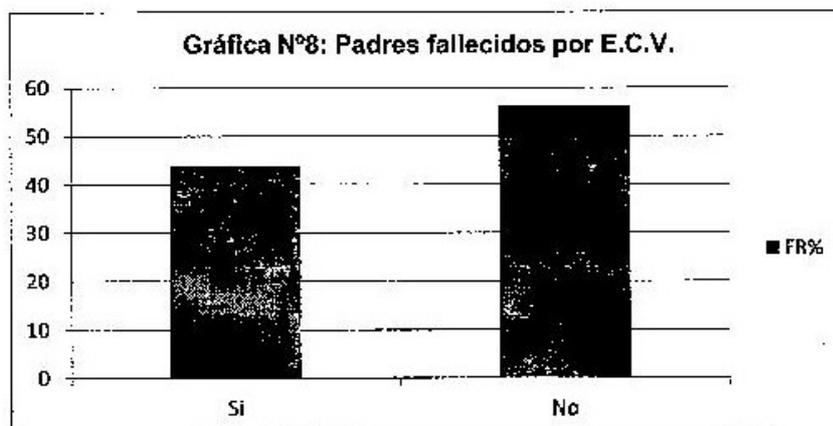
Estado civil	FA	FR%
Soltero	11	34,4
Casado	12	37,5
Divorciado	4	12,5
Viudo	2	6,2
Unión Libre	3	9,4
N=32		100



\* Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 8: Padres fallecidos por E.C.V.**

Padres Fallecidos por ECV	FA	FR%
Si	14	43,8
No	18	56,2
N=32		100

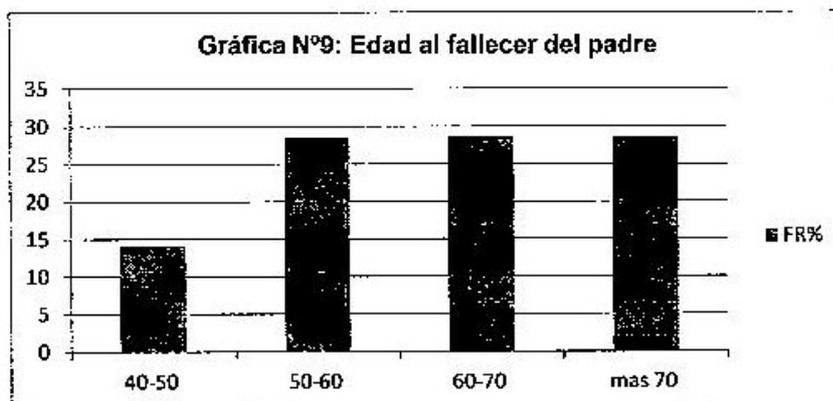


\* Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.



**Tabla N° 9: Edad al fallecer del padre**

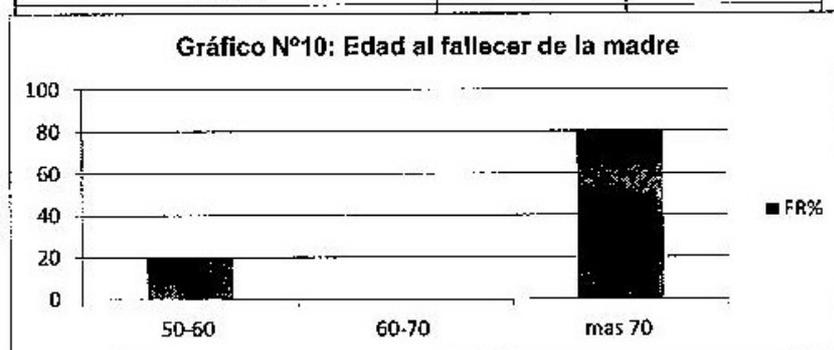
Edad al fallecer del Padre	FA	FR%
40-50	2	14,2
50-60	4	28,6
60-70	4	28,6
mas 70	4	28,6
N=14		100



\* Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 10: Edad al fallecer de la madre**

Edad al fallecer de la Madre	FA	FR%
50-60	1	20
60-70	0	0
mas 70	4	80

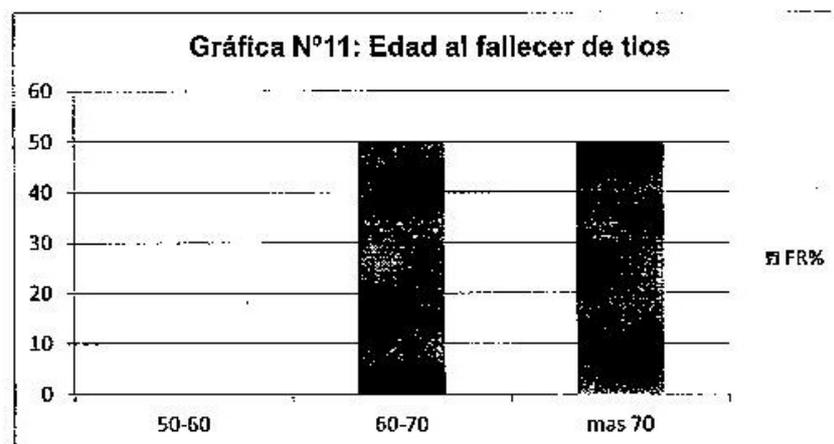


\* Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.



**Tabla N° 11: Edad al fallecer de los tíos**

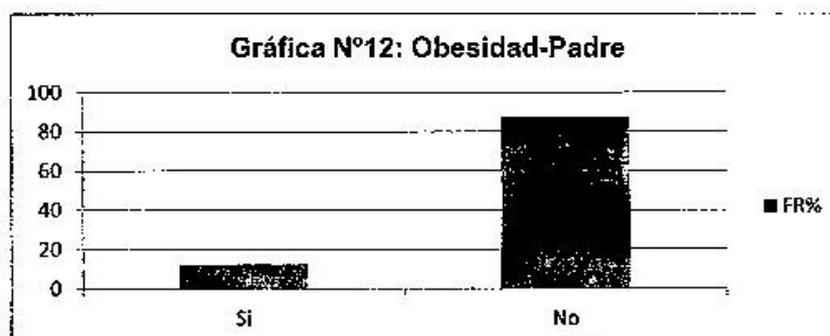
Edad al fallecer de Tíos	FA	FR%
50-60	0	0
60-70	1	50
mas 70	1	50
N=2		100



\* Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 12: Obesidad Padre**

Obesidad: Padre	FA	FR%
Si	4	12,5
No	28	87,5
N=32		100

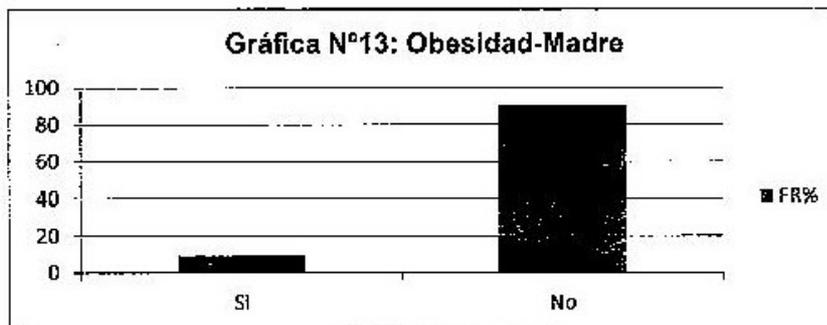


\* Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.



**Tabla N° 13: Obesidad Madre**

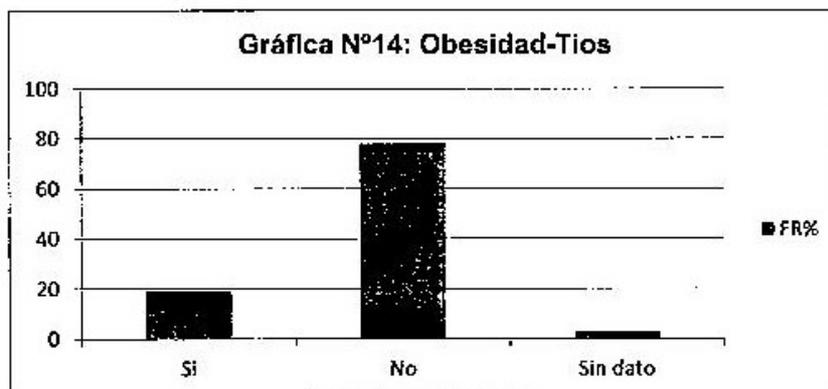
Obesidad madre	FA	FR%
Si	3	9,4
No	29	90,6
N=32		100



\* Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 14: Obesidad tíos**

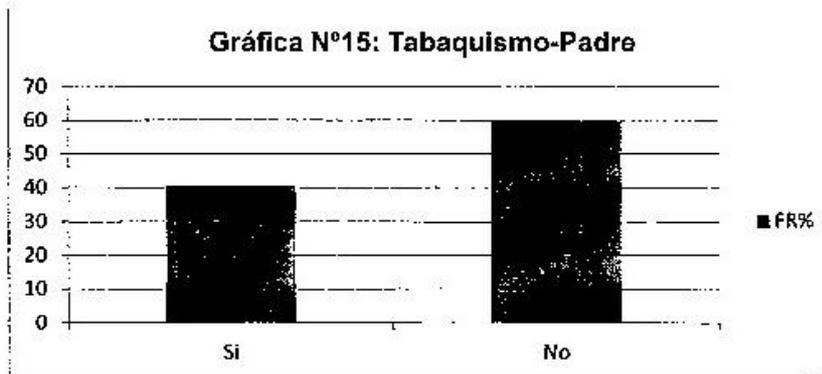
Obesidad: Tíos	FA	FR%
Si	6	19
No	25	78
Sin dato	1	3
N=32		100



\* Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 15: Tabaquismo Padre**

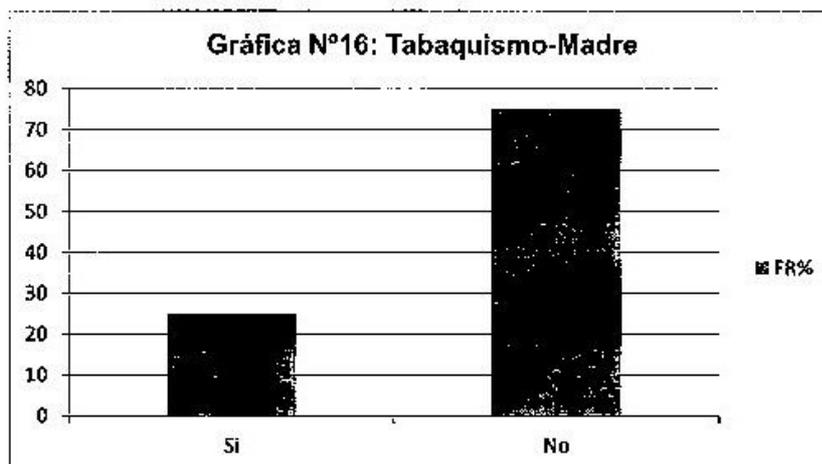
Tabaquismo-Padre	FA	FR%
Si	13	40,6
No	19	59,4
N=32		100



\* Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 16: Tabaquismo Madre**

Tabaquismo-Madre	FA	FR%
Si	8	25
No	24	75
N=32		100

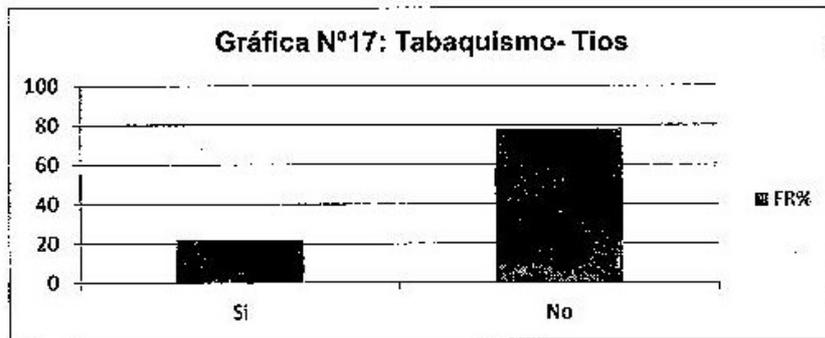


\* Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.



**Tabla N° 17: Tabaquismo Tíos**

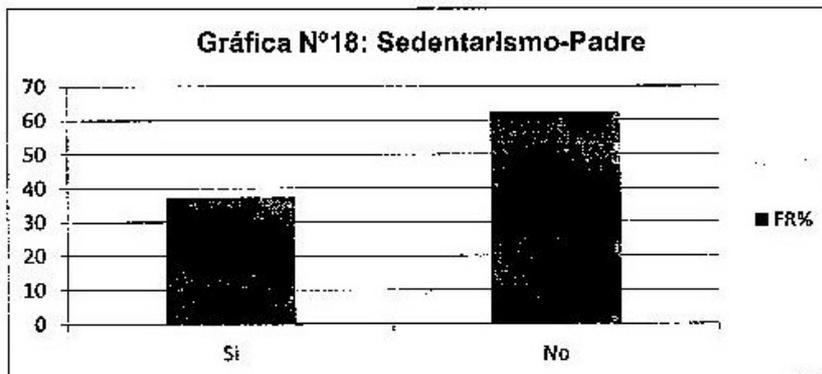
Tabaquismo-Tíos	FA	FR%
Sí	7	22
No	25	78
N=32		100



\* Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 18: Sedentarismo Padre**

Sedentarismo- Padre	FA	FR%
Sí	12	37,5
No	20	62,5
N=32		100

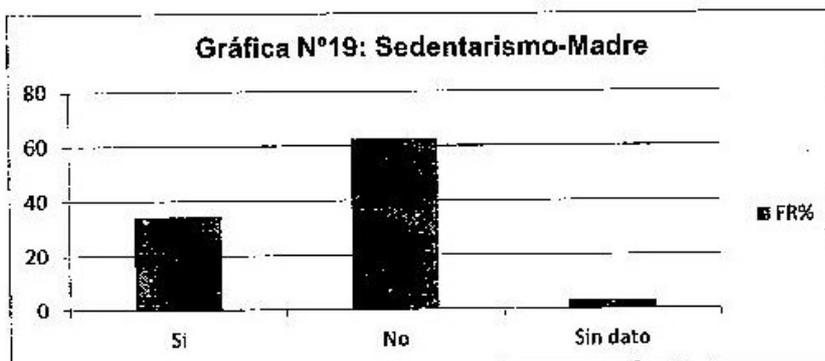


\* Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.



**Tabla N° 19: Sedentarismo Madre**

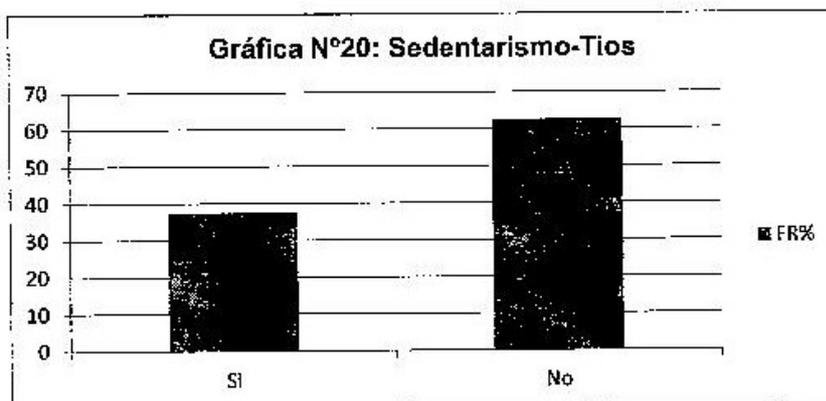
Sedentarismo- Madre	FA	FR%
Si	11	34,4
No	20	62,5
Sin dato	1	3,1
N=32		100



\* Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 20: Sedentarismo Tíos**

Sedentarismo- Tíos	FA	FR%
Si	12	37,5
No	20	62,5
N=32		100

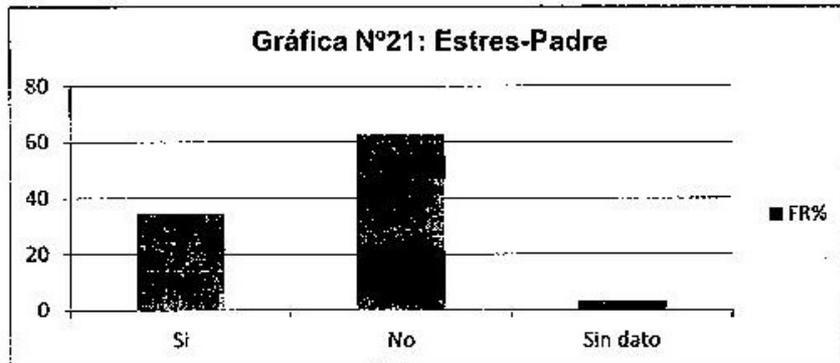


\* Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.



**Tabla N° 21: Estrés padre**

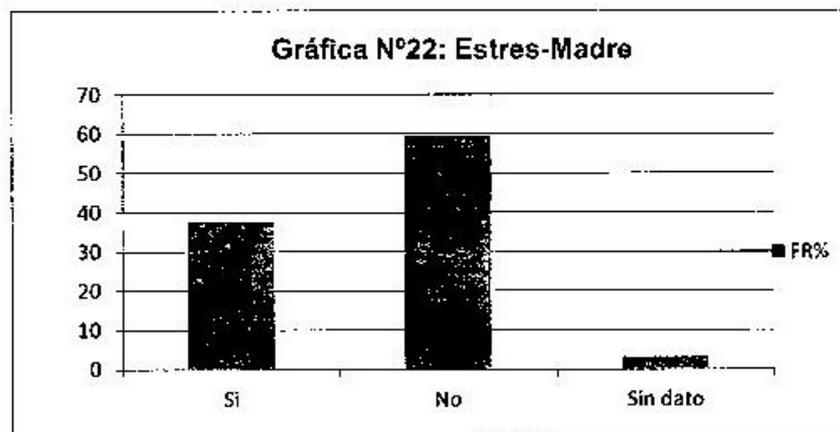
Estrés-Padre	FA	FR%
Si	11	34,4
No	20	62,5
Sin dato	1	3,1
N=32		100



\* Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 22: Estrés Madre**

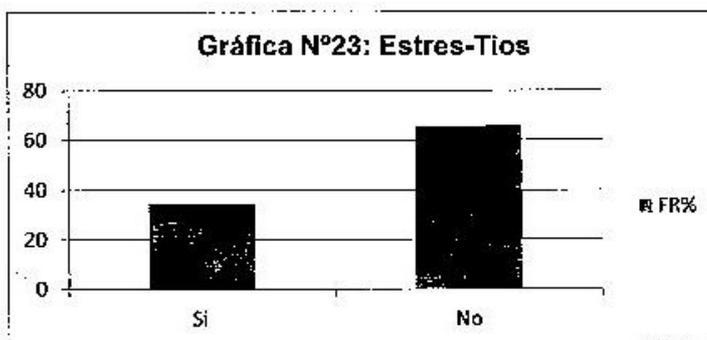
Estrés-Madre	FA	FR%
Si	12	37,5
No	19	59,4
Sin dato	1	3,1
N=32		100



\* Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 23: Estrés Tíos**

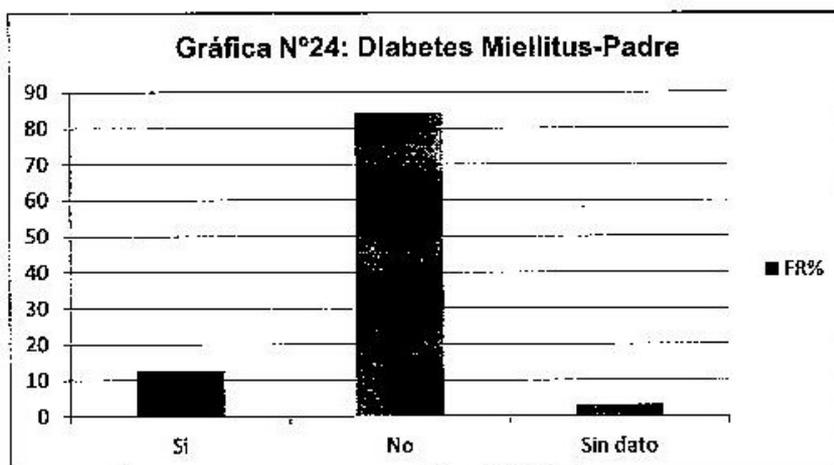
Estrés- Tíos	FA	FR%
Si	11	34,4
No	21	65,6
N=40		100



\* Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 24: Diabetes Miellitus Padre**

Diabetes Mlellitus-Padre	FA	FR%
Si	4	12,5
No	27	84,4
Sin dato	1	3,1
N=32		100

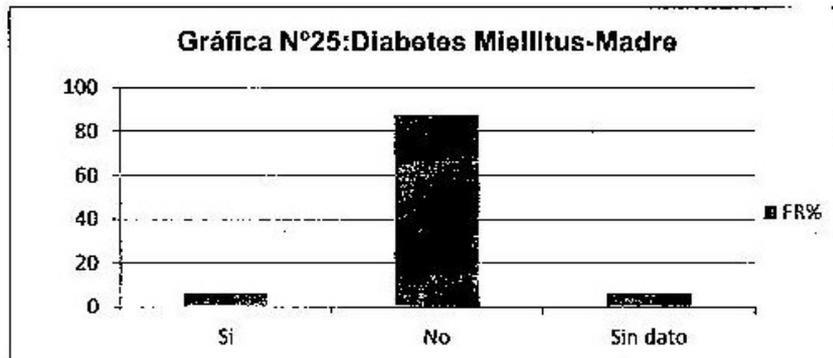


\* Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.



**Tabla N° 25: Diabetes Miellitus Madre**

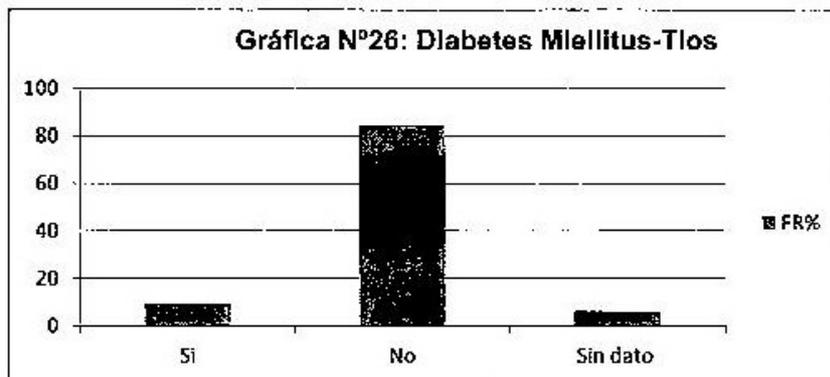
Diabetes Miellitus-Madre	FA	FR%
Si	2	6,2
No	28	87,6
Sin dato	2	6,2
N=32		100



\* Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 26: Diabetes Miellitus Tíos**

Diabetes Miellitus- Tíos	FA	FR%
Si	2	6,2
No	28	87,6
Sin dato	2	6,2
N=32		100

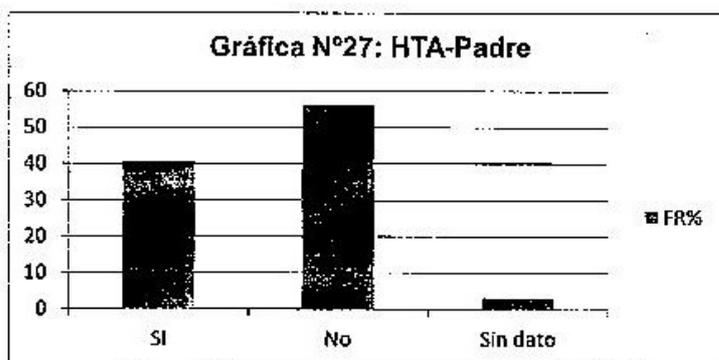


\* Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.



**Tabla N° 27: HTA Padre**

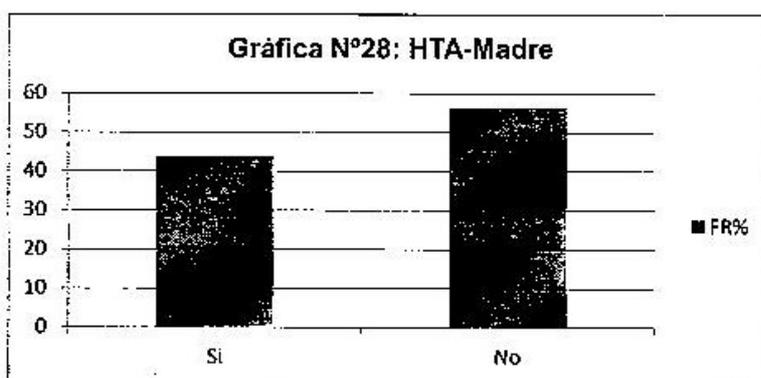
HTA- Padre	FA	FR%
Si	13	40,6
No	18	56,3
Sin dato	1	3,1
N=32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2012.

**Tabla N° 28: HTA Madre**

HTA- Madre	FA	FR%
Si	14	43,8
No	18	56,2
N= 32		100

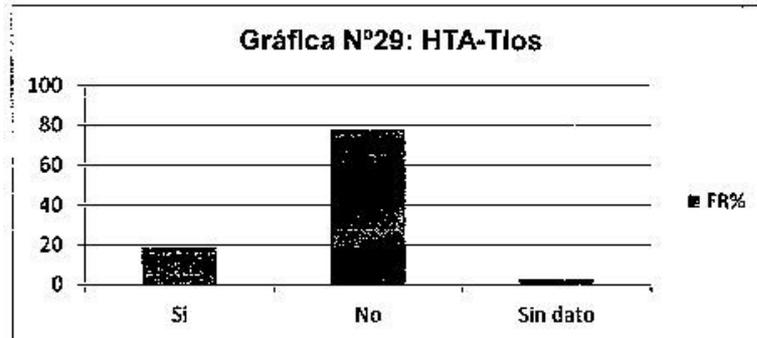


\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.



**Tabla N° 29: HTA Tíos**

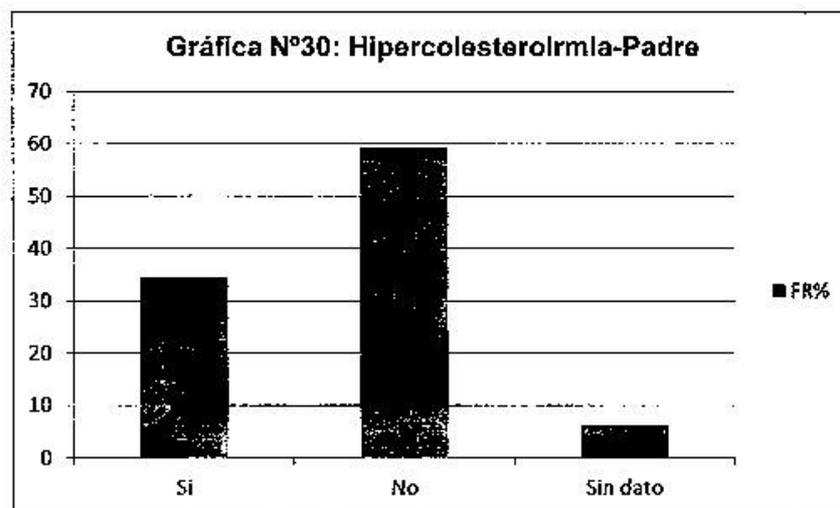
HTA- Tíos	FA	FR%
Si	6	18,8
No	25	78,1
Sin dato	1	3,1
N=32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 30: Hipercolesterolemia Padre**

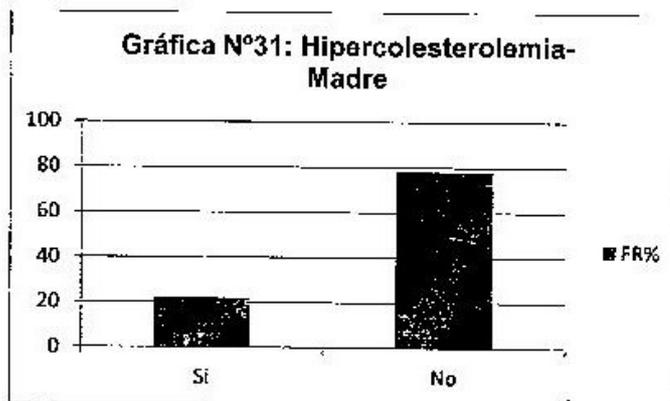
Hipercolesterolemia-Padre	FA	FR%
Si	11	34,4
No	19	59,4
Sin dato	2	6,2
N=32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 31: Hipercolesterolemia Madre**

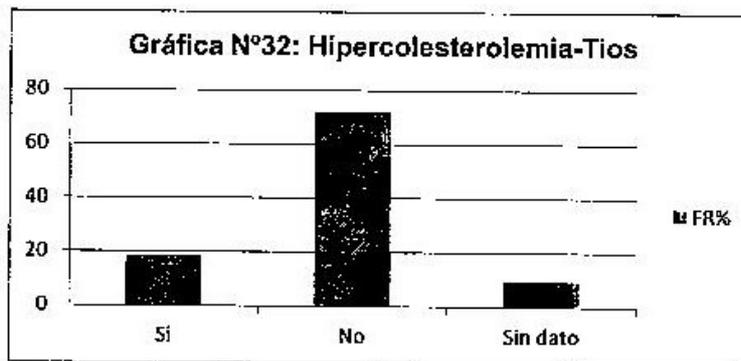
Hipercolesterolemia-Madre	FA	FR%
Si	7	21,9
No	25	78,1
N=32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 32: Hipercolesterolemia Tíos**

Hipercolesterolemia-Tíos	FA	FR%
Si	6	18,7
No	23	71,9
Sin dato	3	9,4
N=32		100

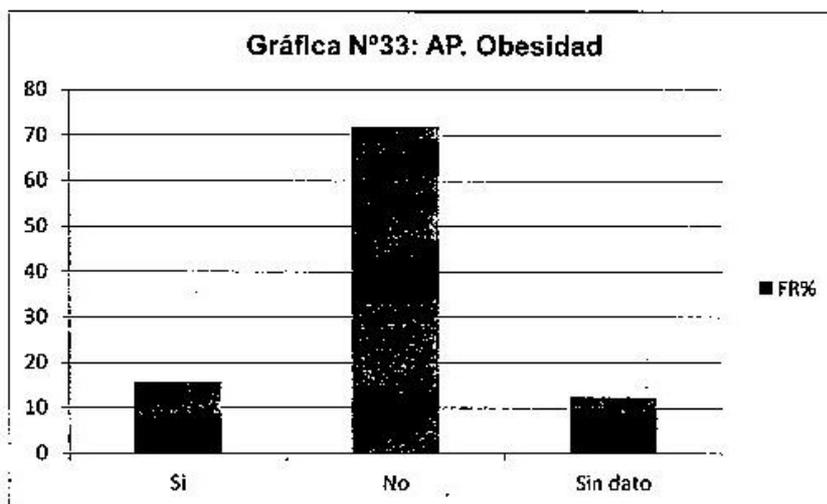


\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.



**Tabla N° 33: AP obesidad**

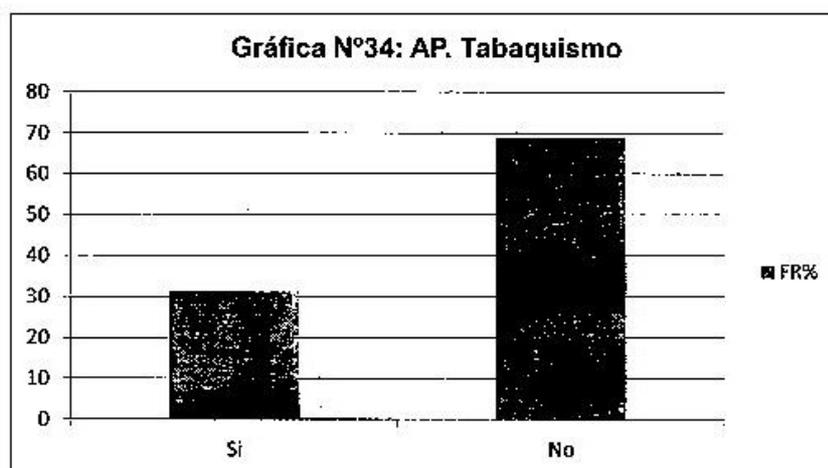
AP. Obesidad	FA	FR%
Si	5	15,6
No	23	71,9
Sin dato	4	12,5
N=32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del Instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 34: AP Tabaquismo**

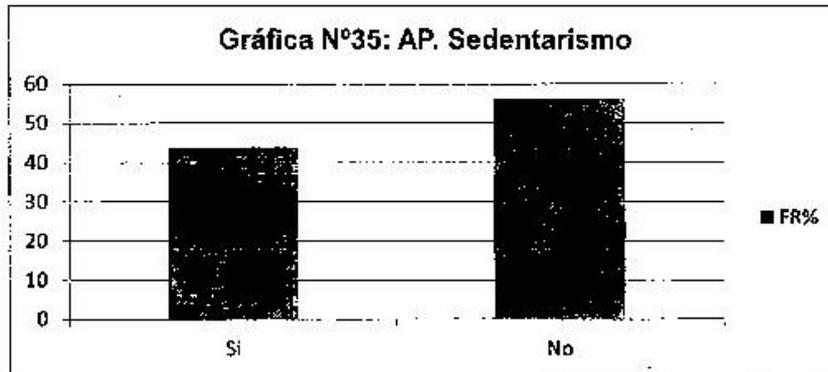
AP. Tabaquismo	FA	FR%
Si	10	31,2
No	22	68,8
N=32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 35: AP Sedentarismo**

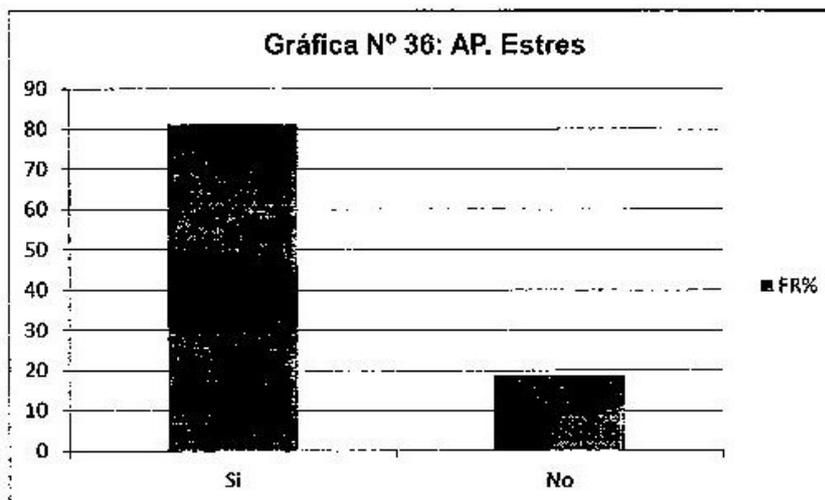
AP. Sedentarismo	FA	FR%
Si	14	43,7
No	18	56,3
N=32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 36: AP estrés**

AP. Estrés	FA	FR%
Si	26	81,2
No	6	18,8
N=32		100

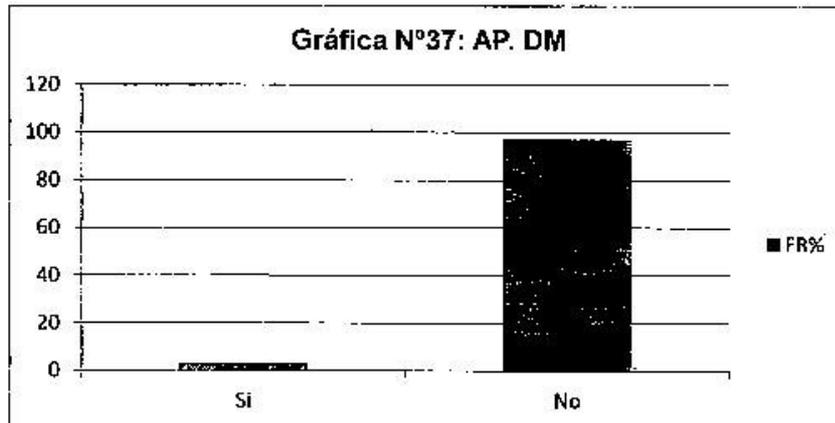


\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.



**Tabla N° 37: A.P. Diabetes Mellitus**

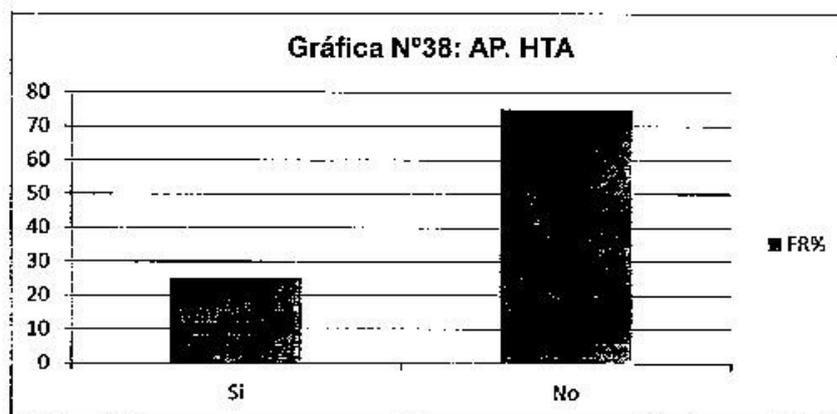
AP. Diabetes Mellitus	FA	FR%
Si	1	3
No	31	97
N=32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 38:A.P. HTA**

AP. Hipertensión Arterial	FA	FR%
Si	8	25
No	24	75
N=32		100

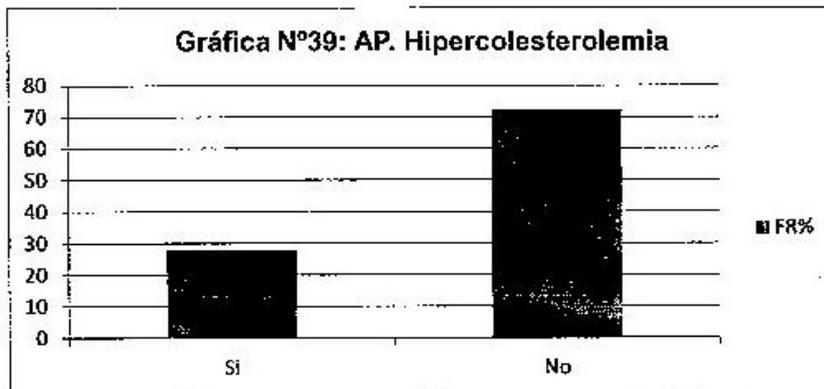


\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.



**Tabla N° 39: A.P. Hipercolesterolemia**

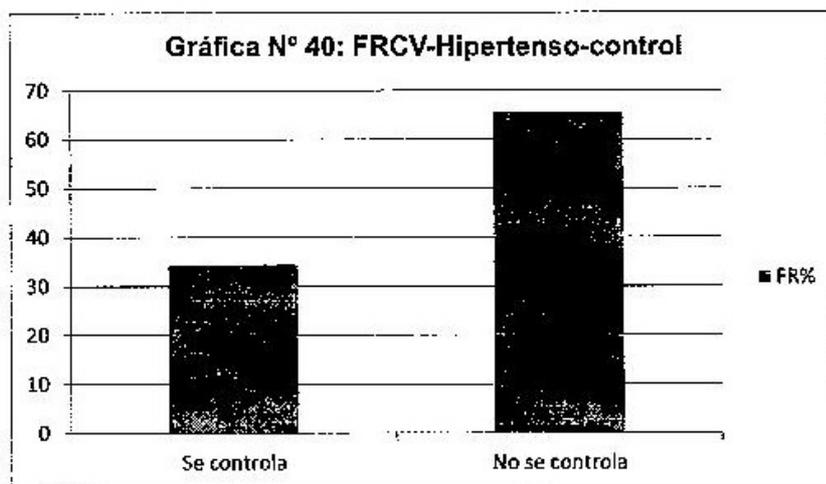
AP. Hipercolesterolemia	FA	FR%
Si	9	28
No	23	72
N=32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 40: FRCV- Hipertenso-control**

FRCV- Hipertenso	FA	FR%
Se controla	11	34,4
No se controla	21	65,6
N=32		100

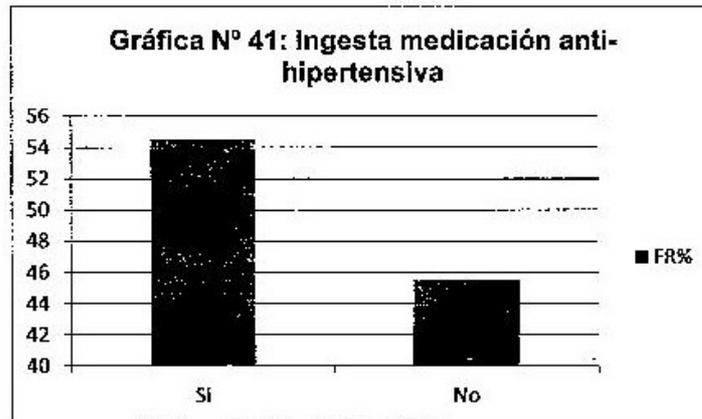


\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.



**Tabla N° 41: Ingesta de medicación antihipertensiva**

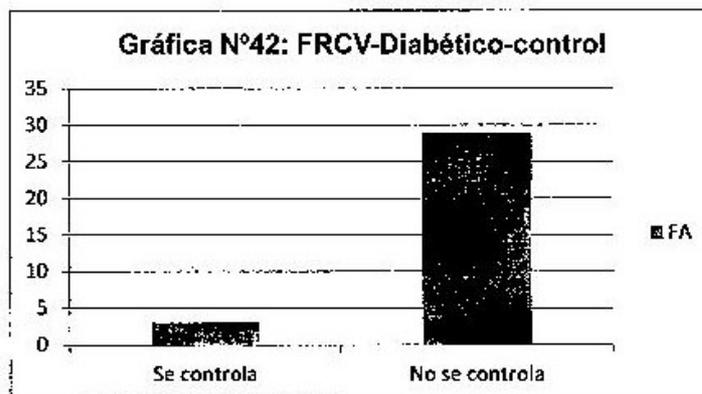
Ingesta de medicación antihipertensiva	FA	FR%
si	8	25
No	24	75
N=32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 42: FRCV- Diabético-control**

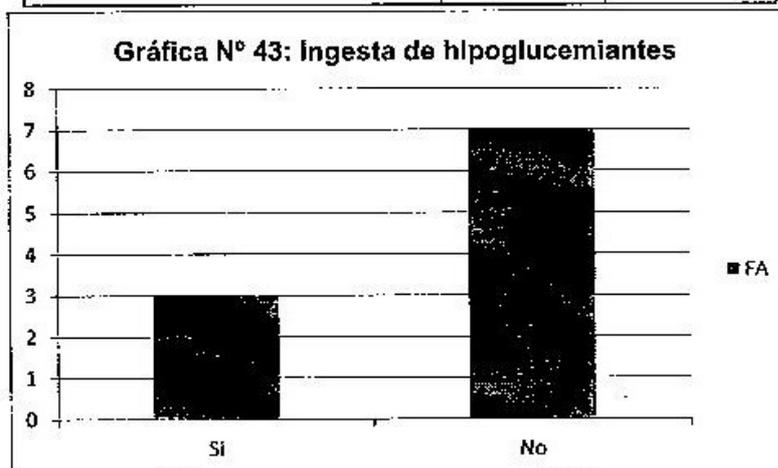
FRCV. Diabético	FA	FR%
Se controla	3	9,4
No se controla	29	90,6
N=32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 43: Ingesta de hipoglucemiantes**

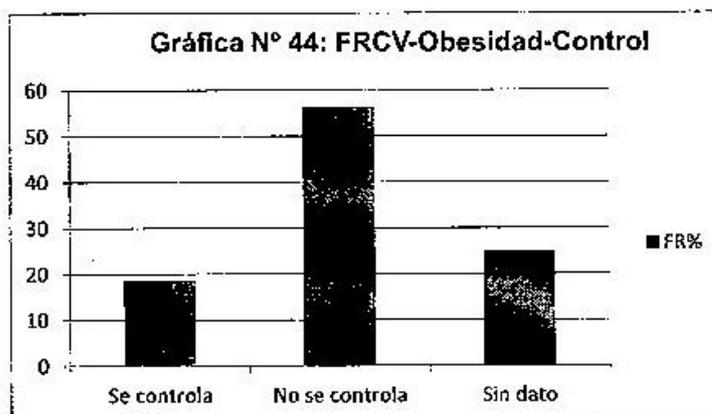
Ingesta de hipoglucemiantes	FA	FR%
Si	1	3,1
No	31	96,9
N= 32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 44: FRCV-Obesidad-Control**

FRCV. Obesidad-Control	FA	FR%
Se controla	6	18,7
No se controla	18	56,2
Sin dato	8	25
N=32		100

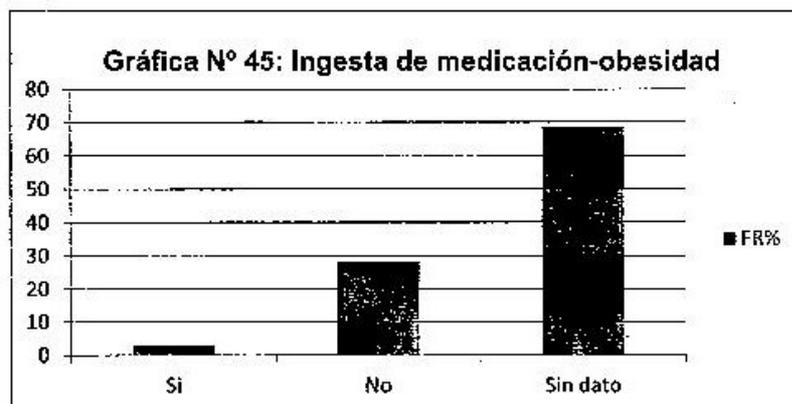


\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.



**Tabla N° 45: Ingesta medicación-Obesidad**

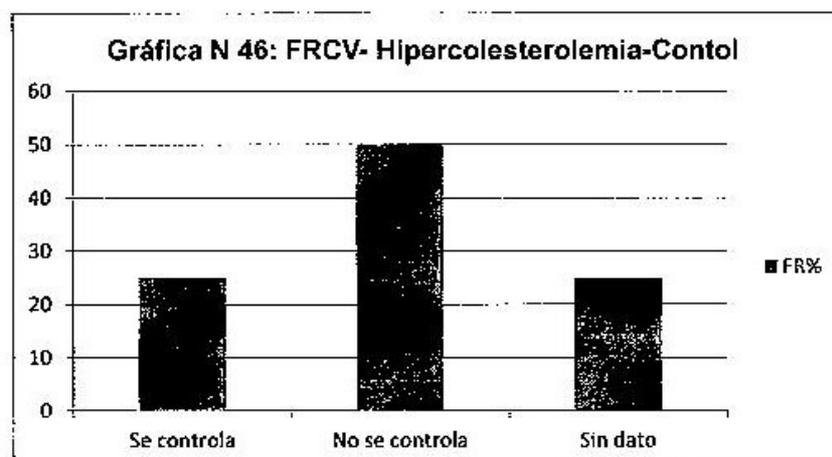
Ingesta de medicación-Obesidad	FA	FR%
Si	1	3,1
No	9	28,1
Sin dato	22	68,8
N=32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 46: FRCV- Hipercolesterolemia- Control**

FRCV. Hipercolesterolemia	FA	FR%
Se controla	8	25
No se controla	16	50
Sin dato	8	25
N=32		100

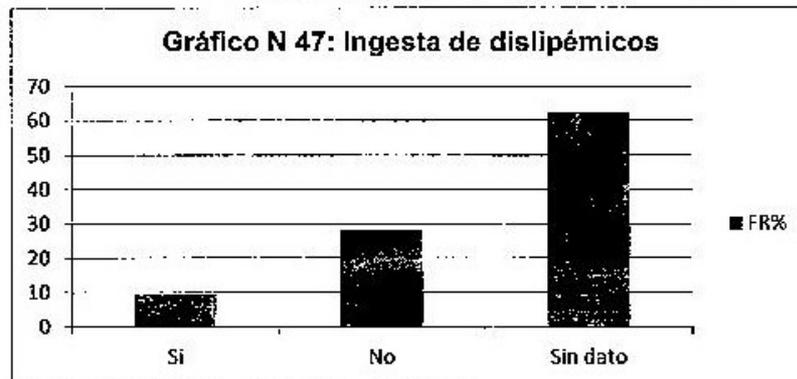


\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.



**Tabla N° 47: Ingesta de dislipémicos**

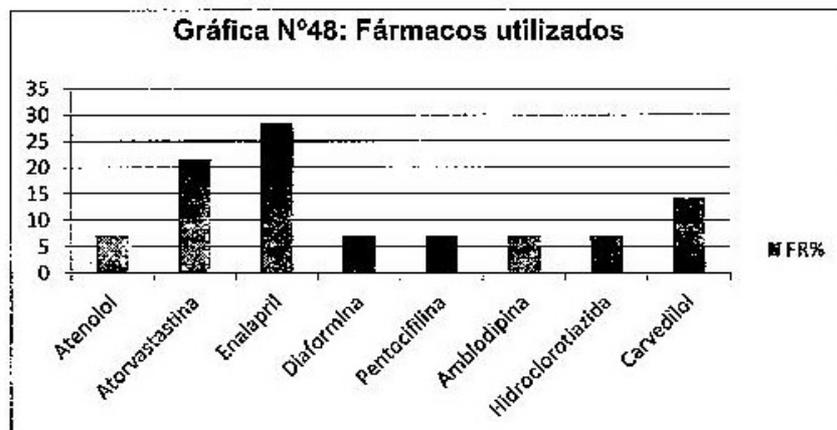
Ingesta de dislipémicos	FA	FR%
Si	3	9,4
No	9	28,1
Sin dato	20	62,5
N= 32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del Instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 48: Fármacos utilizados**

Fármacos utilizados	FA	FR%
Atenoloí	1	7,1
Atorvastastina	3	21,4
Enalapril	4	28,6
Díaformina	1	7,1
Pentocifilina	1	7,1
Amblodipina	1	7,1
Hidroclorotiazida	1	7,1
Carvedilol	2	14,3

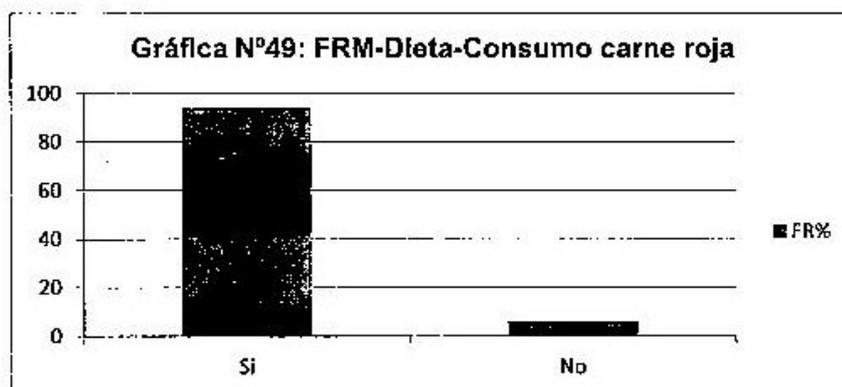


\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.



**Tabla N° 49: FRM-Dieta: Consumo de carne roja**

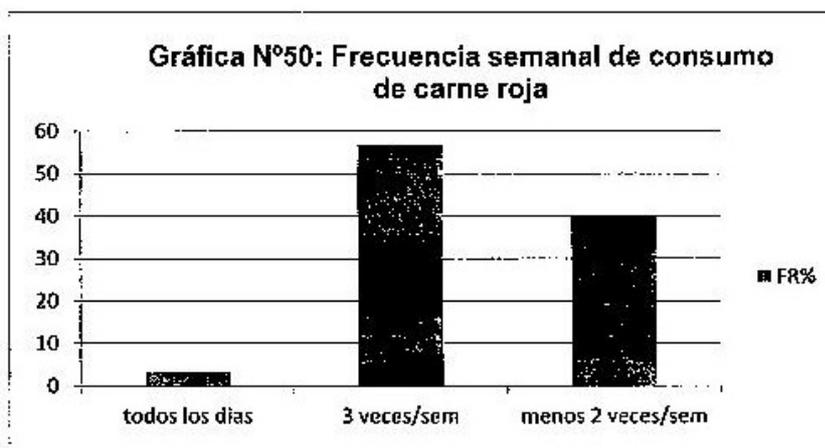
FRM-Dieta: Consumo de carne roja	FA	FR%
Si	30	93,8
No	2	6,2
N=32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 50: Frecuencia semanal de consumo de carne roja**

Frecuencia Semanal: C. Roja	FA	FR%
todos los días	1	3,3
3 veces/sem	17	56,7
menos 2 veces/sem.	12	40
N=30		100



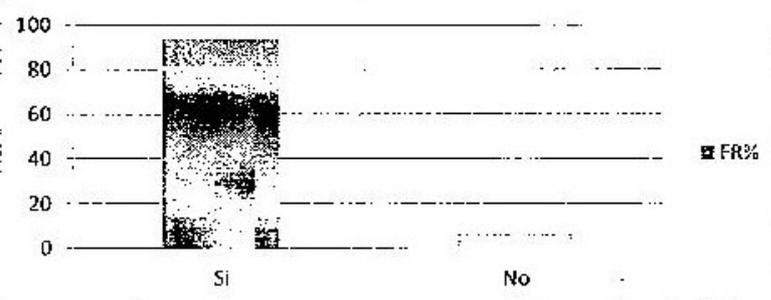
\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.



**Tabla N° 51: FRM-Dieta: Consumo de carne de pollo**

Frecuencia Semanal: C. pollo	FA	FR%
todos los días	3	10
3 veces/sem	11	36,7
menos 2 veces/sem	15	50
Sin dato	1	3,3
N=30		100

**Gráfica N°51: FRM-Dieta-consumo carne pollo**

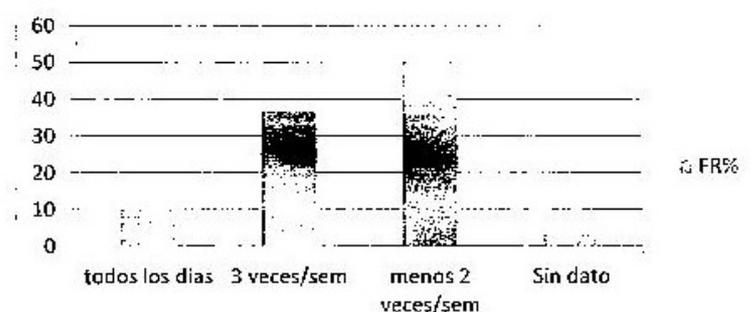


\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 52: Frecuencia semanal de consumo de carne de pollo**

FRM-Dieta: Consumo de carne pollo	FA	FR%
Si	30	93,7
No	2	6,3
N=32		100

**Gráfica N°52: Frecuencia semanal de consumo de carne de pollo**

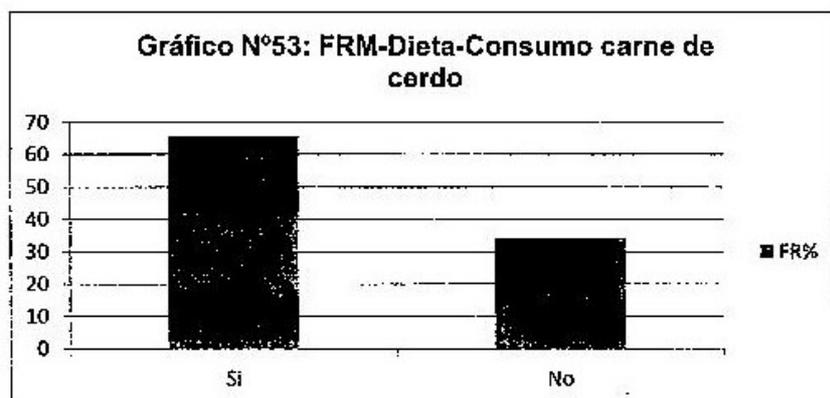


\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.



**Tabla N° 53: FRM-Dieta: Consumo de carne de cerdo**

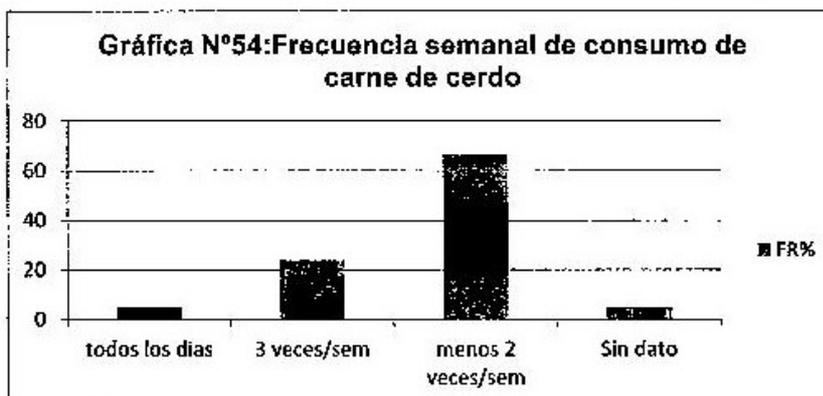
FRM-Dieta: Consumo de carne cerdo	FA	FR%
Si	21	65,6
No	11	34,4
N=32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 54: Frecuencia semanal de consumo de carne de cerdo**

Frecuencia Semanal: C. cerdo	FA	FR%
todos los días	1	4,8
3 veces/sem	5	23,8
menos 2 veces/sem	14	66,7
Sin dato	1	4,8
N=21		100

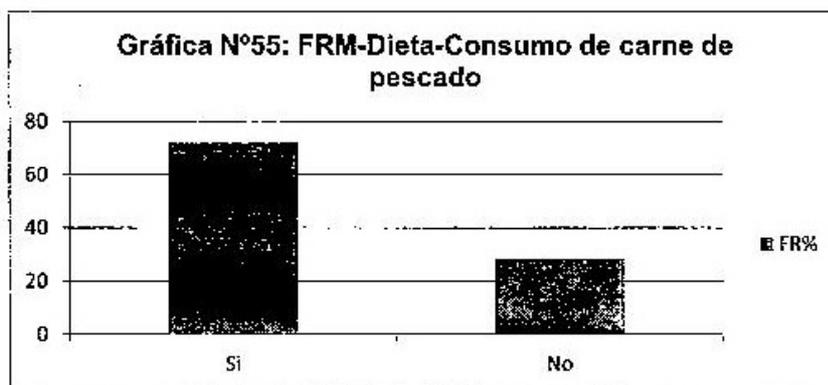


\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.



**Tabla N° 55: FRM-Dieta: Consumo de carne de pescado**

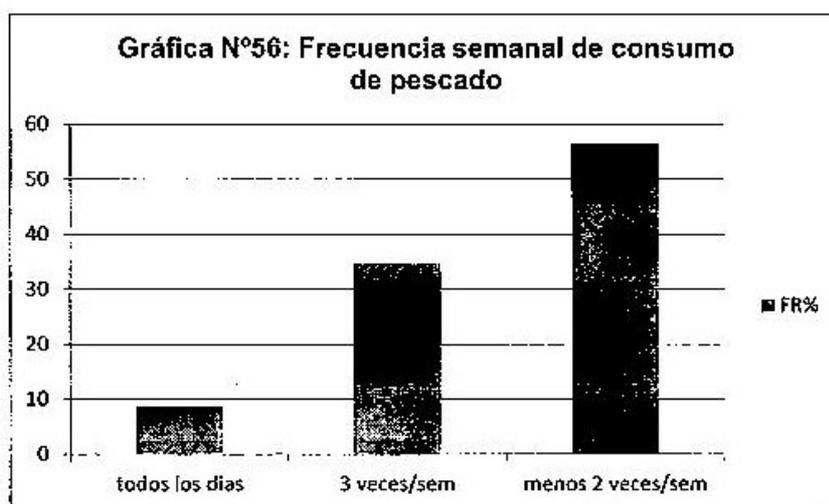
FRM-Dieta: Consumo de carne pescado	FA	FR%
Si	23	71,9
No	9	28,1
N=32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 56: Frecuencia semanal de consumo de carne de pescado**

Frecuencia Semanal: C. pescado	FA	FR%
todos los días	2	8,7
3 veces/sem	8	34,8
menos 2 veces/sem	13	56,5
N=23		100

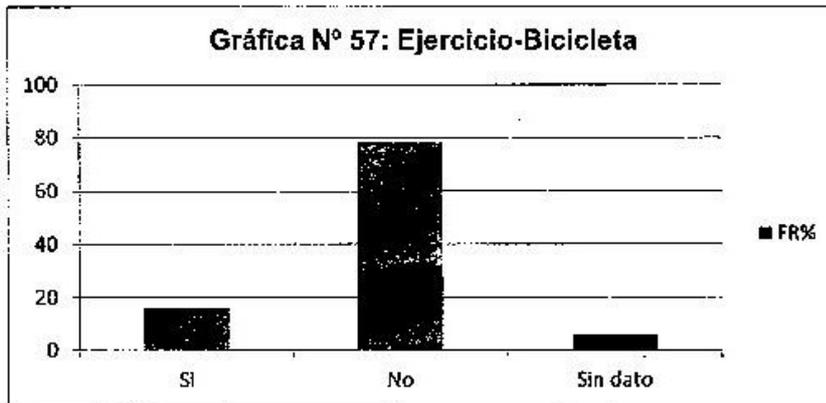


\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.



**Tabla N° 57: Ejercicio-Bicicleta**

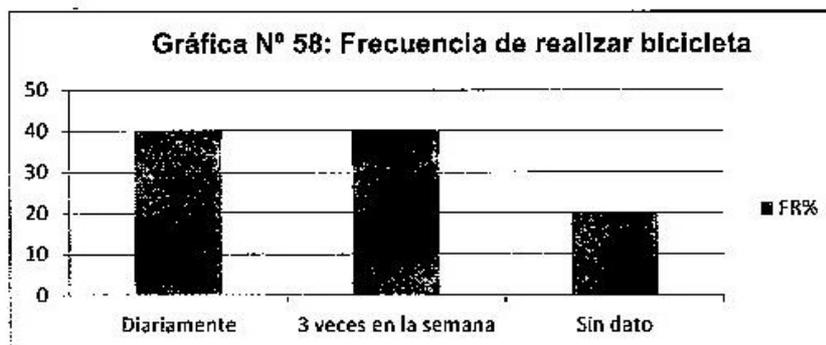
Ejercicio-Bicicleta	FA	FR%
Si	5	16
No	25	78
Sin dato	2	6
N=32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 58: Frecuencia de realizar bicicleta**

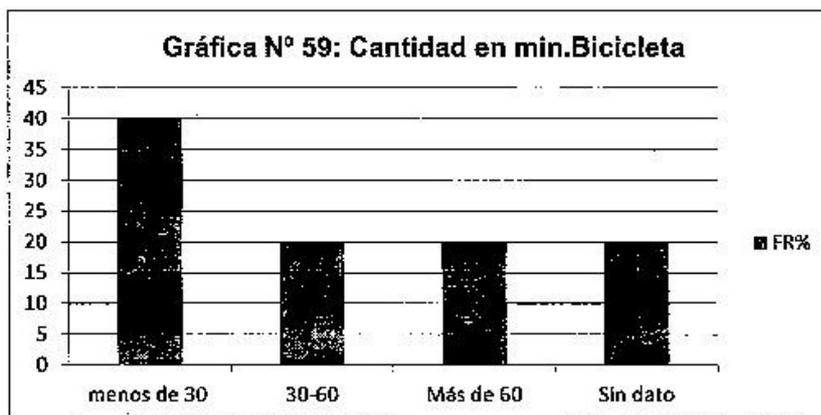
Frecuencia de realizar bicicleta	FA	FR%
Diariamente	2	40
3 veces en la semana	2	40
Sin dato	1	20
N=5		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 59: Cantidad en min. bicicleta**

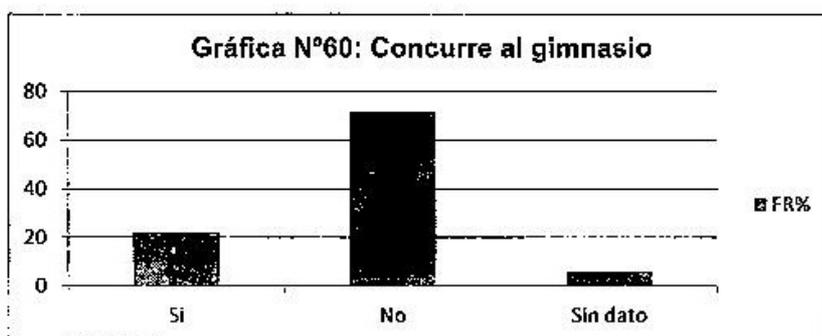
Cantidad en min. Bicicleta	FA	FR%
menos de 30	2	40
30-60	1	20
Más de 60	1	20
Sin dato	1	20
N= 5		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 60: Concorre al gimnasio**

Concorre al gimnasio	FA	FR%
Si	7	22
No	23	72
Sin dato	2	6
N=32		100

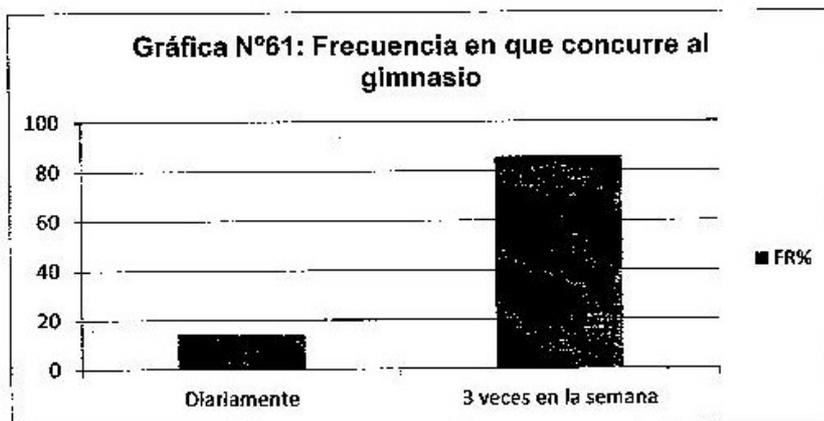


\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.



**Tabla N° 61: Frecuencia en que concurre al gimnasio**

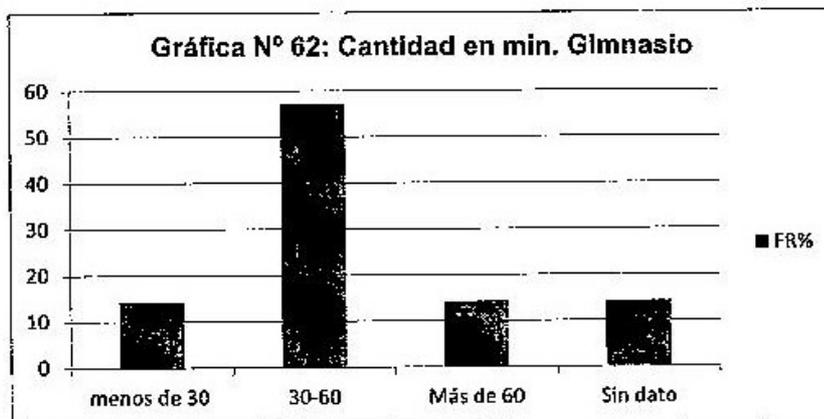
Frecuencia en que concurre al gimnasio	FA	FR%
Diariamente	1	14,3
3 veces en la semana	6	85,7
N=7		



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 62: Cantidad en min gimnasio**

Cantidad en min. Gimnasio	FA	FR%
menos de 30	1	14,3
30-60	4	57,1
Más de 60	1	14,3
Sin dato	1	14,3
N= 7		100

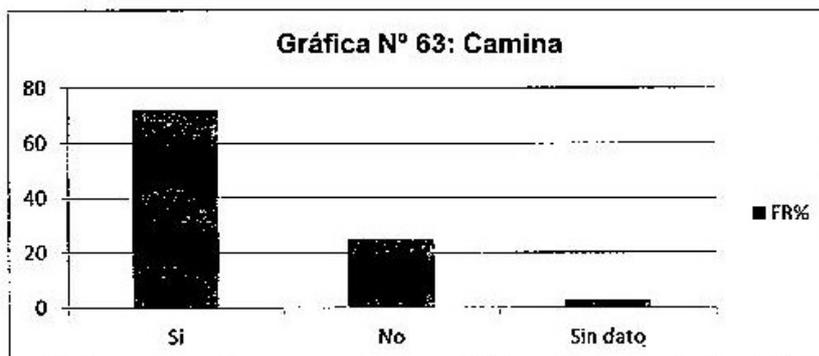


\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.



**Tabla N° 63: Camina**

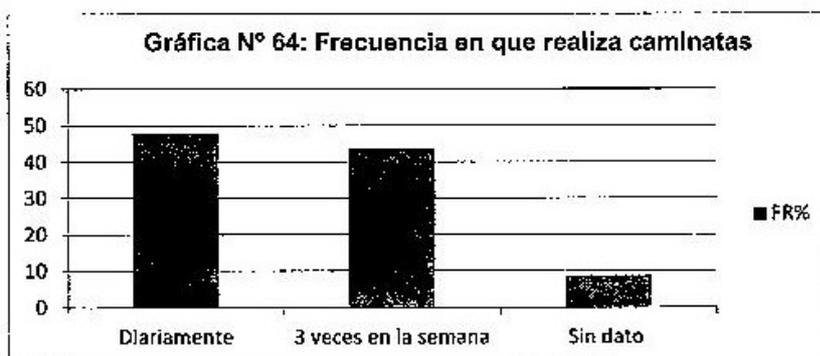
Camina	FA	FR%
Si	23	72
No	8	25
Sin dato	1	3
N=32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 64: Frecuencia en que realiza caminatas**

Frecuencia en que realiza caminatas	FA	FR%
Diariamente	11	47,8
3 veces en la semana	10	43,5
Sin dato	2	8,7
N= 23		100

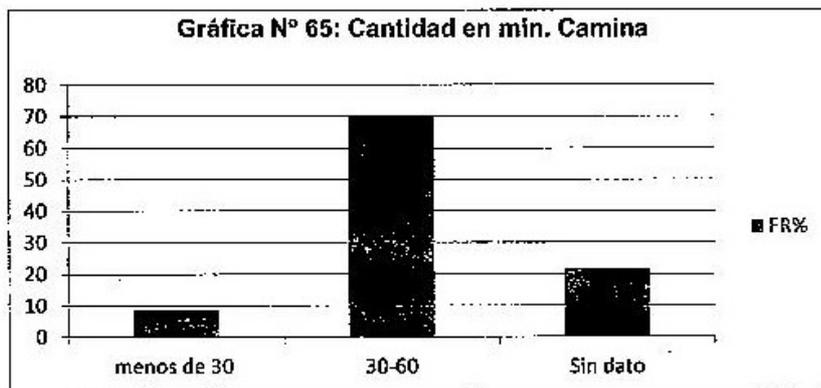


\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.



**Tabla N° 65: Cantidad en min. Camina**

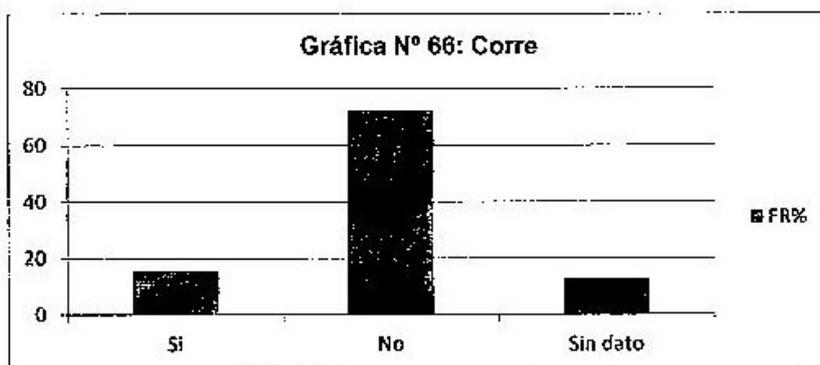
Cantidad en min. Camina	FA	FR%
menos de 30	2	8,7
30-60	16	69,6
Sin dato	5	21,7
N=23		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 66: Corre**

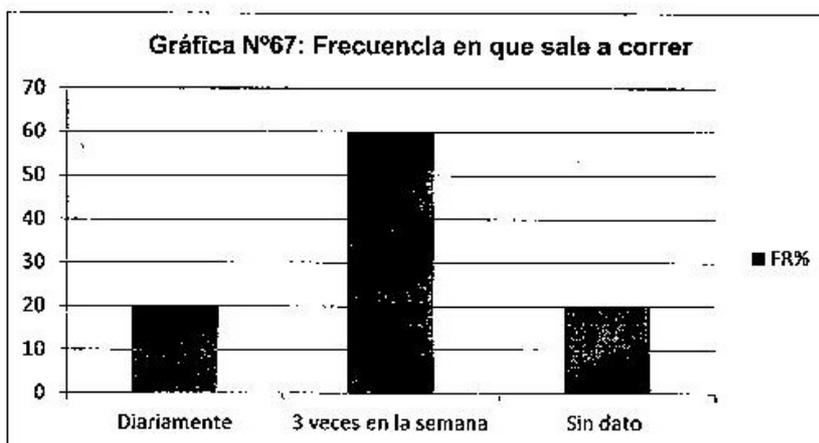
Corre	FA	FR%
Si	5	15,5
No	23	72
Sin dato	4	12,5
N=32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N°67: Frecuencia en que sale a correr**

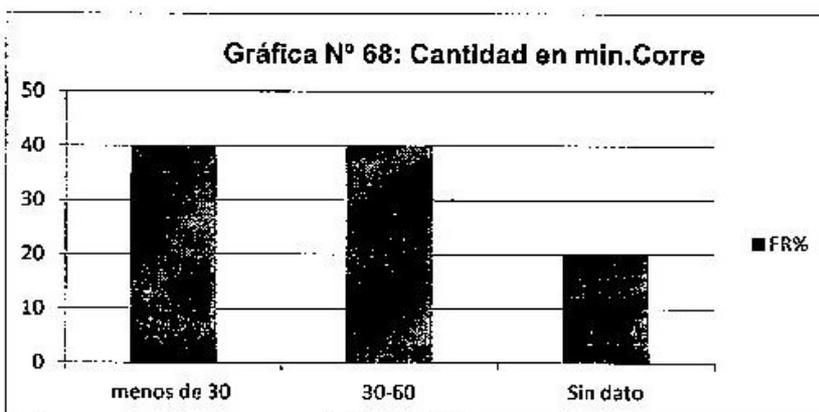
Frecuencia en que sale a correr	FA	FR%
Diariamente	1	20
3 veces en la semana	3	60
Sin dato	1	20
N= 5		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 68: Cantidad en min. Corre**

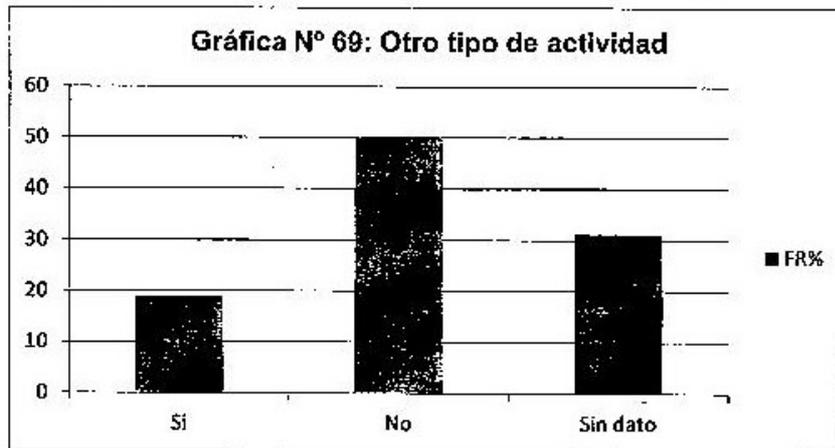
Cantidad en min. Corre	FA	FR%
menos de 30	2	40
30-60	2	40
Sin dato	1	20
N= 5		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 69: Otro tipo de actividad**

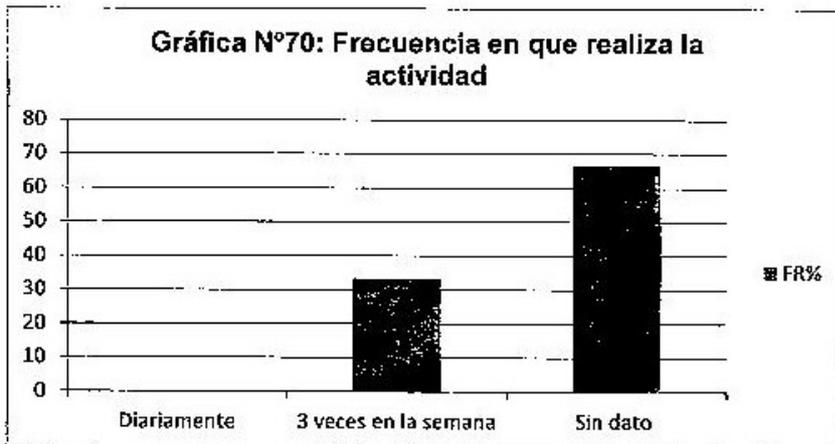
Otro tipo de actividad	FA	FR%
Si	6	18,8
No	16	50
Sin dato	10	31,2
N=32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N°70: Frecuencia en que realiza la actividad**

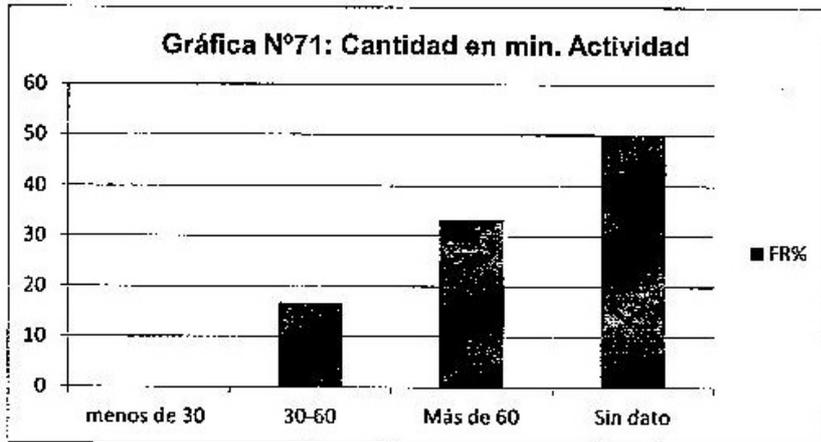
Frecuencia en que realiza la actividad	FA	FR%
Diariamente	0	0
3 veces en la semana	2	33,3
Sin dato	4	66,7
N=6		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N°71: Cantidad en min. Actividad**

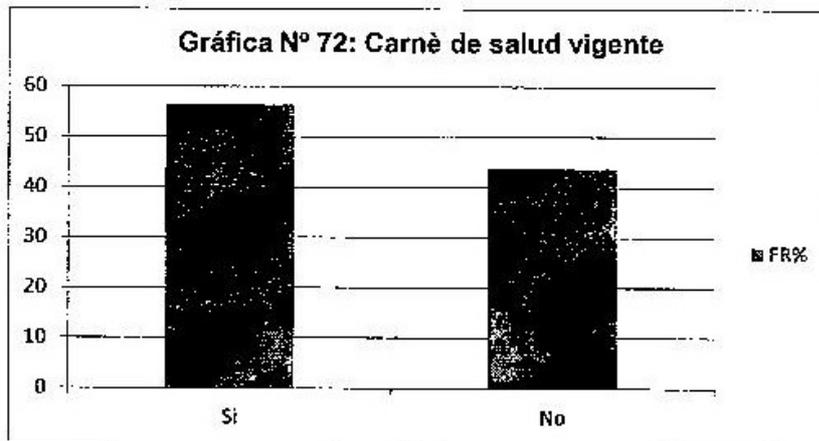
Cantidad en min. Actividad	FA	FR%
menos de 30	0	0
30-60	1	16,7
Más de 60	2	33,3
Sin dato	3	50
N= 6		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 72: Carné de salud vigente**

Carne de salud vigente	FA	FR%
Si	18	56,3
No	14	43,7
N=32		100

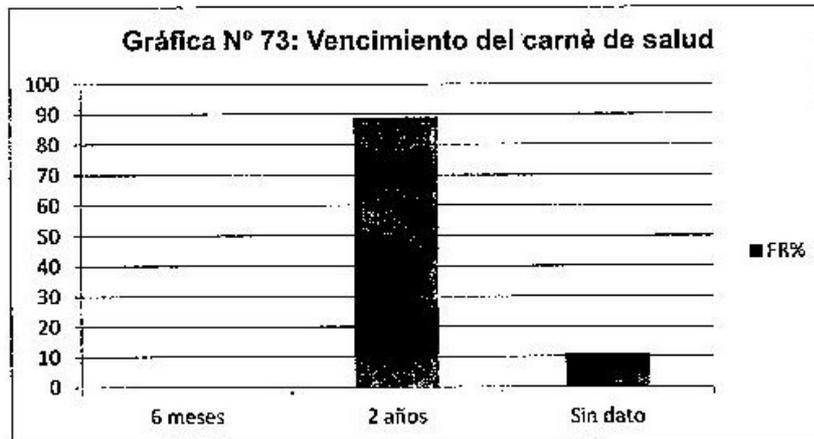


\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.



**Tabla N° 73: Vencimiento del carné de salud**

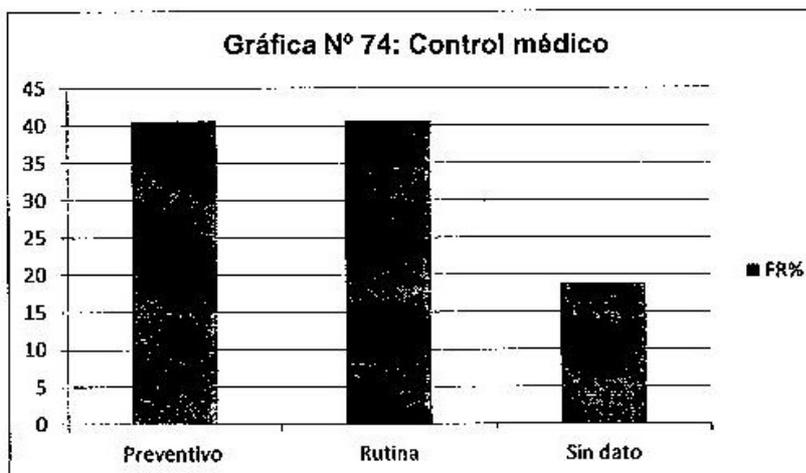
Vencimiento del carné de salud	FA	FR%
6 meses	0	0
2 años	16	89
Sin dato	2	11
N=18		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 74: Control médico**

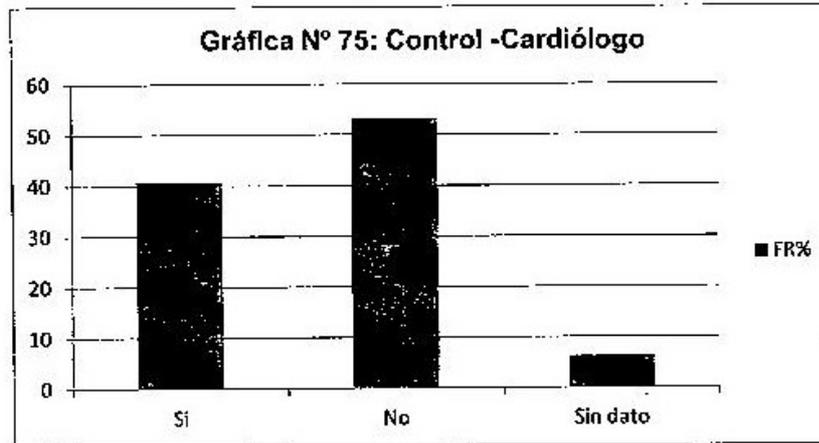
Control médico	FA	FR%
Preventivo	13	40,6
Rutina	13	40,6
Sin dato	6	18,8
N=32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 75: Control -Cardiólogo**

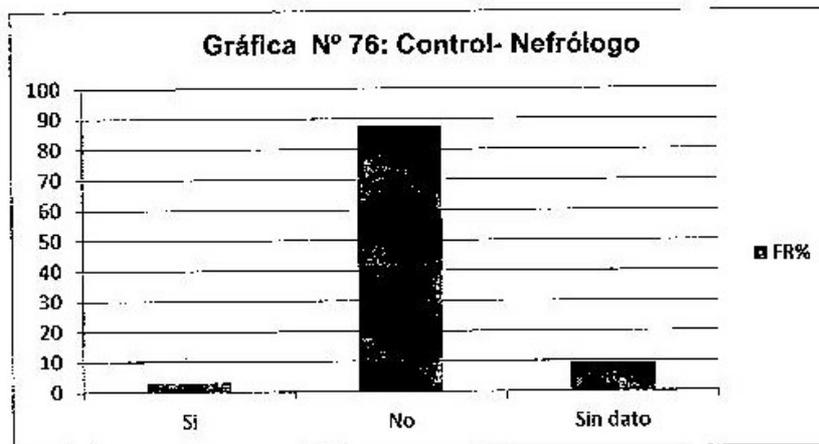
Control con Cardiólogo	FA	FR%
Si	13	40,6
No	17	53,1
Sin dato	2	6,3
N=32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 76: Control- Nefrólogo**

Control con Nefrólogo	FA	FR%
Si	1	3,1
No	28	87,5
Sin dato	3	9,4
N=32		100

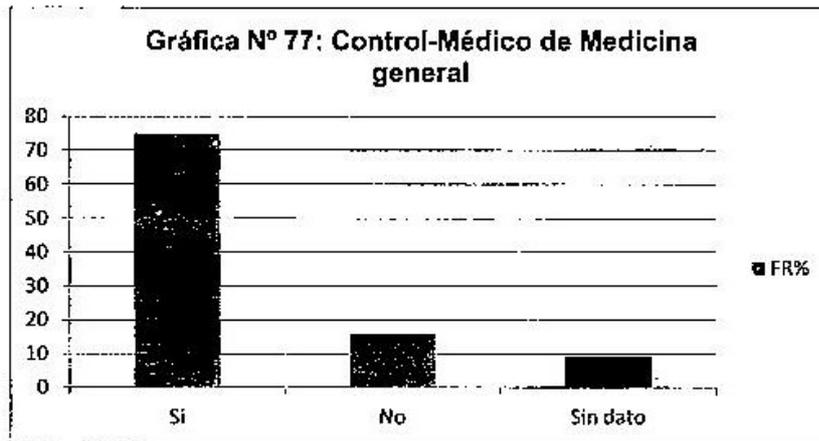


\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.



**Tabla N° 77: Control-Médico de Medicina general**

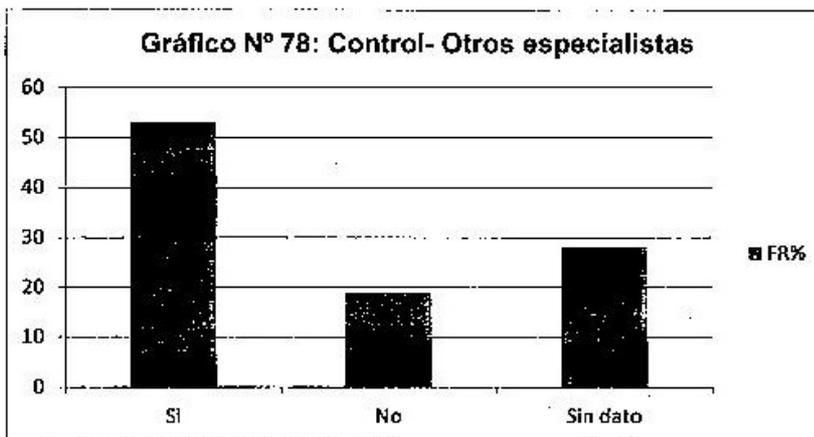
Control con Médico de Medicina General	FA	FR%
Si	24	75
No	5	15,6
Sin dato	3	9,4
N=32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 78: Control- Otros especialistas**

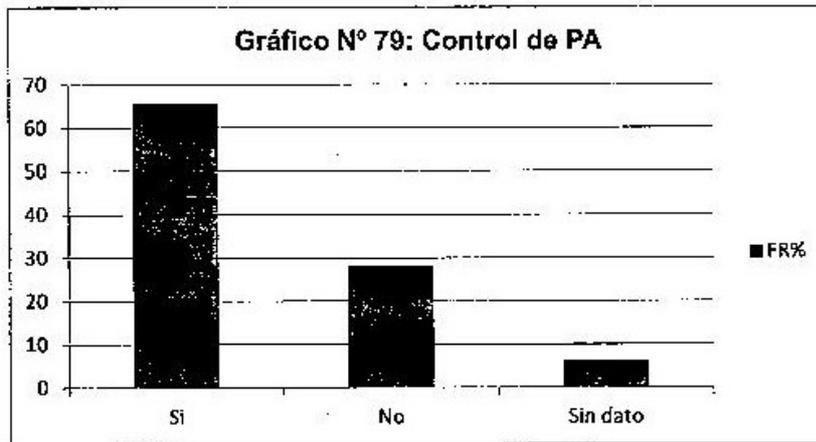
Control con otros especialistas	FA	FR%
Si	17	53
No	6	19
Sin dato	9	28
N=32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 79: Control de PA**

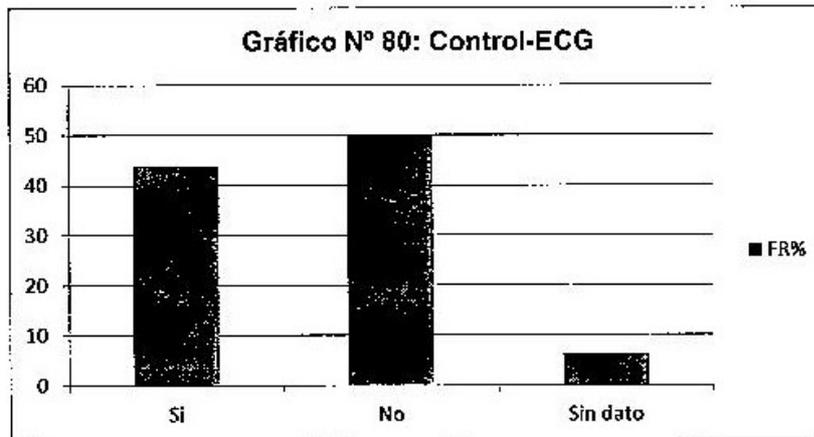
Control de PA	FA	FR%
Si	21	65,6
No	9	28,1
Sin dato	2	6,3
N=32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 80: Control-ECG**

Control-ECG	FA	FR%
Si	14	43,8
No	16	50
Sin dato	2	6,2
N=32		100

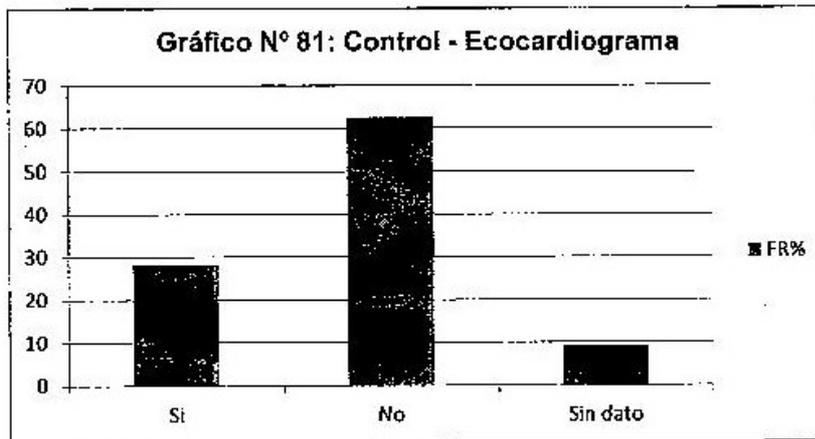


\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.



**Tabla N° 81: Control - Ecocardiograma**

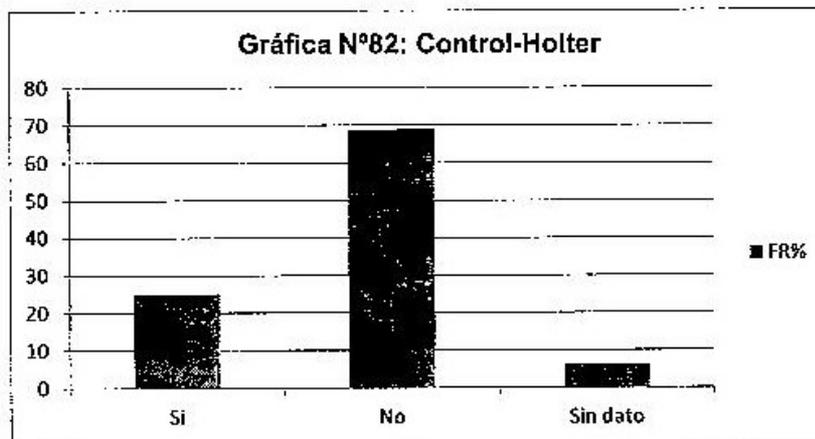
Control-Ecocardiograma	FA	FR%
Si	9	28,1
No	20	62,5
Sin dato	3	9,4
N=32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N°82: Control- Holter**

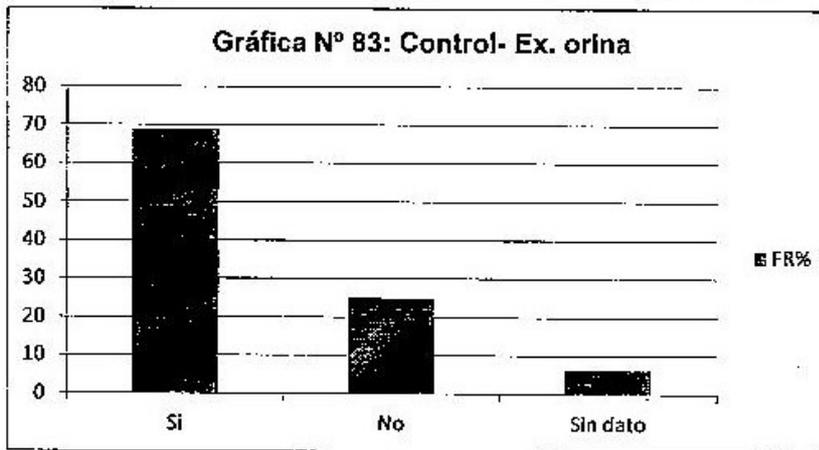
Control-Holter	FA	FR%
Si	8	25
No	22	68,8
Sin dato	2	6,2
N=32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 83: Control- Ex. Orina**

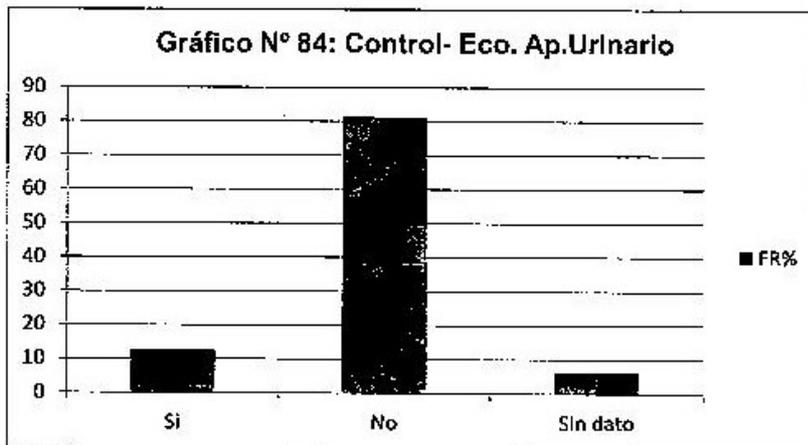
Control-ex. Orina	FA	FR%
Si	22	68,8
No	8	25
Sin dato	2	6,2
N=32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 84: Control- Eco. Ap. Urinario**

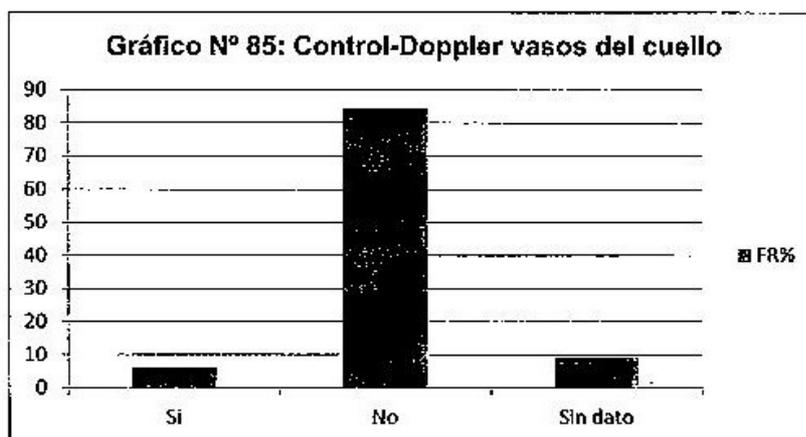
Control-ecografía del aparato urinario	FA	FR%
Si	4	12,5
No	26	81,3
Sin dato	2	6,2
N=32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 85: Control- Doppler vasos del cuello**

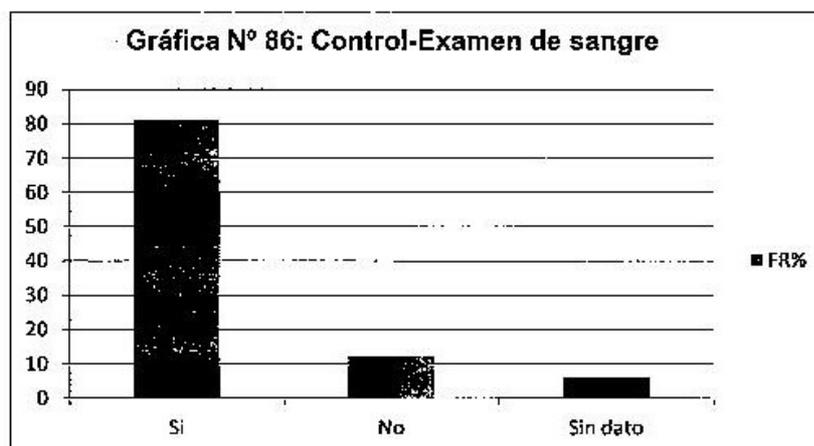
Control-doppler vaso del cuello	FA	FR%
Si	2	6,2
No	27	84,4
Sin dato	3	9,4
N=32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 86: Control- Examen de sangre**

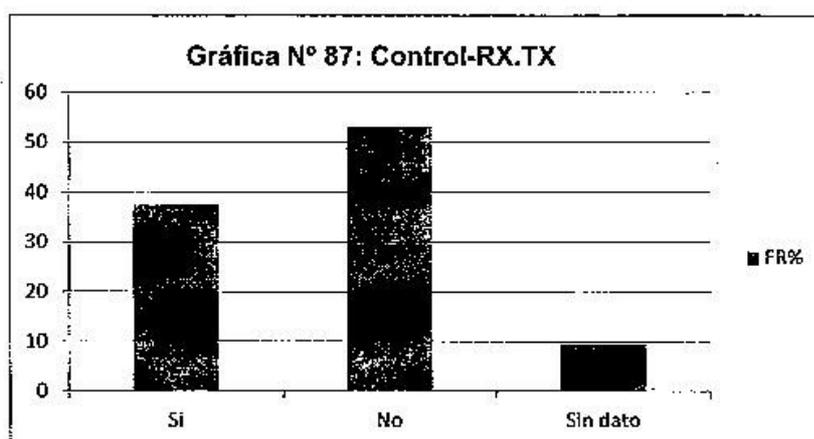
Control-examen de sangre	FA	FR%
Si	26	81,3
No	4	12,5
Sin dato	2	6,2
N=32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 87: Control-RX.TX**

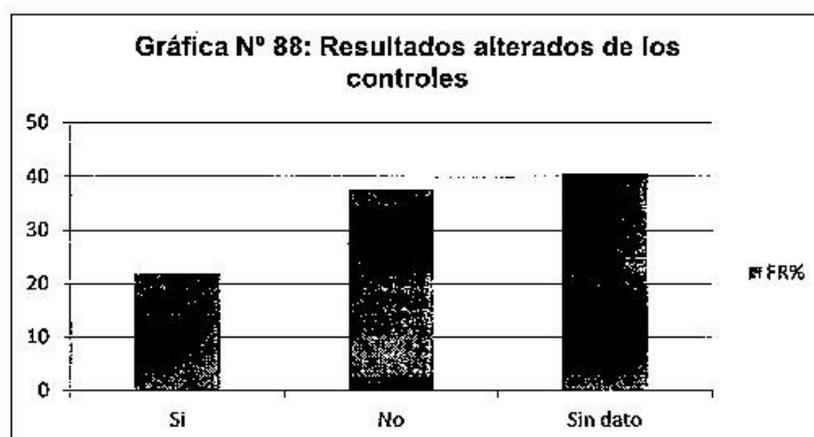
Control-RX.TX	FA	FR%
Si	12	37,5
No	17	53,1
Sin dato	3	9,4
N=32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 88: Resultados alterados de los controles**

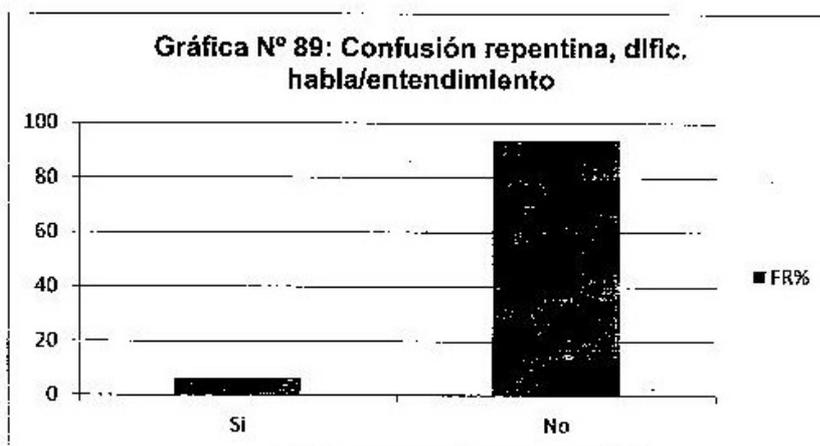
Resultado alterado de controles	FA	FR%
Si	7	22
No	12	37,5
Sin dato	13	40,5
N=32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 89: Confusión repentina, dificultad habla/entendimiento**

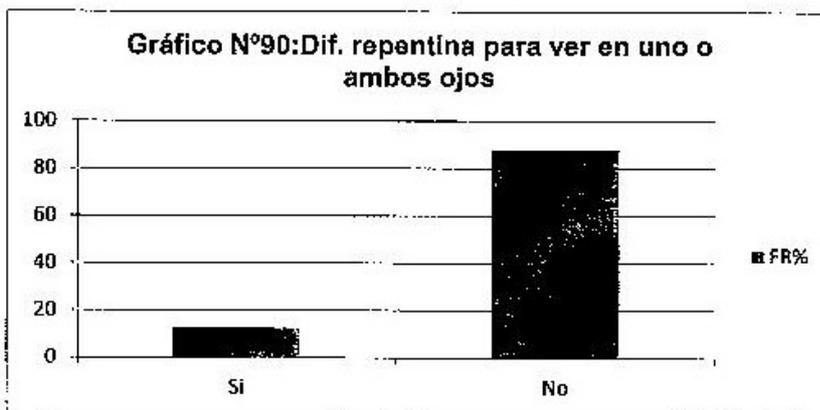
Confusión repentina, dificultad habla/entendimiento	FA	FR%
Si	2	6,2
No	30	93,8
N=32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N°90: Dificultad repentina para ver en uno o ambos ojos**

Dificultad repentina para ver en uno o ambos ojos	FA	FR%
Si	4	12,5
No	28	87,5
N=32		100

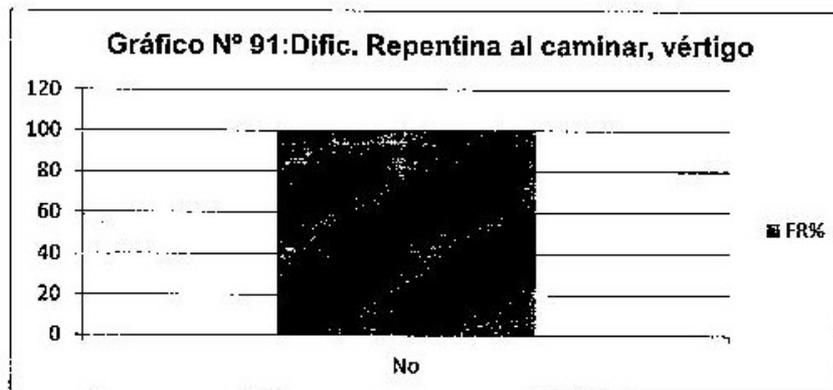


\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.



**Tabla N° 91: Dificultad repentina al caminar, vértigo**

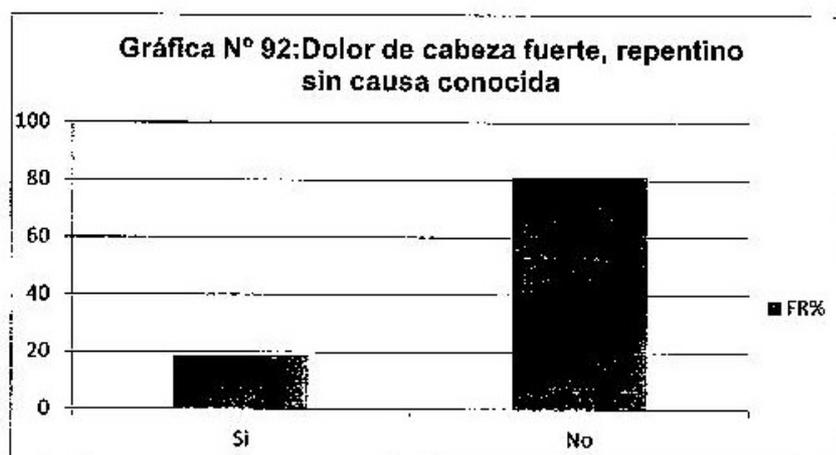
Dificultad repentina al caminar, vértigo	FA	FR%
No	32	100
N=32		



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 92: Dolor de cabeza fuerte, repentino sin causa conocida**

Dolor de cabeza fuerte, repentino sin causa conocida	FA	FR%
Si	6	18,8
No	26	81,2
N=32		100

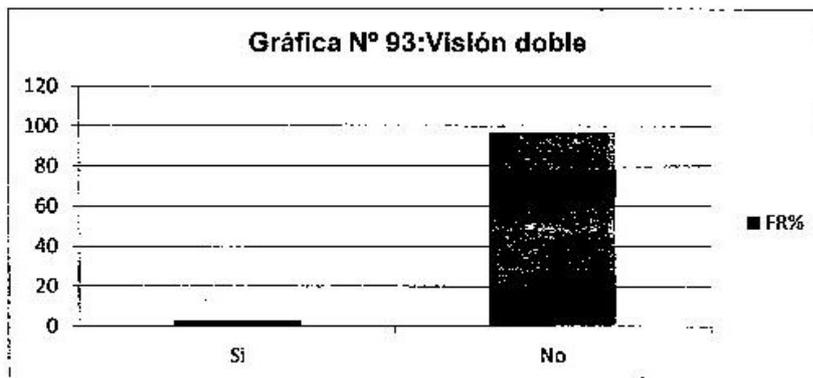


\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.



**Tabla N° 93: Visión doble**

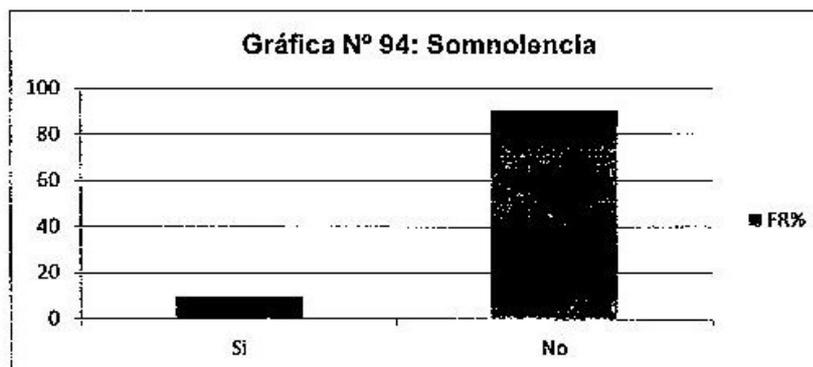
Visión doble	FA	FR%
Si	1	3
No	31	97
N=32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 94: Somnolencia**

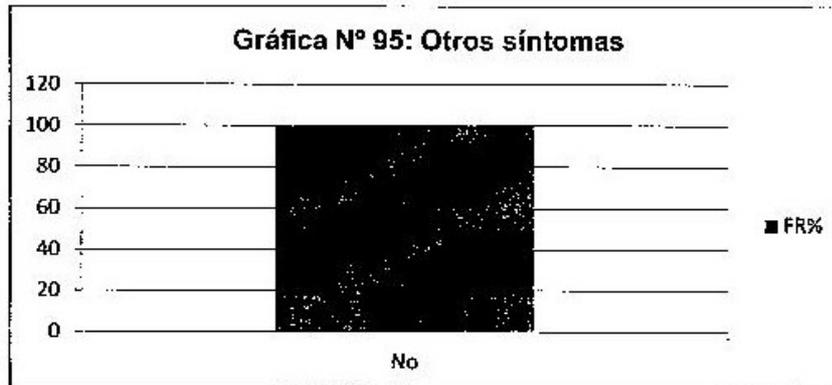
Somnolencia	FA	FR%
Si	3	9,4
No	29	90,6
N=32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 95: Otros síntomas**

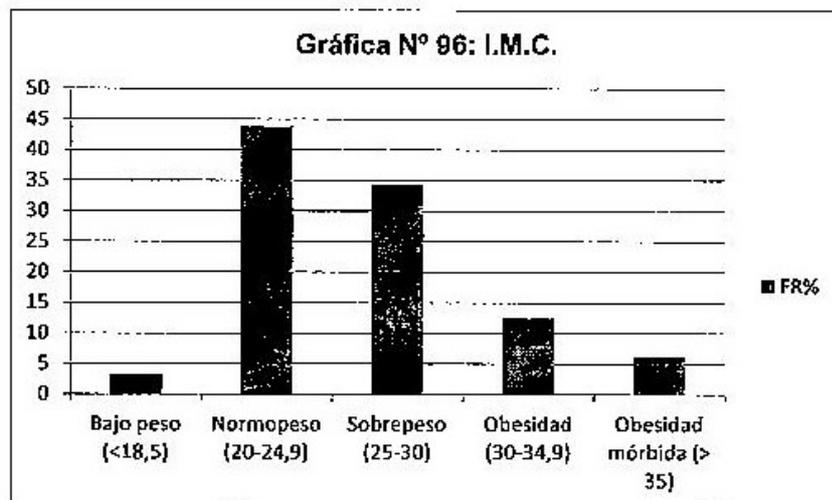
Otros síntomas	FA	FR%
No	32	100
N=32		



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 96: I.M.C.**

I.M.C.	FA	FR%
Bajo peso (<18,5)	1	3,1
Normopeso (20-24,9)	14	43,8
Sobrepeso (25-30)	11	34,4
Obesidad (30-34,9)	4	12,5
Obesidad mórbida (> 35)	2	6,2
N=32		100

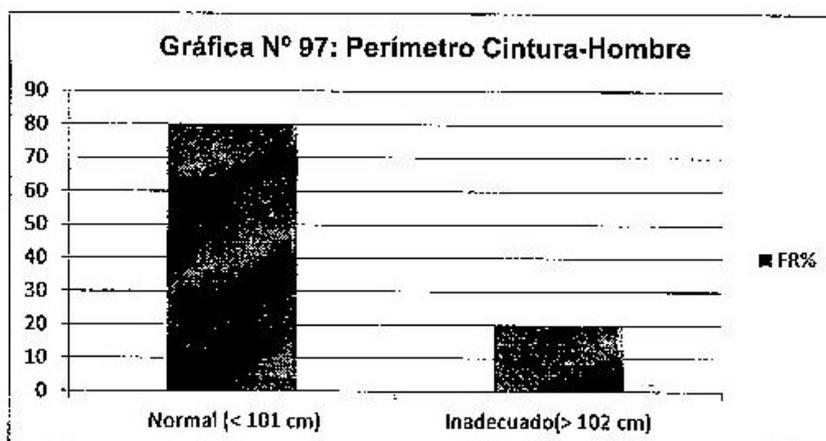


\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.



**Tabla N° 97: Perímetro Cintura-Hombre**

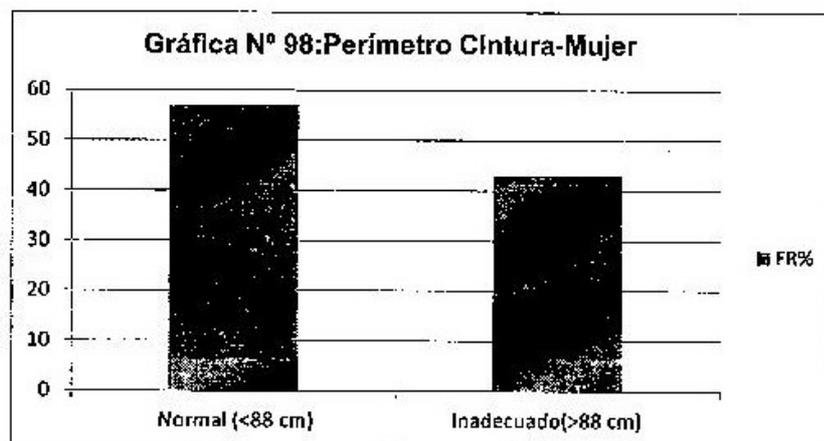
Perímetro Cintura-Hombre	FA	FR%
Normal (< 101 cm)	8	80
Inadecuado(> 102 cm)	2	20
N= 10		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 98: Perímetro Cintura- Mujer**

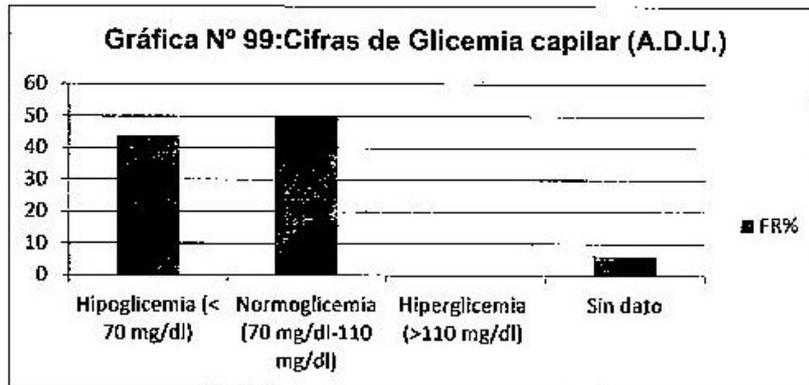
Perímetro Cintura-Mujer	FA	FR%
Normal (<88 cm)	13	57
Inadecuado(>88 cm)	9	43
N= 22		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 99: Cifras de Glicemia capilar (A.D.U.)**

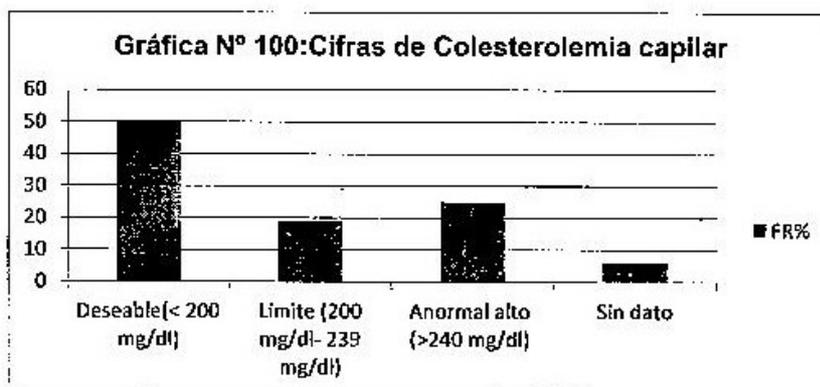
Cifras de Glicemia capilar (A.D.U.)	FA	FR%
Hipoglicemia (< 70 mg/dl)	14	43,8
Normoglicemia (70 mg/dl-110 mg/dl)	16	50
Hiperglicemia (>110 mg/dl)	0	0
Sin dato	2	6,2
N=32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.

**Tabla N° 100: Cifras de Colesterolemia capilar**

Cifras de Colesterolemia capilar	FA	FR%
Deseable (< 200 mg/dl)	16	50
Límite (200 mg/dl- 239 mg/dl)	6	18,8
Anormal alto (>240 mg/dl)	8	25
Sin dato	2	6,2
N=32		100

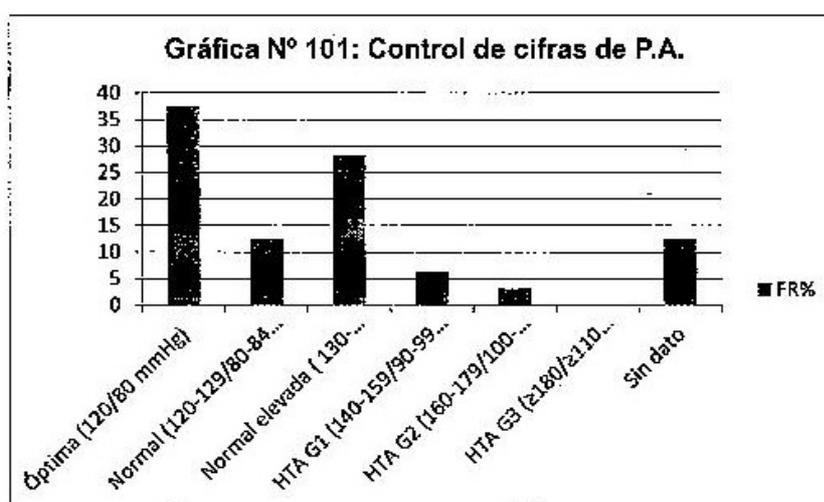


\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.



**Tabla N° 101: Control de cifras de P.A.**

Control de cifra de PA	FA	FR%
Óptima (120/80 mmHg)	12	37,5
Normal (120-129/80-84 mmHg)	4	12,5
Normal elevada ( 130-139/85-89 mmHg)	9	28,2
HTA G1 (140-159/90-99 mmHg)	2	6,2
HTA G2 (160-179/100-109 mmHg)	1	3,1
HTA G3 ( $\geq 180/\geq 110$ mmHg)	0	0
Sin dato	4	12,5
N=32		100



\*Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos a personal docente y no docente el 27/09/2011.