



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



Factores de riesgo cardiovascular en adultos mayores

Complejos habitacionales del Banco de Previsión Social
Montevideo Agosto-Setiembre 2013

Autores:

Br. Aldabalde Stephania

Br. Cernada Catalina

Br. Delgado Nidia

Br. Fernández Natalia

Br. Miranda Graciela

Tutora:

Prof. Lic. Virginia Aquino

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

Montevideo, 2013.



AGRADECIMENTOS

Queremos brindar nuestro agradecimiento en primer lugar a la cátedra de Adulto y Anciano, en especial a la Prof. Mg. Lic. En Enf. Miriam Costabel, que gracias a su constante dedicación académica hacia los estudiantes ha permitido la producción científica de este trabajo.

A nuestra tutora, la Prof. Adj. Lic. Enf. Virginia Aquino, por su apoyo y motivación permanente a lo largo de este proceso, brindándonos la guía necesaria para la planificación y ejecución de este trabajo de investigación.

A la Facultad de Enfermería, que nos brindó las herramientas metodológicas durante todos estos años para poder aplicar los conocimientos y destrezas que hemos adquirido y las cuales fueron pilares de este trabajo.

Al Banco de Previsión Social y por permitirnos acceder a la población objetivo de esta investigación.

Y por último y no menos importante queremos agradecer a nuestras familias, y amigos por su apoyo incondicional a lo largo de estos años.

| | |
|--|----|
| AGRADECIMIENTOS PARA LA COLECCIÓN DE DATOS | 28 |
| RESUMEN | 30 |
| OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES | 41 |
| INTRODUCCIÓN | 54 |
| OBJETIVO | 55 |
| JUSTIFICACIONES DEL ESTUDIO | 59 |
| REVISIÓN DE LA LITERATURA | 62 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 67 |
| BIBLIOGRAFÍA | 70 |
| ANEXOS | 71 |



INDICE

| | |
|--|----|
| RESUMEN | 4 |
| INTRODUCCION | 5 |
| PREGUNTA PROBLEMA | 6 |
| JUSTIFICACIÓN | 7 |
| OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN | 9 |
| OBJETIVO GENERAL: | 9 |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS: | 9 |
| MARCO REFERENCIAL | 10 |
| FUNDAMENTO TEÓRICO | 14 |
| METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN | 27 |
| TIPO DE ESTUDIO: | 27 |
| ÁREA DE ESTUDIO: | 27 |
| UNIVERSO: | 27 |
| MUESTRA: | 27 |
| TIPO DE MUESTRA: | 27 |
| CRITERIOS DE INCLUSIÓN: | 28 |
| CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: | 28 |
| PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS: | 28 |
| ASPECTOS ÉTICOS: | 30 |
| OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES | 31 |
| RESULTADOS | 34 |
| ANÁLISIS | 55 |
| LIMITACIONES DEL ESTUDIO | 60 |
| CONCLUSIONES | 61 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 63 |
| BIBLIOGRAFIA | 67 |
| ANEXOS | 70 |



RESUMEN

Se realizó un trabajo de investigación a fin de dar respuesta a la interrogante de ¿Cuáles son los factores de riesgo cardiovascular presentes en la población de adultos mayores que residen en complejos habitacionales del Banco de Previsión Social, en Montevideo en los meses de agosto-setiembre de 2013?

Dicha interrogante surge con el objetivo de conocer la situación socio demográfico y epidemiológico en cuanto a la presencia de factores de riesgo cardiovascular, en la población adulta mayor. Dado que la mayoría de dichos factores son posibles de modificación, es importante conocer su distribución a fin de ser insumo para el diseño e implementación de programas que apunten a disminuir su frecuencia en la población, en búsqueda de una mejor calidad de vida.

Para ello se llevó a cabo un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, en el periodo que comprendido del 31 de Agosto al 5 de Setiembre de 2013. La muestra correspondió a un total de 70 adultos mayores de 65 años, residentes en complejos habitacionales del Banco de Previsión Social (B.P.S). La selección fue, no probabilística, intencional. Para la recolección de datos se aplicó el cuestionario ETSA*. Entre los principales resultados se destacan: media de edad de 77 años, predominantemente sexo femenino, con estudios primarios, la mayoría viven solos. En cuanto a la presencia de factores de riesgo cardiovascular modificables se destaca la presencia de HTA, hipercolesterolemia, tabaquismo, obesidad y consumo de sal.

* Estudio Epidemiológico de Salud del Adulto y Anciano.



INTRODUCCION

El presente trabajo final de investigación ha sido elaborado por un grupo de cinco estudiantes de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, en el marco del Trabajo final de investigación (TFI), plan de estudios 1993. El mismo es requisito curricular para la obtención del título de grado, y en donde se presenta por escrito un informe de investigación realizado con las normas de publicación exigidas.

La interrogante planteada fue ¿Cuáles son los factores de riesgo cardiovascular presentes en la población de adultos mayores que residen en complejos habitacionales del Banco de Previsión Social, en Montevideo, en los meses de agosto-setiembre de 2013?

La misma tuvo como objetivo conocer la situación socio demográfica y epidemiológica en cuanto a la presencia de factores de riesgo cardiovascular, de la población adulta mayor que reside en los complejos habitacionales del Banco de Previsión Social, en Montevideo, en los barrios de: Lezica, Colon, Sayago, Tres Ombúes y Santiago Vásquez, en el mes de agosto- setiembre del año 2013. Para lo cual se diseñó y realizó una investigación cuantitativa descriptiva de corte transversal, a fin de dar respuesta a dicha pregunta. Para ello se realizaron una serie de visitas domiciliarias, empleando el cuestionario ETSA*. Fue realizada en el periodo de tiempo comprendido entre el 31 de Agosto al 5 de Setiembre de 2013 a un total de 70 adultos, mayores de 65 años que accedieron a la visita domiciliaria voluntariamente, previo consentimiento informado. Se aplicó la estadística descriptiva para el tratamiento estadístico de los datos.

* Ver anexo 1



PREGUNTA PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de riesgo cardiovascular presentes en la población de adultos mayores que residen en los complejos habitacionales del Banco de Previsión Social, en Montevideo en los meses de agosto- setiembre de 2013?



JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento, es un proceso fisiológico normal e irreversible, el cual se traducen en una serie de cambios bio – psico -funcionales que afectan progresivamente la capacidad de la persona de adaptarse a su entorno.

De esta forma se ve aumentada la probabilidad de aparición de enfermedades crónicas y degenerativas, que menoscaban su salud y calidad de vida. Es por ello que los ancianos durante el proceso de envejecimiento tienen múltiples necesidades y problemas que requieren comprensión y cuidados por parte de enfermería.

En nuestro país según un informe de la Universidad de la República y Naciones Unidas llamado “Indicadores socio demográficos de envejecimiento y vejez”, se estima que es uno de los países de la región con mayor número de adultos mayores. Además, la sobrevivencia de las mujeres es mayor a la de los hombres según este informe. Actualmente, se puede decir que Uruguay tiene un porcentaje de adultos mayores de 60 años sobre la población total que asciende a 19%. De esta población, el 35% se ubica entre los más envejecidos (mayores de 75 años).

Se conoce además que en Uruguay las enfermedades cardiovasculares son, como en la mayoría de los países, la primera causa de muerte (29,5%) y están entre las de mayor prevalencia en los ancianos. Estudios previos han determinado una elevada prevalencia de obesidad o sobrepeso (51%) y de hipertensión arterial (entre 21% y 46%), tabaquismo (45%) y sedentarismo (28%).

Por ello, se planteó estudiar las características de dicha población y la cuantificación de los principales factores de riesgo y las conductas preventivas presentes en esa población. Y es aquí en donde el papel de la enfermería en el abordaje de esta población es fundamental para el desarrollo de medidas de prevención y el control de estas afecciones tendientes a mantener la salud,



controlar los factores de riesgo, promover la autonomía del anciano, su independencia funcional y su inserción en la comunidad. De esta forma, no solo se incrementaría su calidad de vida, sino que se reducirían los costos sociales y económicos, según las fuentes consultadas, dado que se reduciría el número de hospitalizaciones por complicaciones.

El estudio se realizó en los complejos habitacionales del BPS ubicados en los barrios de Montevideo (Lezica, Sayago, Colon, Santiago Vázquez, Tres Ombúes) ya que la población que allí reside comparte las mismas características en cuanto a la edad, entorno e ingresos económicos, lo que hace a la muestra más homogénea. La población adulta mayor se caracteriza a su vez por estar fundamentalmente urbanizada motivo por el cual el estudio se llevo a cabo en Montevideo.



OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL: *El artículo de la ley N°17.214 de la República Oriental del Uruguay en lo concerniente a los derechos del adulto mayor.*

Identificar la presencia de factores de riesgo cardiovascular, en la población adulta mayor, residente en los complejos habitacionales del Banco de Previsión Social, en Montevideo, en los meses de agosto -setiembre de 2013.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1- Caracterizar a la población de estudio de acuerdo a los indicadores socios demográficos.
- 2- Identificar los factores de riesgo cardiovascular no modificables presentes en la población (edad, sexo, raza, antecedentes familiares).
- 3- Identificar los factores de riesgo cardiovascular modificables directos e indirectos presentes en la población.



MARCO REFERENCIAL

Se iniciara exponiendo un artículo de la ley N°17.796 de la República Oriental del Uruguay en lo que refiere a los derechos del adulto mayor:

ART. 2°.-

Declárese que son derechos del adulto mayor:

- A) La integración activa en la familia y en la comunidad y el goce de un trato digno y sin ninguna clase de discriminaciones, en todos los órdenes de su vida.
- B) Alcanzar una vejez digna en la que prevalezcan el bienestar físico, psíquico y socioeconómico.
- C) Contar con asistencia médica y sanitaria integral y coordinada, incluida la odontológica.
- D) Tener acceso a la educación, a una vivienda adecuada, así como a alimentación y abrigo suficientes.
- E) Tener acceso al esparcimiento, al transporte y a las comunicaciones en todo el territorio nacional.
- F) Tener la seguridad de su integridad psicofísica e intelectual en un marco de justicia y equidad.

El **Programa del Adulto Mayor** tiene como propósito favorecer un Envejecimiento Activo Saludable, que se traduzca en una vida digna, plena y participativa, colaborando en el mantenimiento del adulto mayor en la comunidad durante el mayor tiempo posible y en adecuadas condiciones de salud.



Tiene como objetivo general: Promover y asegurar la calidad de vida de las personas adultas mayores, mediante la satisfacción integral de sus necesidades, su participación activa y la promoción de sus derechos, a través de respuestas articuladas del Estado y la comunidad, favoreciendo su inserción como ciudadanos desde la perspectiva socio cultural, y en sus derechos a la salud.

Programa de viviendas para jubilados y pensionistas del B.P.S y Ministerio de Vivienda y ordenamiento territorial del Medio Ambiente (M.V.O.T.M.A).

Las funciones del B.P.S en el programa son 3: la de recaudador, adjudicatario de las viviendas y la de localización de las demandas.

Según la Ley de Urgente consideración, artículo 43: "Corresponde al Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, en coordinación con el Banco de Previsión Social, la formulación y evaluación de las políticas de viviendas para jubilados y pensionistas.

El Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente tendrá a su cargo la ejecución, supervisión y administración de las soluciones habitacionales en general, atendiendo la demanda que establezca el B.P.S para todo el territorio nacional"¹

Pero además según el artículo 46: " El Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente tendrá la calidad de administrador legal de las viviendas, con los poderes que por derecho corresponden a un administrador con las más amplias facultades, tanto en la vía judicial como la extrajudicial."

Existe una ley la 15.900 en la cual el B.P.S les descuenta a jubilados y pensionistas el 1% de sus haberes con el fin de crear viviendas para los más pobres. Por medio de este fondo se han construido más de 4.500 viviendas en el Uruguay, de las cuales en Montevideo existen 1742.

Será aspirante a una vivienda aquel jubilado o pensionista cuyas asignaciones mensuales de pasividad sean menores a 12 unidades reajustables equivalente



a unos 7.776 pesos uruguayos (valor de la unidad reajutable en abril 2013) a excepción en donde la disponibilidad de viviendas sea mayor que la nomina de inspirantes inscriptos esta se extenderá a un monto menor a 24 unidades reajustables ².

Esto nos da a conocer el perfil económico de los residentes en los complejos de B.P.S.

Plan nacional del envejecimiento y vejez 2013/2015, presentado por el Consejo consultivo del instituto nacional del adulto mayor, este establece los lineamientos que articulan las estrategias y acciones del Estado dirigidas al bienestar de todas las personas adultas mayores. Busca transformar y revertir, en el mediano y corto plazo, situaciones de vulneración de derechos al sistematizar una respuesta coordinada ante los problemas más inmediatos. Asimismo, da sostenibilidad y permanencia a los cambios y define criterios que aseguren el goce de los derechos de las personas en una sociedad para todas las edades.³

En Uruguay se han efectuado encuestas sobre factores de riesgo entre los cuales se citan:

- Las encuestas que figuran en la Info Base de la OMS:
- World Health Survey, 2003
- Estudio Nacional de Hábitos Tóxicos en el Uruguay, 1994
- GYTS, 2001
- Como envejecen los uruguayos, 1993
- Encuesta de hipertensión y obesidad, 1995
- Primera Encuesta Nacional de Sobrepeso y Obesidad (ENSO I), 1998
- Enfermedades cardiovasculares, 1993
- Encuestas realizadas por la Junta Nacional de Drogas.



- Encuesta Nacional sobre hábitos deportivos y actividad física. Ministerio de Turismo y Deporte, 2005.



FUNDAMENTO TEÓRICO

INDICADORES Y DATOS DEMOGRÁFICOS DE NUESTRO PAÍS SEGÚN DATOS DEL INE⁴ Y CEPAL⁵

El Uruguay se caracteriza por ser uno de los más envejecidos de América Latina, entendiéndose al envejecimiento como un proceso natural, dinámico, progresivo e irreversible que forma parte del ciclo evolutivo de la vida y en el que intervienen numerosos factores biológicos, psicológicos y sociales.

Actualmente se presenta, según datos de la CEPAL* (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) un índice de envejecimiento de 81,7 y una tasa global de fecundidad de 2,16, lo cual lo ubica en una etapa de transición demográfica de envejecimiento avanzado.

Según un informe sobre "El proceso de envejecimiento demográfico y sus tendencias futuras"⁶ de la CEPAL, el envejecimiento demográfico consiste en un cambio de la estructura por edades o en otras palabras en el mayor o menor peso de unas edades respecto a las otras en el conjunto de la población.

La demografía en general estudia las características de una población y su desarrollo a través del tiempo dando a conocer particularidades de ella en cuanto edad, sexo y otros determinantes económicos y sociales el cumulo y conocimiento de estas características conforman un perfil demográfico. Dichas características condicionan su conducta frente a la mortalidad, movimientos migratorios e inciden en los patrones demográficos de la población a la cual pertenecen.

* Comisión Económica para América Latina y el Caribe



Según Paredes, Ciarniello, Brunet. (2010), la realidad demográfica Uruguay no sólo implica una baja tasa de natalidad, sino también una baja tasa de mortalidad. Las personas cada vez viven más años, con una esperanza de vida al nacer de 72 años para los hombres y 79 para las mujeres, y hay una menor renovación de la población. Los aspectos mencionados - baja natalidad, baja mortalidad y alta de la esperanza de vida-, son las que llevan a la actual situación demográfica del país, el sobre envejecimiento de la población.

El cambio en la estructura por edades de la población se ha visto acompañado de una estructura diferencial de acuerdo a sexos. La proporción de mujeres es superior a la de los hombres entre la población de 60 y más años y las diferencias se acentúan a medida que se consideran los grupos de edades más avanzados. Este fenómeno se conoce como feminización del envejecimiento, donde los hombres pasan del entorno del 45% entre los 60 y 64 años a casi un cuarto en el grupo de 90 y más años.

Las proyecciones para el Uruguay, así como para el resto de América Latina, indican que el envejecimiento de la población se continuará acentuando. CEPAL estima que para el 2030 la proporción de personas mayores de 60 años ascenderá al 22,3% del total de la población, mientras que para 2050 dicha proporción podría alcanzar el 27,8%.

INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS EN LA VEJEZ.⁷

Actualmente se está transitando de una epidemiología tradicional, dedicada al control de brotes epidémicos, hacia una epidemiología social que estudia las poblaciones, sus inequidades, sus desigualdades y otros aspectos relacionados con la pobreza y la vejez, a fin de desarrollar un nuevo paradigma que busque el cambio de salud desde las políticas de salud y la investigación socio-epidemiológica.⁸



En este sentido a medida que se envejece, ocurren fenómenos paralelos: la declinación fisiológica normal y un aumento de la prevalencia de ciertas enfermedades frecuentes en esta etapa de la vida. Según Ketzoian C. (2003) dichas enfermedades se utilizaran como indicadores epidemiológicos, empleando el cálculo de prevalencia para la hipertensión, obesidad, diabetes e hipercolesterolemia, expresando una relación entre el subconjunto de enfermos (o difuntos por una determinada enfermedad, o sujetos portadores de una condición relacionada con la salud) y el conjunto de miembros de la población.

Según un estudio realizado por Alfaro y Ruiz (2010)⁹, la prevalencia auto reportada de patologías crónicas fueron las siguientes: hipertensión arterial (38.3%), depresión (34.5%), diabetes mellitus (14%), artropatías (8%), demencia senil (4.2%), infarto al miocardio (3%), enfermedad cerebro vascular (2.8%) y cáncer (0.9%).

En nuestro país las enfermedades crónicas son el principal problema de la salud de la población por su elevada prevalencia y el alto número de muertes, y en donde, las enfermedades cardiovasculares (ECV) ocupan el primer lugar dentro de las enfermedades crónicas siendo el mayor número de muertes en el Uruguay (y en todos los países que han completado las transiciones demográfica y epidemiológica), mayor que la mortalidad por cáncer, por enfermedades respiratorias o por accidentes.¹⁰

Según datos de la comisión honoraria para la salud cardiovascular, MSP, año 2010, el 29,5% del total de las defunciones son por ECV, siendo el mayor porcentaje las enfermedades cerebro vasculares y en un segundo lugar las enfermedades isquémicas del corazón.

FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS

Existen factores de riesgo a los cuales está expuesta la población haciéndola más propensa a desarrollar enfermedades cardiovasculares, según datos proporcionados por la 1ª encuesta nacional de factores de riesgo de



enfermedades crónicas no transmisibles realizada en el año 2006, la cual utilizó la metodología STEPS (PASOS), desarrollada por OMS/OPS.¹¹ Se denomina factor de riesgo a ciertas variables asociadas con la probabilidad del desarrollo de una enfermedad, pero que no son suficientes para provocarlas. Estos se clasifican en modificables y no modificables. Los factores de riesgo no modificables para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares son aquellos relacionados con la individualidad de las personas como edad, sexo, herencia genética, raza, antecedentes personales de enfermedad cardiovascular. Mientras que los Factores de riesgo modificables son aquellos susceptibles al cambio por medio de intervenciones de prevención primaria que pueden llegar a minimizarlos o eliminarlos con acciones preventivas como HTA, Dislipemia, tabaquismo, diabetes, sedentarismo, obesidad, estrés.¹²

Los factores de riesgo cardiovasculares modificables se dividen en directos e indirectos.

Los directos son aquellos que intervienen directamente en los procesos de desarrollo de ECV y son: HTA, Diabetes; Hipercolesterolemia, Tabaquismo y hábitos alimenticios no saludables.

Los indirectos son los que se han relacionados por estudios epidemiológicos o clínicos con la incidencia de ECV pero que no interviene directamente en la génesis de la ECV sino a través de otros FR directos. Son: sedentarismo, estrés y obesidad.

La hipertensión arterial sistémica, (definida como la elevación crónica de la presión arterial sistólica y/o diastólica) es una de las enfermedades crónicas más frecuentes, afectando aproximadamente a 1 billón de personas en el mundo, y su importancia clínica es que indica un futuro riesgo de enfermedad vascular. Este se considera un importante factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares ya que su presencia en un individuo conlleva a diversas complicaciones cardíacas (Hipertrofia del ventrículo izquierdo, fallo del ventrículo izquierdo, insuficiencia cardíaca congestiva, infarto agudo del miocardio, angina de pecho), a nivel de la anatomía de los vasos (Hipertrofia



vascular, por engrosamiento fibroso de la íntima, Ateriosclerosis hialina que consiste en un engrosamiento irregular de la pared del vaso por depósitos de una sustancia eosinófila (hialina). La Arteriosclerosis hiperplásica (necrosis fibrinoide) en donde la pared del vaso está rota y presenta necrosis e impregnación por fibrina. Las áreas se dilatan donde el músculo liso es menos efectivo para mantener la vasoconstricción. El endotelio se rompe, con lo que se permite la exudación de plasma hacia la media, con destrucción tisular. También existen complicaciones a nivel renal (pudiendo llevar a la insuficiencia renal por aumento de la resistencia vascular renal y posterior disminución del flujo plasmático renal) y complicaciones del Sistema nervioso central (encefalopatía hipertensiva, infarto cerebral, aneurismas en pequeñas arterias por degeneración hialina de la pared, hemorragia subaracnoidea y embolismo cerebral).

En cuanto a la diabetes; la diabetes mellitus de tipo 1 es frecuente que se diagnostique antes de los 35 años, aunque puede presentarse a cualquier edad. Las células del páncreas encargadas de fabricar insulina se destruyen y dejan de generarla. Suele tener una aparición brusca. La diabetes mellitus de tipo 2 habitualmente se diagnostica en la edad media de la vida (por encima de los 40 años), aunque existen casos infrecuentes en jóvenes. Se produce esencialmente por una progresiva resistencia de las células (especialmente del hígado y los músculos) a la acción de la insulina producida.

La glucosa acumulada en la sangre, daña progresivamente los vasos sanguíneos y acelera el proceso de arteriosclerosis; las lesiones que provoca en el endotelio capilar facilitan los depósitos de colesterol y la posterior formación de placas de ateroma, aumentando así el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular. Por este motivo es importante en esta población realizarse controles periódicos en cuanto a los niveles de glucosa en sangre y cumplir con los tratamientos tanto dietéticos como farmacológicos.¹³



En lo que respecta al tabaquismo, el monóxido de carbono (uno de los productos del humo tabaco) disminuye la capacidad transportadora de oxígeno y el umbral de isquemia de los tejidos. La nicotina produce la liberación de noradrenalina y un aumento de la adrenalina, con un incremento de la presión arterial y de las resistencias periféricas. Además el humo de tabaco inhalado altera la función endotelial, disminuye el flujo coronario y desencadena vasos pasmo coronario con reducciones de la luz de los vasos coronarios de hasta el 40%¹⁴.

Por otro lado en relación a la hipercolesterolemia, los lípidos no pueden movilizarse en los fluidos corporales debido a su naturaleza hidrofóbica para ser transportados a través de la sangre son combinados por proteínas para formar lipoproteínas. Especializadas estas en el transporte de los lípidos se dividen en varios grupos según su densidad:

HDL: Lipoproteínas de alta densidad. Estas se conocen como las protectoras. Ya que no permiten que las otras lipoproteínas que son las agresoras se peguen a las células y nos provoque daños en nuestro cuerpo.

IDL: Lipoproteínas intermedias.

LDL: Lipoproteínas de baja densidad. Estas son las agresoras y son las que más daño nos pueden producir porque contienen mayor cantidad de colesterol. El colesterol es muy insoluble y se acumula en los leucocitos que se depositan en las zonas de lesión sobre las paredes internas de las arterias.

VLDL: Lipoproteínas de muy baja densidad y son precursoras de las lipoproteínas de baja densidad.

El aumento de las moléculas de LDL en el plasma sanguíneo favorece la formación de la placa de ateroma así como aumenta la densidad de la sangre favoreciendo la formación de trombos.

Si las concentraciones de colesterol son demasiado altas para su posterior eliminación hacia el torrente sanguíneo, estas células quedan repletas de



depósitos grasos, que luego se endurecen formando una placa, y finalmente obstruyen vasos sanguíneos.

El estrés se define como agentes estresantes aquellos estímulos externos o internos que provocan un incremento de la actividad fisiológica en algunos o en todos los individuos.¹⁵

Existe una amplia evidencia de que el estrés agudo se asocia a una activación simpática, que variaría en función del estímulo estresante: liberación de noradrenalina en el estímulo físico y predominio del incremento de adrenalina en el estrés psicológico, como hablar en público. Diversos trabajos han demostrado que el estrés agudo puede desencadenar un infarto agudo de miocardio o muerte súbita.

Los principales mecanismos implicados son el incremento de PA, la FC, la actividad plaquetaria y la arritmogénesis, y en presencia de enfermedad coronaria, la respuesta vasoconstrictora de las arterias coronarias al estrés.

Dentro de los factores de riesgo no modificables se encuentra el sexo; los hombres por debajo de los 50 años tienen una incidencia más elevada de afecciones cardiovasculares que las mujeres en el mismo rango de edad –entre tres y cuatro veces más–. A partir de la menopausia, los índices de enfermedades cardiovasculares son sólo el doble en hombres que en mujeres de igual edad. En general, se ha comprobado que las complicaciones clínicas de la arteriosclerosis aparecen en la mujer con 10-15 años de retraso con respecto al hombre. Pero cuando desarrollan alguna ECV tienen en general un perfil de riesgo mayor. El estrógeno, hormona femenina que regula los ciclos menstruales, disminuye la concentración de LDL en grados variables según su relación con la progesterona, posible razón por la que las mujeres en edad de procreación son menos propensas a las ECV. Aunque las enfermedades cardiovasculares no son causa directa del envejecimiento, son más comunes entre las personas de edad avanzada. Esto se debe a que las afecciones coronarias son el resultado de un desorden progresivo. Se ha demostrado que la arteriosclerosis a menudo se inicia a una edad temprana y puede tardar



entre 20 y 30 años en llegar al punto donde las arterias coronarias están suficientemente bloqueadas para provocar un ataque cardíaco u otros síntomas. Sin embargo, las ECV no son una parte inevitable del envejecimiento, sino la consecuencia de un estilo de vida y de la acumulación de múltiples factores de riesgo.

En cuanto a la genética; los miembros de familias con antecedentes de ataques cardíacos se consideran en una categoría de riesgo cardiovascular más alta. El riesgo en hombres con historias familiares de ECV antes de los 50 años de edad es de 1,5 veces a 2 mayor que en quienes no aportan el factor hereditario. En cambio, la carga genética influye en menor medida en las mujeres.¹⁶

Con respecto a los hábitos alimenticios no saludables, las enfermedades cardiovasculares están significativamente influenciadas por factores dietéticos como el exceso de grasas, la cantidad de grasas saturadas, colesterol, fibra y sodio. Los hábitos alimentarios, la manera en que se seleccionan y preparan los alimentos durante toda la vida predisponen o protegen frente a la aparición de diferentes enfermedades, condicionando diferentes formas de envejecimiento. Uruguay presenta un consumo excesivo de calorías provenientes de las grasas a predominio de saturadas debido al alto consumo de alimentos de origen animal¹⁷.

Para asegurar un estilo de vida saludable, se recomienda comer muchas frutas y verduras, reducir la grasa, azúcar y sal en los alimentos y hacer ejercicio. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda seguir los siguientes 10 pasos para mantener unos hábitos de vida y una alimentación sana:

1. Comer una dieta nutritiva basada en una variedad de alimentos de origen principalmente vegetal, en lugar de animal.
2. Comer pan, cereales, pasta, arroz o patatas varias veces al día.



3. Comer una variedad de verduras y hortalizas, preferentemente frescas y locales, varias veces al día (por lo menos 400 g por día).
4. Mantener el peso corporal entre los límites recomendados (un IMC de 18,5 a 25) mediante la adopción de niveles moderados de actividad física. Es preferible hacer ejercicio todos los días.
5. Controlar de la ingesta de grasas (no más del 30% de la energía diaria) y reemplazar la mayoría de las grasas saturadas por aceites vegetales no saturados o margarinas blandas.
6. Reemplazar la carne grasa por legumbres, pescado o carne de aves de corral.
7. Consumir leche y productos lácteos que sean bajos en grasa y sal.
8. Seleccionar alimentos con bajo contenido de azúcar, e ingerir azúcares con medida, lo que limita la frecuencia de las bebidas azucaradas y golosinas.
9. Elegir una dieta baja en sal. La ingesta total de sal no debe sobrepasar el equivalente a una cucharadita (6g) por día, incluyendo la sal en el pan y los alimentos procesados, curados y en conserva.
10. Cocinar al vapor, hornear, hervir o cocinar al microondas ayudan a reducir la cantidad de grasa añadida.¹⁸

Referente a los hábitos alimenticios según la encuesta realizada por el Ministerio de Salud Pública solo el 1% de la población uruguaya practica hábitos saludables de alimentación¹⁹

Según Mighty & Fahey, la obesidad es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular y favorece de forma directa el desarrollo de HTA, diabetes e hipercolesterolemia. Las personas obesas tienen una gran cantidad de grasa acumulada en los tejidos haciendo esto que aumenten las resistencias periféricas y sobrecarga la actividad del corazón.



La asociación entre obesidad y enfermedad coronaria está parcialmente mediada por factores de riesgo tradicionales como hipertensión, dislipemia y diabetes mellitus. La aterosclerosis coronaria probablemente se inicia o se acelera por diversos mecanismos potenciados por la obesidad, como el tono simpático incrementado, el aumento en la circulación de ácidos grasos libres, el aumento del volumen intravascular con aumento del estrés en la pared vascular, inflamación y cambios en la naturaleza de las lipoproteínas que las hacen más aterogénicas. El estado protrombótico en sujetos con obesidad probablemente contribuya al inicio de eventos coronarios agudos. La resistencia a la insulina puede ser otro mediador entre obesidad y enfermedad cardiovascular, particularmente en individuos con síndrome metabólico. La obesidad puede causar insuficiencia cardíaca no sólo a través de mecanismos intermediarios como hipertensión o enfermedad coronaria. Estudios en animales y seres humanos han demostrado un aumento en la prevalencia de fibrosis del miocardio que es proporcional al grado de obesidad y se asocia a degeneración celular e inflamación. La obesidad también puede provocar disfunción diastólica, desarrollarse infiltración grasa del miocardio, que después puede evolucionar a fibrosis y deterioro diastólico o sistólico del ventrículo izquierdo. El exceso de grasa acumulado en las vísceras, es el tejido adiposo metabólicamente más activo que causa más resistencia a la insulina, hipertrigliceridemia y cambios en el tamaño de partículas de lipoproteínas de baja densidad (LDL) y bajas concentraciones de lipoproteínas de alta densidad (HDL). Los mecanismos por los que el exceso de grasa causa resistencia a la insulina son complejos, involucran seguramente diferentes vías fisiopatológicas y están mediados por citocinas y otros mediadores inflamatorios, así como de niveles elevados de leptina. La resistencia a la insulina causa diabetes mellitus tipo 2, condición que por sí misma puede iniciar o acelerar el proceso aterogénico por varios mecanismos adicionales, como la hiperglucemia.²⁰

Otro de los factores modificables es el sedentarismo, la mayoría de los estudios relacionados con el ejercicio físico y riesgo cardiovascular coinciden en que la práctica del ejercicio físico, incluso un ejercicio físico moderado ayuda a disminuir la presión sanguínea y los niveles de colesterol. Además favorece la



pérdida de peso y la asimilación de hidratos de carbono. Una persona sedentaria tiene más riesgo de sufrir hipertensión y arterioesclerosis.

Por último y en lo que refiere al consumo de sal, según estudios realizados en el país el consumo de sal en el mismo duplica la cantidad recomendada por la OMS: cinco gramos de sal diarios por persona.

La ingesta excesiva de sal tiene efectos perjudiciales para la salud, aumentando el riesgo de contraer hipertensión arterial siendo esta última una de las causas principales de ataques cerebro vasculares y cardíacos. De acuerdo a la OMS la hipertensión es la principal causa de muerte a nivel mundial con 7,5 millones de defunciones por año. Estudios internacionales revelan que una reducción de un 15% del consumo de sal podría prevenir nueve millones de muertes en cinco años.

INTERVENCIÓN SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES COMO MEDIDA PROACTIVA FRENTE AL DESARROLLO DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS. ACCIONAR DE ENFERMERÍA.

Dado que la reducción de los factores de riesgo modificables depende del estilo de vida de la persona, al disminuir la exposición a estos se disminuye la probabilidad de desarrollar enfermedades cardiovasculares. Dado que el estilo de vida de una persona son conductas de vida que dependen del propio individuo, enfermería debe procurar un enfoque preventivo.²¹ Actuando sobre la educación de la población. Por este motivo se consideró apropiado enmarcar dicha investigación bajo el modelo de Dorothea Orem, creadora de la teoría del auto cuidado; en esta explica el concepto de auto cuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia.

Según esta autora *"el auto cuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar"*. (Orem, 1993).



A continuación se hace mención a los conceptos contenidos en esta definición, para lo cual se menciona el metaparadigma enfermero según Orem.

EL METAPARADIGMA ENFERMERO SEGÚN OREM:

La **salud** se define según esta autora como un estado de integridad de los componentes del sistema biológico y de los modos de funcionamiento biológico, simbólico y social del ser humano.

El **entorno** representa todos los factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los auto cuidados o sobre su capacidad para ejercerlos (Orem, 1993).

Enfermería: "ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de auto cuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad".

Según Orem el rol de la enfermera, consiste en ayudar a la persona a avanzar en el camino para conseguir responsabilizarse de su auto cuidado utilizando cinco modos de asistencia: actuar, guiar, apoyar, procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñar.

Cabe destacar que existe una especialidad de la enfermería llamada enfermería gerontológica definida como la profesión que abarca la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención de las enfermedades y el fomento del auto cuidado en el adulto mayor, dirigidas hacia la restauración y alcance de su óptimo grado de funcionamiento físico, psicológico y social, abarca también el control de las enfermedades y el ofrecimiento de comodidad y dignidad hasta la muerte.



LA VISITA DOMICILIARIA

Según Roca y Ubeda citado en Sánchez (op cit p. 195), "la visita domiciliaria es el conjunto de actividades de carácter social y sanitario que se presta en el domicilio a las personas." La enfermera puede aplicar cuidados y orientaciones en todos los niveles de atención incluso en el propio hogar mediante la visita domiciliaria, orientando además a la familia y a los cuidadores. Esta atención permite detectar, valorar, apoyar y controlar los problemas de salud del individuo y la familia, potenciando la autonomía y mejorando la calidad de vida de las personas. La visita domiciliaria requiere de distintas etapas: a) preparación de la visita, b) presentación en el domicilio, c) valoración, d) planificación de los cuidados, e) ejecución de los cuidados y f) registro de la visita.



METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

TIPO DE ESTUDIO:

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal.

ÁREA DE ESTUDIO:

La investigación se realizó en la República Oriental del Uruguay, departamento de Montevideo en complejos habitacionales del Banco de Previsión Social (B.P.S.) ubicados en los barrios: Lezica, Colon, Sayago, Tres Ombúes y Santiago Vásquez.

UNIVERSO:

El universo de estudio correspondió a la totalidad de adultos mayores que residían en los 6 complejos del BPS de Montevideo anteriormente nombrados.

MUESTRA:

Estuvo conformada por 70 adultos mayores residentes en los complejos habitacionales del BPS y que accedieron voluntariamente a la entrevista.

TIPO DE MUESTRA:

Es de tipo no probabilística, intencional.



CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Se incluyeron todos los adultos mayores de 65 años que residían en los complejos de BPS asignados, que se encontraron presentes en su vivienda y que accedieron a la entrevista.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- personas menores de 65 años y adultos mayores de 65 años que no se encontraron en el momento de la entrevista o no quisieron acceder a ella
- mayores de 65 años que se encontraron en la vivienda y presentaron deterioro cognitivo según la escala de Pfeiffer.

PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

Previo a la recolección de los datos se debió contar con la autorización de los representantes de los complejos habitacionales, en donde se les explico los objetivos del trabajo y quienes lo llevarían a cabo. Se destinaron 2 días para hacer entrega de una carta* proporcionada por la cátedra de Adulto y Anciano la cual se presentó a la comisión de vecinos y/o referente del complejo BPS, donde explica brevemente quiénes somos y que vamos a hacer. Se informó respecto a la metodología de trabajo, la cual se llevó a cabo realizando visitas domiciliarias.

Del 31 de agosto al 5 de setiembre del 2013, se realizaron las visitas domiciliarias a los 6 complejos designados del B.P.S. Para la recolección de datos se dividió el grupo de estudiantes en 2 subgrupos, uno de 3 y otro de 2 estudiantes. Se destinó un día para cada complejo.

En cada vivienda se solicitó permiso para la realización de la visita al jefe de hogar. Se les entrego un consentimiento informado**, donde se detallaba

* Ver anexo 8

** Ver anexo 4



quienes eran los investigadores, que se iba a realizar, importancia y motivo del estudio además de a dónde irían los datos recabados.

Una vez obtenidas las autorizaciones necesarias se procedió a la colecta de los datos. Como se mencionaba anteriormente se llevó a cabo visitas domiciliarias a fin de recolectar la información necesaria contenida en el instrumento otorgado por la Facultad de Enfermería Cátedra de Adulto y Anciano (ETSA)*.

Durante las visitas domiciliarias se comenzó aplicando la escala de Pfeiffer ** a fin de detectar alteración cognoscitiva con el propósito de explorar la memoria a corto y largo plazo, la orientación, la información sobre los hechos cotidianos y la capacidad de cálculo.

En los casos en que la escala advirtió deterioro cognoscitivo se excluyó dicho residente de la muestra; de no presentar alteración cognoscitiva se le realizó al residente, una entrevista estructurada con preguntas semi abiertas en base al instrumento (ETSA).

También se midió la presión arterial y se realizaron medidas antropométricas (peso, talla y perímetro abdominal).

Para medir algunos de los cambios sufridos por el adulto mayor se utilizó la siguiente escala: Escala de Lawton y Brody***, escala que permitió valorar la capacidad de la persona para realizar las actividades instrumentales (actividades necesarias para vivir de manera independiente en la comunidad como hacer las compras, preparar la comida, manejar dinero, usar el teléfono, tomar medicamentos, etc.).

* ver anexo 1

** ver anexo 2

*** ver anexo 3



ASPECTOS ÉTICOS:

Con respecto a los adultos mayores que participaron en la investigación lo hicieron de forma libre y autónoma, una vez informados de los objetivos del estudio se proporcionó un consentimiento informado el cual fue leído, comprendido y firmado.

Se aseguró la confidencialidad de la información obtenida, del uso de la información y de la identidad de las personas entrevistadas.

No existió riesgo para los participantes en esta investigación. No se otorgó remuneración alguna por parte de los investigadores hacia los participantes.



OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

| Variable | Definición conceptual | Categorías | Tipo de variable |
|--|--|---|--------------------------|
| Edad | Tiempo cronológico transcurrido a partir del nacimiento de un individuo a la fecha actual. | - 65-75 años - 76-85 años - Mayor a 85 años | Cuantitativa Continua |
| Antecedentes Familiares | Circunstancia anterior de enfermedad cardiovascular familiar | - HTA - Diabetes - Dislipemia - Sedentarismo - Obesidad - Estrés - Tabaquismo | Cualitativa Nominal |
| Antecedentes familiares de fallecidos por enfermedad C.V. | Circunstancia anterior de familiares fallecidos de muerte por causa cardiovascular | - Si - No - No sabe | Cualitativa Nominal |
| Raza | Características morfológicas cuyos caracteres morfológicos se perpetúan por la herencia | - Piel blanca - Piel negra - Piel asiática | Cualitativa Nominal |
| Sexo | Condición orgánica, femenina o masculina | - Femenino - Masculino | Cualitativa Nominal |
| Estado civil | Situación de pareja o vínculo sentimental referida por el usuario. | - Soltero - Casado - Viudo - Unión libre - Divorciado | Cualitativa Nominal |
| Nivel de instrucción | Nivel máximo alcanzado por el entrevistado en la educación formal | - Primaria completa - Primaria incompleta - Secundaria completa - Secundaria incompleta - Estudios terciarios | Cualitativa ordinal |
| Integrantes del hogar | Con que personas vive bajo el mismo techo el entrevistado. | - Solo - Hijo/a - Conyugue - Nietos - Otros | Cualitativa Nominal |
| Factores de riesgo de enfermedad CV modificables directos | Son aquellos que intervienen de una forma directa en los procesos de desarrollo de la enfermedad cardiovascular. | - HTA - Diabetes - Hipercolesterolemia - Tabaquismo - Hábitos alimenticios no saludable | Cualitativa Nominal |
| Consumo de carnes rojas | Ingesta de alimento de origen animal | - Diarios - 3 veces por semana - Mensual - | Cualitativa Nominal |



| | | | |
|---|--|---|--------------------------|
| Consumo de carne de pollo | Ingesta de alimento de origen animal | - Diarios - 3 veces por semana - Mensual | Cualitativa Nominal |
| Consumo de carne de pescado | Ingesta de alimento de origen animal | - Diarios - 3 veces por semana - Mensual | Cualitativa Nominal |
| Consumo de carne de cerdo | Ingesta de alimento de origen animal | - Diarios - 3 veces por semana - Mensual | Cualitativa Nominal |
| Consumo de Comida elaborada | Alimentos que se someten a un proceso de modificación del estado originario para hacerlos apetitosos, sabrosos, fáciles de comer y de conservar.(embutidos ya preparados) | - Si - No | Cualitativa Nominal |
| Consumo de comida rápidas | Estilo de alimentación donde el alimento se prepara y se consume rápidamente(pizzas, hamburguezas, etc) | - Si - No | Cualitativa Nominal |
| Factores de riesgo de enfermedad CV modificables indirectos | Son aquellos que se han relacionado a través de estudios epidemiológicos o clínicos con la incidencia de Enfermedades CV pero que no intervienen directamente en la génesis de la ECV, sino a través de otros factores de riesgo directos. | - Sedentarismo - Obesidad - Estrés | Cualitativa Nominal |
| IMC | Es una medida de asociación entre el peso y la talla del individuo | - Bajo peso - Normal - Sobrepeso - Obesidad pre mórbida - Obesidad mórbida | Cuantitativa Continua |
| Exámenes realizados | Se refiere a los exámenes de laboratorio y/o paraclínicos realizados | - Control PA - ECG - Ecocardiograma - Holter - Orina - Eco Ap. Urinario - Doppler vasos de cuello - Sangre - RxTx | Cualitativa nominal |
| Controles médicos | Concurrencia a controles médicos. | - Si - No | Cualitativa nominal |



| | | | |
|--|---|---|---------------------|
| Distribución de la población según concurrencia a control médico. | Concurrencia a controles médicos según indicación del médico tratante | - <i>Geriatra</i> - <i>Cardiologo</i> - <i>Medicina Gral.</i> | Cualitativa nominal |
|--|---|---|---------------------|



RESULTADOS

Tabla N° 1. Distribución de la población según edad.

| Edad | FA | FR | FR% | Centro intervalo | Media |
|-------------------|----|------|-----|------------------|-------|
| - 65-75 años | 26 | 0,37 | 37 | 70 | 25.9 |
| - 76-85 años | 42 | 0,6 | 60 | 80.5 | 48.3 |
| - Mayor a 85 años | 2 | 0,03 | 3 | 92 | 2.76 |
| N= | 70 | 1 | 100 | | 77 |

Fuente: información contenida en los cuestionarios ETSA agosto-setiembre 2013

Gráfico N° 1: Distribución de la población según edad.





Tabla N° 2. Distribución de la población según sexo.

| Sexo | FA | FR | FR% |
|-------------|----|------|-----|
| - masculino | 15 | 0,21 | 21 |
| - femenino | 55 | 0,79 | 79 |
| N= | 70 | 1 | 100 |

Fuente: información contenida en los cuestionarios ETSA agosto-setiembre 2013

Grafica N° 2. Distribución de la población según sexo.





Tabla N° 3. Distribución de la población según Estado civil

| Estado civil | FA | FR | FR% |
|---------------|----|------|-----|
| - soltero | 15 | 0,21 | 21 |
| - casado | 16 | 0,23 | 23 |
| - viudo | 26 | 0,37 | 37 |
| - unión libre | 5 | 0,07 | 7 |
| - divorciado | 8 | 0,11 | 12 |
| N= | 70 | 1 | 100 |

Fuente: información contenida en los cuestionarios ETSA agosto-setiembre 2013

Grafica N° 3. Distribución de la población según estado civil.





Tabla N° 4. Distribución de la población según Nivel de Instrucción

| Nivel de instrucción | FA | FR | FR% |
|-------------------------|----|------|-----|
| - primaria completa | 41 | 0,58 | 58 |
| - primaria incompleta | 12 | 0,17 | 17 |
| - secundaria completa | 10 | 0,14 | 14 |
| - secundaria incompleta | 3 | 0,04 | 4 |
| - estudios terciarios | 4 | 0,06 | 6 |
| N= | 70 | 1 | 100 |

Fuente: información contenida en los cuestionarios ETSA agosto-setiembre 2013

N° 4. Distribución de la población según nivel de instrucción.

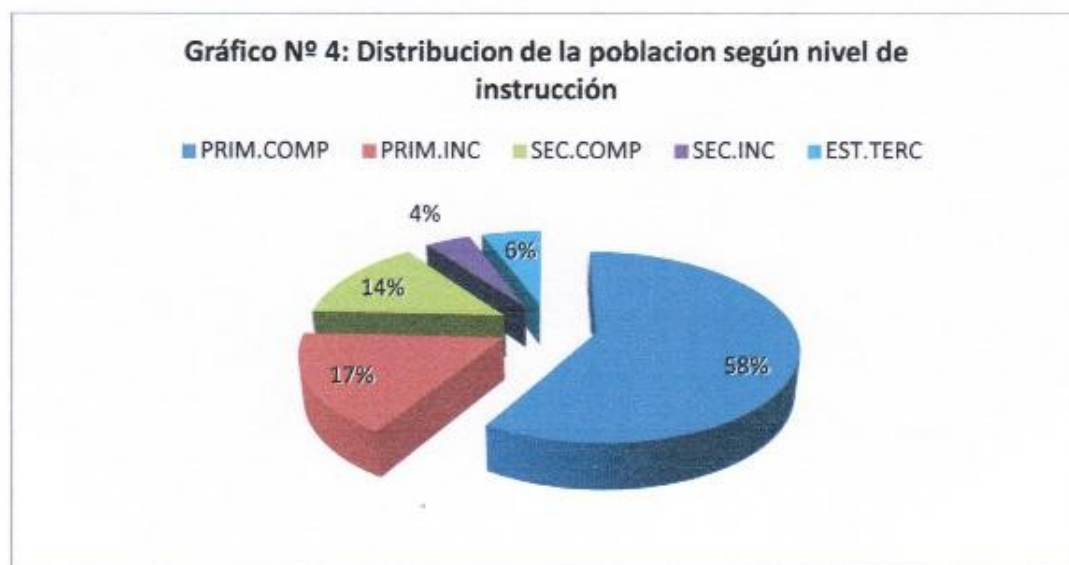




Tabla N° 5. Distribución de la población según integrantes del hogar

| Integrantes del hogar | FA | FR | FR% |
|-----------------------|----|------|-----|
| - solo | 42 | 0,6 | 60 |
| - hijo | 3 | 0,04 | 4 |
| - conyugue | 18 | 0,25 | 25 |
| - nietos | 4 | 0,06 | 6 |
| - otros | 3 | 0,04 | 4 |
| N=70 | 70 | 1 | 100 |

Fuente: información contenida en los cuestionarios ETSA agosto-setiembre 2013

Grafica N° 5. Distribución de la población según integrantes del hogar.

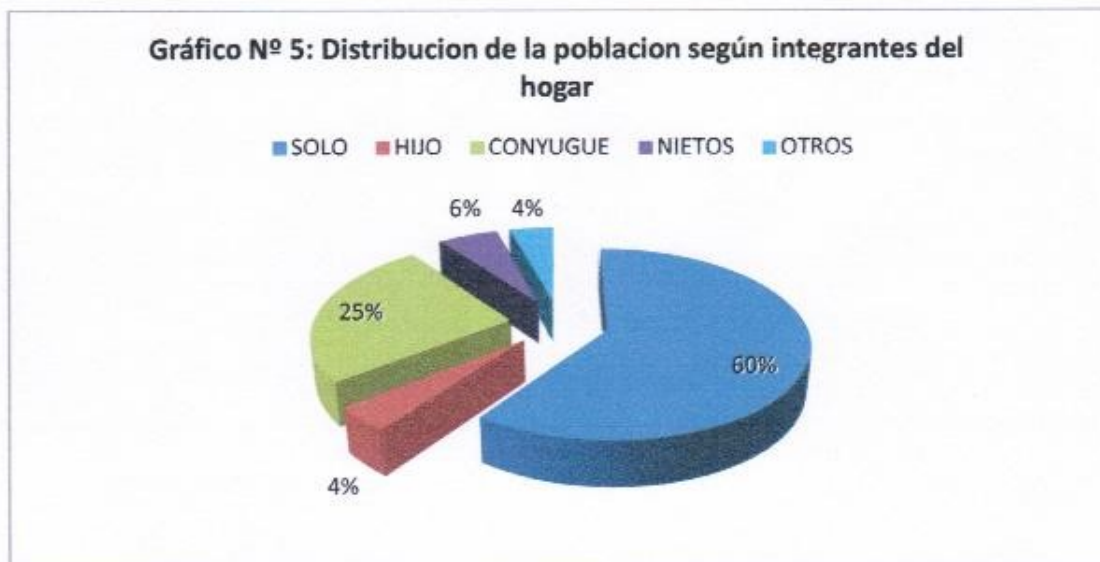




Tabla N° 6. Antecedentes familiares de fallecidos por enfermedad cardiovascular

| Muerte de familiares por Enfermedad cardiovascular | FA | FR | FR% |
|--|----|------|-----|
| - si | 34 | 0,49 | 49 |
| - no | 26 | 0,37 | 37 |
| - no sabe | 10 | 0,14 | 14 |
| N= | 70 | 1 | 100 |

Fuente: información contenida en los cuestionarios ETSA agosto-setiembre 2013

Grafica N° 6. Distribución de la población según AF de fallecidos por ECV.

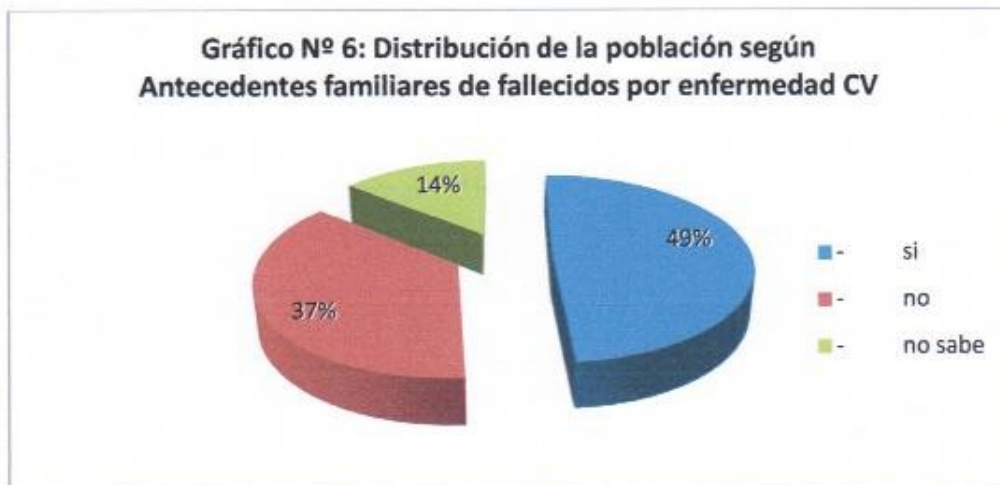




Gráfico N° 6(b) Antecedentes familiares de factores de riesgo cardiovascular.

| Antecedentes familiares de factores de riesgo cardiovascular | FA | FR | FR% | N= |
|--|----|------|-----|----|
| Tabaquismo | 33 | 0,47 | 47 | 70 |
| Sedentarismo | 31 | 0,44 | 44 | 70 |
| HTA | 32 | 0,46 | 46 | 70 |
| Diabetes | 12 | 0,17 | 17 | 70 |
| Dislipemia | 4 | 0,06 | 6 | 70 |
| Obesidad | 18 | 0,26 | 26 | 70 |
| Estrés | 2 | 0,03 | 3 | 70 |

Fuente: información contenida en los cuestionarios ETSA agosto-setiembre 2013

Gráfico N° 6 (b) Antecedentes familiares de factor de riesgo cardiovascular

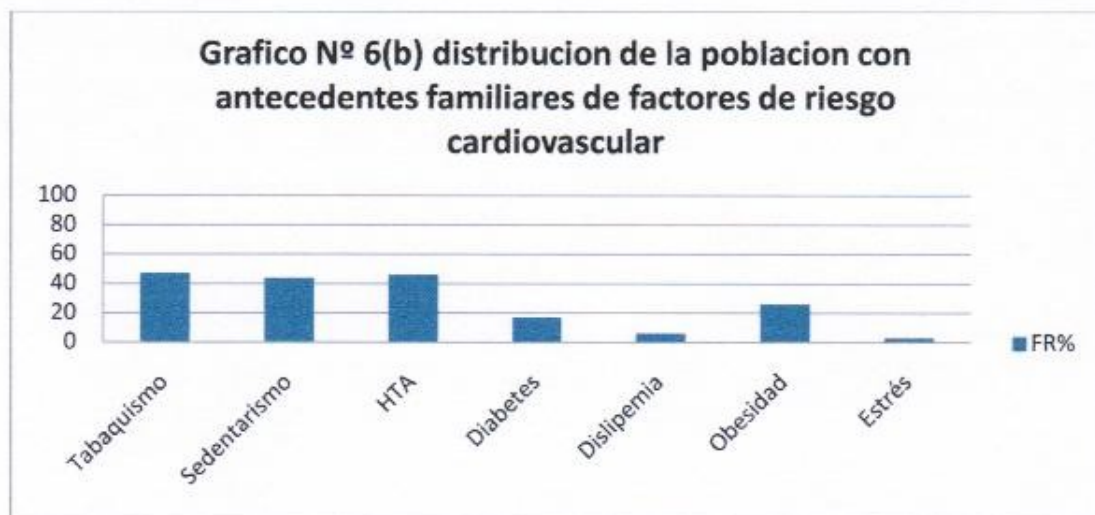




Tabla N° 7. Distribución de la población según Factores de riesgo de enfermedad Cardiovascular (CV) modificables directos presentes en la población.

| Factores de riesgo de enfermedad CV modificables directos | FA | FR | FR% | N= |
|---|----|------|-----|----|
| HTA | 56 | 0,80 | 80 | 70 |
| DM | 12 | 0,17 | 17 | 70 |
| hipercolesterolemia | 20 | 0,28 | 28 | 70 |
| Tabaquismo | 9 | 0,13 | 13 | 70 |

Fuente: información contenida en los cuestionarios ETSA agosto-setiembre 2013

Gráfico N° 7: Distribución de la población según FR de ECV modificables directos presentes en la población.

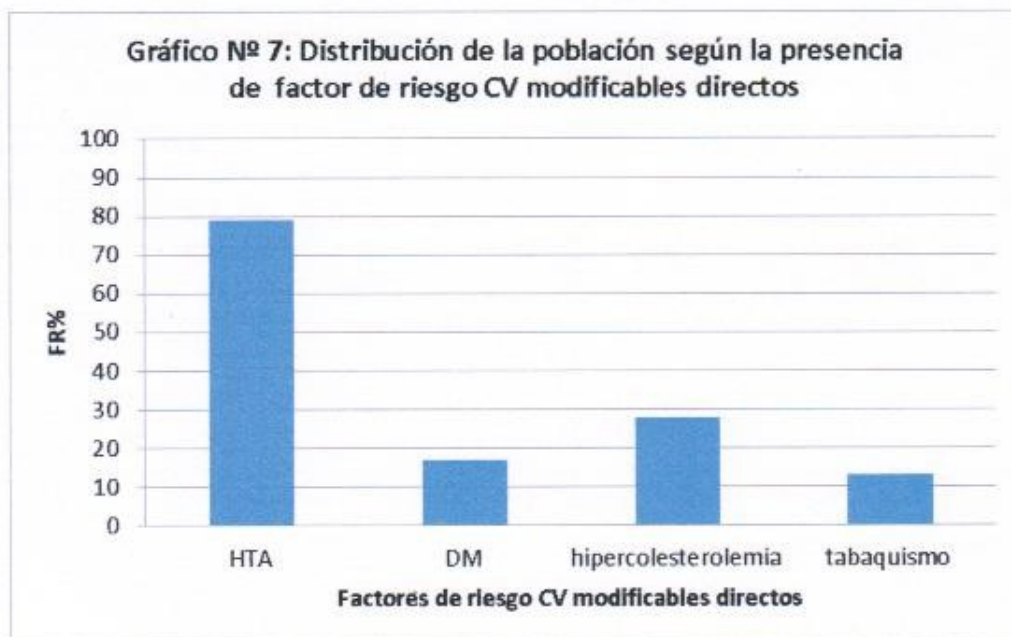




Tabla Nº 7 a. Distribución de la población según consumo de sal

| Consumo de sal | FA | FR | FR% |
|----------------|----|------|-----|
| - si | 30 | 0.43 | 43 |
| - no | 40 | 0.57 | 57 |
| N= | 70 | 1 | 100 |

Fuente: información contenida en los cuestionarios ETSA agosto-setiembre 2013

Gráfico Nº 7 a. Distribución de la población según consumo de sal

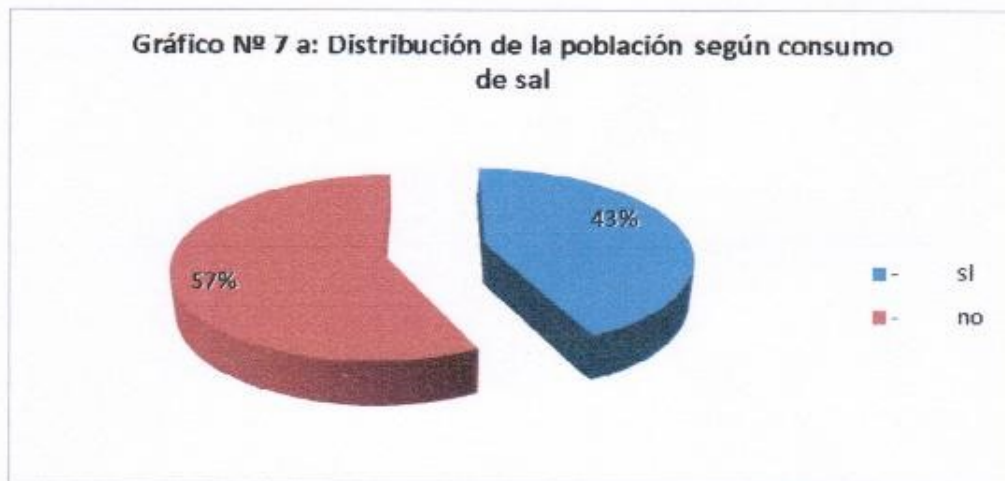




Tabla N° 7 b. Distribución de la población según presencia o ausencia de hipertensión arterial (HTA) y consumo de sal.

| | | CONSUMO DE SAL | | |
|------------------|--------|----------------|----------|-------|
| | | Si (%) | No (%) | Total |
| PRESENCIA DE HTA | HTA | 22 (40%) | 34 (60%) | 56 |
| | No HTA | 8 (57%) | 6 (43%) | 14 |
| | Total= | 30 | 40 | N =70 |

Fuente: información contenida en los cuestionarios ETSA agosto-setiembre 2013

Gráfica N° 7 b. Distribución de la población según presencia o ausencia de hipertensión arterial (HTA) y consumo de sal.

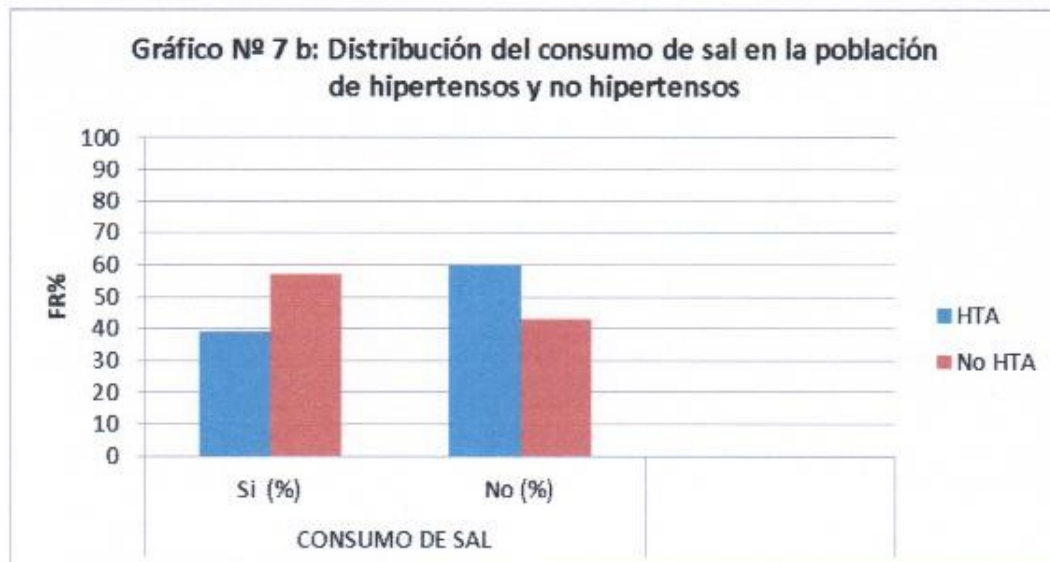




Tabla N° 8 a. Distribución de la población según frecuencia de consumo de carne roja

| Frecuencia de consumo de carne roja | FA | FR | FR% |
|-------------------------------------|----|------|-----|
| Diario | 2 | 0,04 | 4 |
| 3 veces por semana | 34 | 0,66 | 66 |
| 1 vez por mes | 15 | 0,3 | 30 |
| N= | 51 | 1 | 100 |

Fuente: información contenida en los cuestionarios ETSA agosto-setiembre 2013

Tabla N° 8 b. Distribución de la población según frecuencia de consumo de carne de pollo

| Frecuencia de consumo de carne de pollo | FA | FR | FR% |
|---|----|------|-----|
| Diario | 0 | 0 | 0 |
| 3 veces por semana | 37 | 0,71 | 71 |
| 1 vez por mes | 15 | 0,29 | 29 |
| N= | 52 | 1 | 100 |

Fuente: información contenida en los cuestionarios ETSA agosto-setiembre 2013



Tabla N° 8 c. Distribución de la población según frecuencia de consumo de carne de pescado

| Frecuencia de consumo de carne de pescado | FA | FR | FR% |
|---|----|------|-----|
| Diario | 0 | 0 | 0 |
| 3 veces por semana | 6 | 0,29 | 29 |
| 1 vez por mes | 15 | 0,71 | 71 |
| N= | 21 | 1 | 100 |

Fuente: información contenida en los cuestionarios ETSA agosto-setiembre 2013

Tabla N° 8 d. Distribución de la población según frecuencia de consumo de carne de cerdo

| Frecuencia de consumo de carne de cerdo | FA | FR | FR% |
|---|----|------|-----|
| Diario | 0 | 0 | 0 |
| 3 veces por semana | 1 | 0,11 | 11 |
| 1 vez por mes | 8 | 0,89 | 89 |
| N= | 9 | 1 | 100 |

Fuente: información contenida en los cuestionarios ETSA agosto-setiembre 2013



Gráfico Nº 8: Distribución de la población según la frecuencia de consumo de carnes

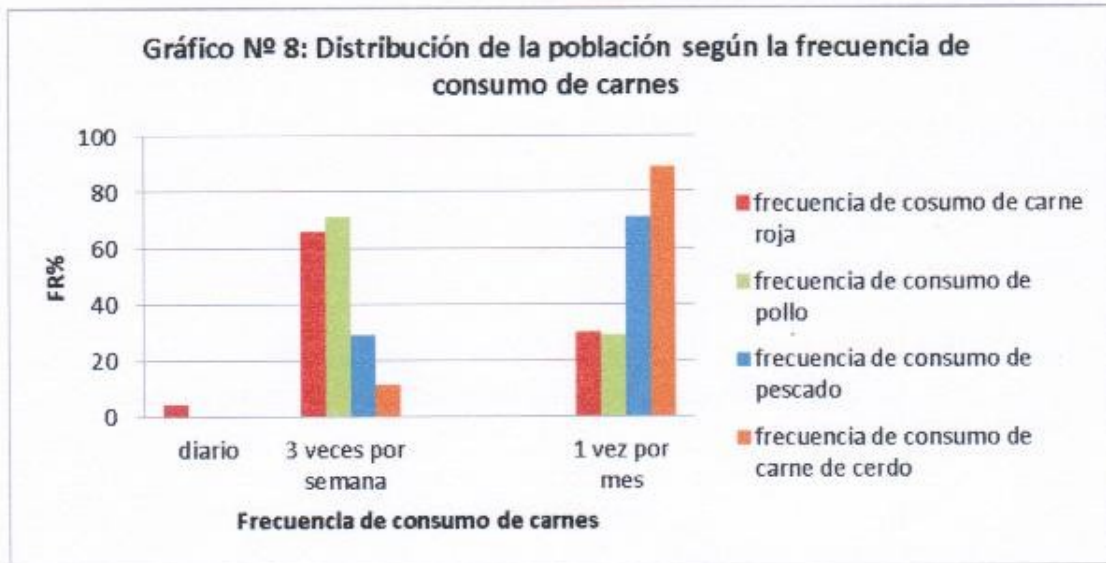




Tabla N° 9. Distribución de la población según frecuencia de consumo de comida rápida.

| Consumo de comida rápida | FA | FR | FR% |
|--------------------------|----|------|------|
| Si | 16 | 0,23 | 23% |
| No | 54 | 0,77 | 77% |
| N= | 70 | 1,00 | 100% |

Fuente: información contenida en los cuestionarios ETSA agosto-setiembre 2013

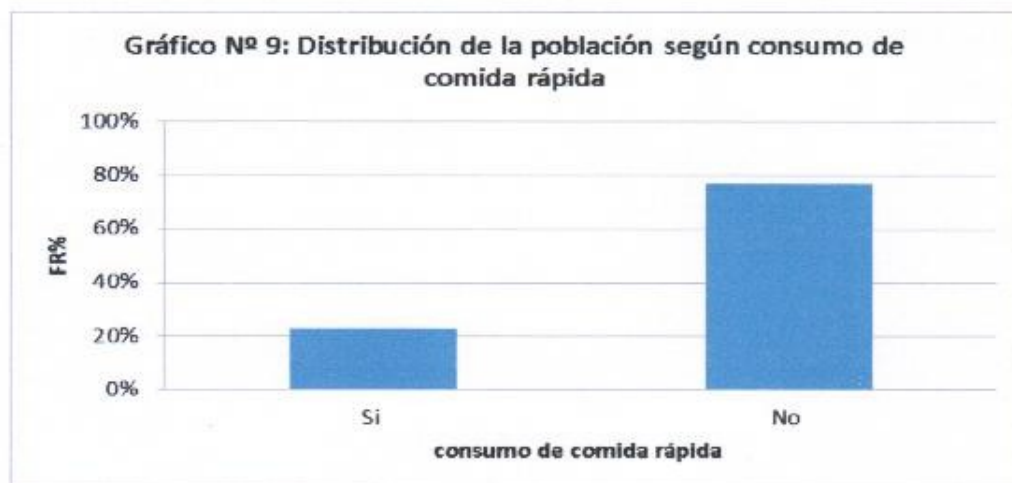




Tabla N° 10. Distribución de la población según frecuencia de consumo de comida elaborada

| Consumo de comida elaborada | FA | FR | FR% |
|-----------------------------|----|------|------|
| Si | 20 | 0,29 | 29% |
| No | 50 | 0,71 | 71% |
| N= | 70 | 1,00 | 100% |

Fuente: información contenida en los cuestionarios ETSA agosto-setiembre 2013

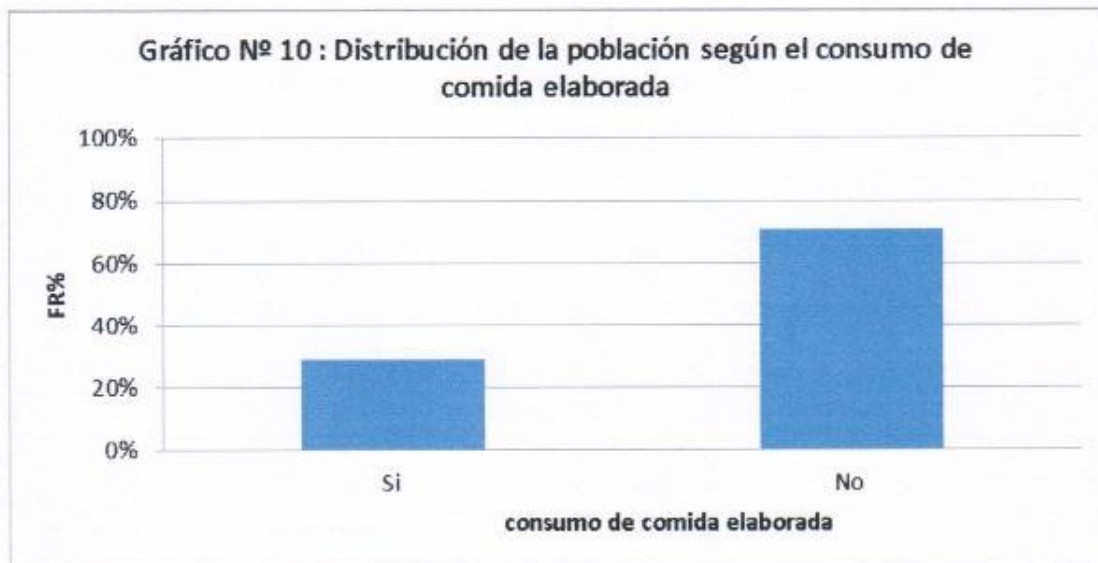




Tabla N° 11. Distribución de la población según Factores de riesgo de enfermedad Cardiovascular (CV) modificables indirectos presentes en la población

| Factores de riesgo de enfermedad CV modificables indirectos | FA | FR | FR% | N= |
|---|----|------|-----|----|
| Sedentarismo | 63 | 0.90 | 90 | 70 |
| Obesidad | 36 | 0.51 | 51 | 70 |
| Estrés | 15 | 0.21 | 21 | 70 |

Fuente: información contenida en los cuestionarios ETSA agosto-setiembre 2013

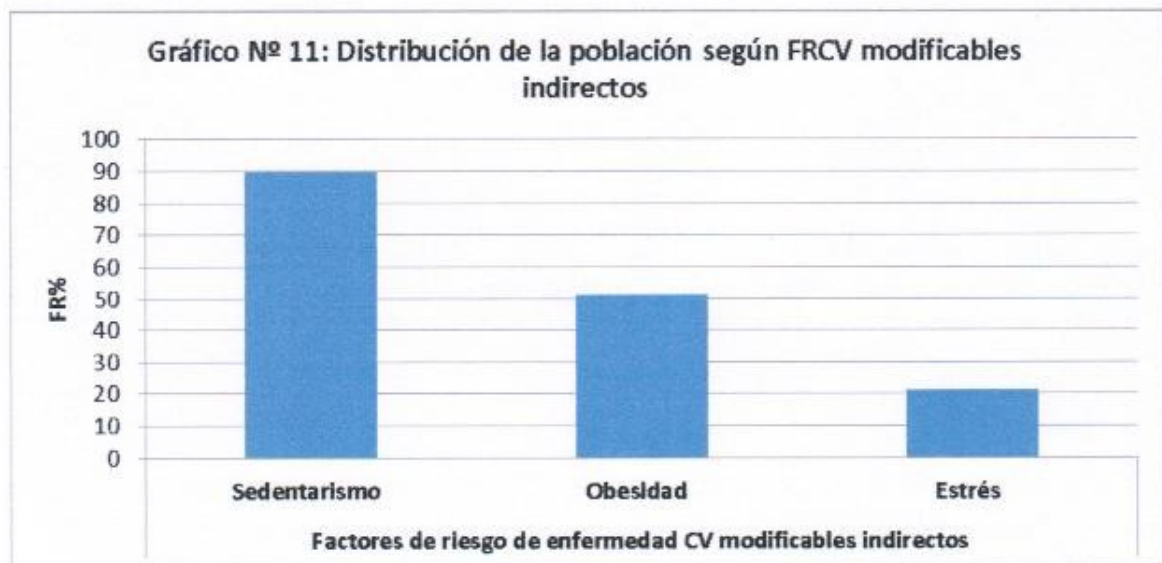




Tabla N° 11 a. Distribución de la población según la realización de ejercicio físico.

| REALIZACION DE EJERCICIO FISICO | FA | FR | FR% |
|---------------------------------|----|------|------|
| Si | 7 | 0,10 | 10% |
| No | 63 | 0,90 | 90% |
| N= | 70 | 1,00 | 100% |

Fuente: información contenida en los cuestionarios ETSA agosto-setiembre 2013

Grafico N°11a. Distribución de la población según realización de ejercicio físico





Tabla N° 11 b. Distribución de la población según Índice de masa corporal (IMC)

| IMC | RANGOS | FA | FR | FR% |
|----------------------|-----------|----|-------|-----|
| Bajo peso | ≤ 19 | 1 | 0,014 | 1,4 |
| Normal | 20-25 | 13 | 0,19 | 19 |
| Sobrepeso | 26-30 | 20 | 0,28 | 28 |
| Obesidad pre-mórbida | 31-40 | 32 | 0,45 | 45 |
| Obesidad mórbida | ≥ 41 | 4 | 0,05 | 5 |
| N=70 | | 70 | 1 | 100 |

Fuente: información contenida en los cuestionarios ETSA agosto-setiembre 2013

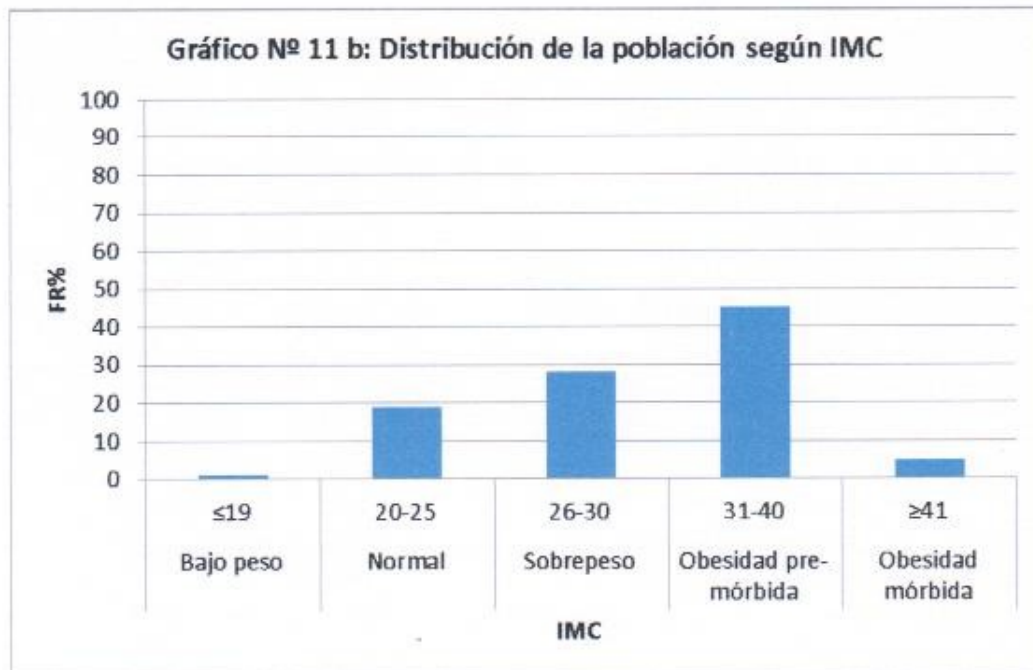




Tabla Nº 12. Distribución de los exámenes realizados.

| Exámenes realizados | FA | FR | FR% | N= |
|-------------------------|----|-------|-----|----|
| Control PA | 57 | 0,81 | 81 | 70 |
| ECG | 44 | 0,63 | 63 | 70 |
| Ecocardiograma | 32 | 0,46 | 46 | 70 |
| Holter | 1 | 0,014 | 1,4 | 70 |
| Orina | 30 | 0,43 | 43 | 70 |
| Eco Ap. Urinario | 5 | 0,071 | 7,1 | 70 |
| Doppler vasos de cuello | 4 | 0,057 | 5,7 | 70 |
| Sangre | 46 | 0,65 | 65 | 70 |
| RxTx | 28 | 0,4 | 40 | 70 |

Fuente: información contenida en los cuestionarios ETSA agosto-setiembre 2013

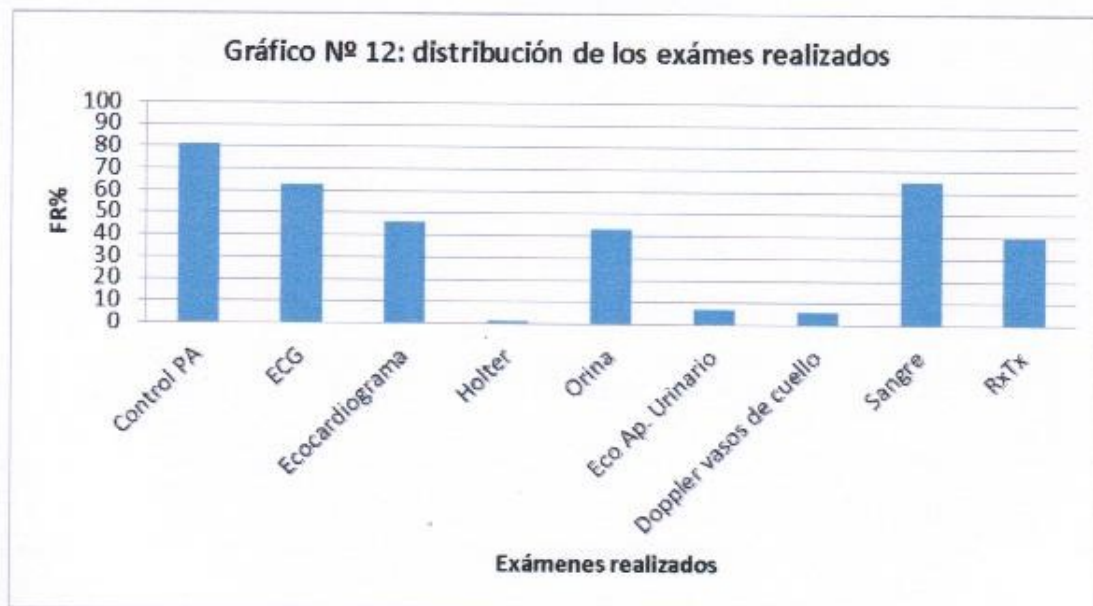




Tabla N° 13a. Distribución de la población según la realización de controles médicos.

| Controles médicos | FA | FR | FR% |
|-------------------|----|------|-----|
| SI | 59 | 0,84 | 84 |
| NO | 11 | 0,16 | 16 |
| N=70 | 70 | 1 | 100 |

Fuente: información contenida en los cuestionarios ETSA agosto-setiembre 2013

Gráfico N° 13a: Distribución de la población según controles medicos

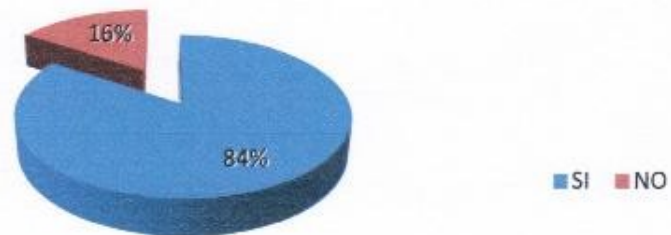
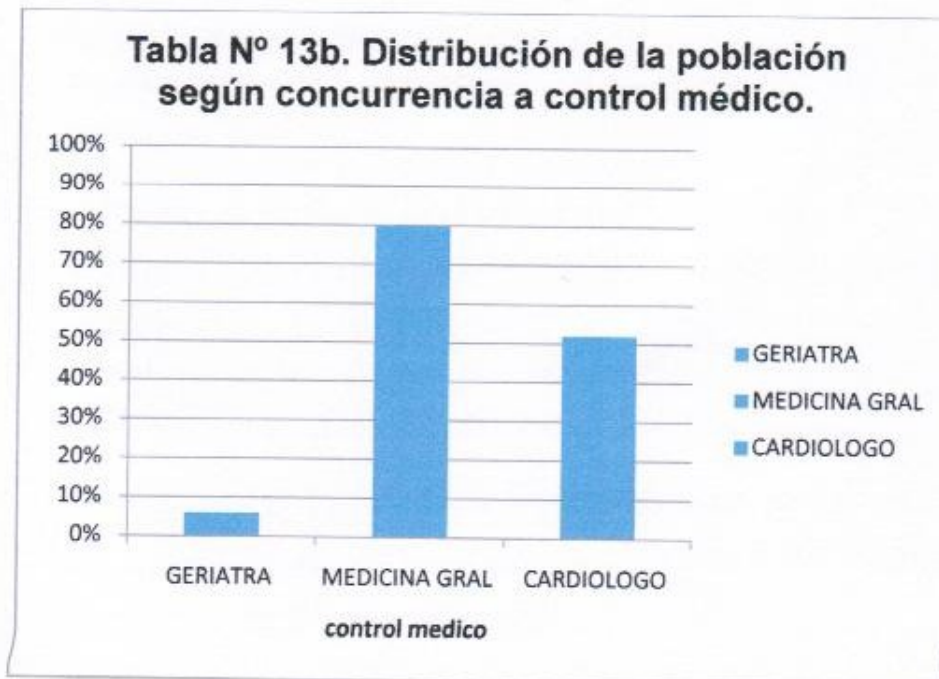




Tabla N° 13b. Distribución de la población según concurrencia a control médico.

| REALIZA CONTROL MEDICO | FA | FR | FR% | N= |
|------------------------|----|------|-----|----|
| GERIATRA | 4 | 0,06 | 6% | 70 |
| MEDICINA GRAL | 58 | 0,80 | 80% | 70 |
| CARDIOLOGO | 37 | 0,52 | 52% | 70 |

Fuente: información contenida en los cuestionarios ETSA agosto-setiembre 2013





ANÁLISIS

De acuerdo a los datos obtenidos a partir de la aplicación del cuestionario ETSA en las visitas domiciliarias llevadas a cabo durante los días 31 de agosto, al 5 de setiembre de 2013 en los complejos habitacionales del BPS ubicados en Montevideo, en los barrios de Lézica, Colón, 3 Ombúes, Santiago Vázquez y Sayago; se obtuvo la siguiente información.

La gran mayoría (60%) de la población a la cual se le aplicaron los cuestionarios ETSA fueron adultos mayores, con edades entre los 76 y 85 años; corresponde a la franja etaria de fragilidad y vulnerabilidad, seguido de un 37% de 65 a 75 años. La media de edad calculada fue de 77 años. Se sabe que a mayor edad mayor es el riesgo para contraer enfermedades cardiovasculares.²²

La edad es un factor de riesgo no modificable para contraer enfermedades cardiovasculares. Los mayores de 75 años constituirán el 40 % del grupo etario para el año 2025.²³

En cuanto a la distribución por sexo se observó que esta población está formada en un 79% por mujeres dándose el fenómeno de feminización del envejecimiento, el cual se explica en la distribución de edades por sexo encontrada; cuanto mayor es la edad mayor es el número de mujeres en relación al número de hombres. (Paredes, Ciarniello, Brunet. 2010).

En relación a la raza se destaca que la totalidad de los encuestados eran de raza blanca. Se sabe que los individuos de raza negra tienen mayor riesgo de presentar enfermedad cardiovascular.²⁴

En cuanto a las redes de apoyo informales o familiares vemos que más de la mitad de la población (60%) vive solo/a, y en donde la amplia mayoría son mujeres, pudiendo presentar riesgos sociales y de salud. En inferior porcentaje viven acompañados de su conyugue, nietos, hijos u otros.



Con respecto al estado civil; el 37% es viudo, el 25% vive con el cónyuge y el 23% es casado.

El 58% de los adultos mayores visitados cuenta con estudios primarios. Solo un 6% había cursado estudios terciarios. Lo cual es importante al momento de la planificación de programas de prevención, en donde se deben de planificar estrategias adecuadas a las características socio demográficas de la población a fin de alcanzar mayor éxito.

El 49% refirió tener Antecedentes familiares de fallecidos por enfermedad cardiovascular, lo cual es un factor de riesgo no modificable presente en dicho porcentaje de la población, según estudios científicos.²⁵

En cuanto a los antecedentes familiares de factores de riesgo cardiovascular el 47% era tabaquista, 46% contaba con antecedentes de hipertensión, el 44% sedentarios, 26% de obesidad 17% de diabetes, y el 6% hipercolesterolemia constituyendo estos factores de riesgo no modificables.

En relación a los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular modificables directos, según muestra la tabla N° 7, casi el 80% de los adultos mayores entrevistados (N= 70), son hipertensos diagnosticados y un 28% refiere tener hipercolesterolemia. Se ha estudiado que la hipertensión arterial es un factor de riesgo para enfermedad coronaria, insuficiencia cardiaca, enfermedad cerebro vascular e insuficiencia renal, y que aumenta dicho riesgo si se asocia a elevados nivel de colesterol sanguíneo.¹

La presencia de hábitos alimenticios no saludables se midieron en el cuestionario a través de la frecuencia de consumo de sal, frecuencia de consumo de carnes, ingesta de comida rápida y comidas elaboradas.

En cuanto al consumo de sal, la mayoría (57%) refiere no consumirla, porcentaje que se incrementa en los hipertensos. Dato positivo, dado que se



espera que las personas con hipertensión arterial reduzcan su consumo de sal, a fin de reducir dicho factor de riesgo. Consideramos a este hallazgo como una conducta generadora de salud y de auto cuidado.

El Uruguay presenta un consumo excesivo de calorías provenientes de las grasas fundamentalmente saturadas, debido a un alto consumo de alimentos de origen animal; esto se vio reflejado en la elevada frecuencia del consumo de carnes rojas y pollo, y no así el pescado, siendo este último tipo de carne el que aporta mayores beneficios a la salud cardiovascular. Según estudios se ha demostrado que los ácidos grasos omega 3, presentes principalmente en los pescados, aportan beneficios a la salud humana, ya que actúan en la prevención de enfermedades cardiovasculares, entre otras afecciones.²⁷⁻²⁸

La mayor frecuencia de consumo de estas últimas (pescado y cerdo) según los datos recabados, es de una vez al mes.

Un 77 % refiere no consumir comidas rápidas, porcentaje que se correlaciona con los datos obtenidos (71%) al preguntar acerca del consumo de comida elaborada.

En cuanto a la presencia de diabetes se obtuvo que el 17% de la muestra presentaba dicha patología, porcentaje que se correlaciona con los obtenidos en el estudio de prevalencia de enfermedades crónicas de los adultos mayores (2010).

Un 13% presentó como factor de riesgo modificable directo al tabaquismo, lo cual según estudios realizados demuestra que el tabaquismo aumenta el riesgo de enfermedades cardíacas; los fumadores de cigarrillos tienen una probabilidad de 2 a 4 veces mayor de desarrollar enfermedad coronaria que los no fumadores y duplica el riesgo de ACV.²⁹

En cuanto a presencia de factores de riesgo modificables indirectos para el desarrollo de enfermedad cardiovascular, el sedentarismo fue señalado por la mayoría (90%), en correlación a que cuando se indagó respecto a si realizaba algún tipo de ejercicio, un 10% respondió afirmativamente.



Otro factor de riesgo modificable indirecto es la obesidad, la cual según el IMC mostró que el 45% se encontraba con Obesidad pre-mórbida, seguido de un 28% que presentó sobrepeso, lo cual se relaciona con estudios anteriores donde se muestra que un 51% presentan dicho factor.

El 21% de los adultos mayores visitados presento algún tipo de estrés, siendo este otro factor de riesgo para ECV modificable indirecto.

En cuanto a la realización de controles médicos el 84 % afirma controlarse con al menos un tipo de especialista o médico general por prevención o rutina en el último año. De los cuales un 80% refiere controlarse con medico de medicina general, un 52% concurre al cardiólogo, cabe destacar que la población entrevistada contaba con un 80% de hipertensos lo que muestra que no todos estos hipertensos se controlan con el especialista en dicha patología. A pesar de encontrar una población del 63% mayor de 75 años apenas un 6% consulta con geriatra, lo cual refleja no hacer un buen uso de dicha especialidad. El 81% señalo que lleva control de cifras de presión arterial, superando inclusive el porcentaje de hipertensos que llega al 80%. Se deduce de estos datos que la población tiene en cuenta la importancia del control periódico de toma de presión arterial. Se observó que el 65% se realizaban exámenes de sangre, Electrocardiograma 63%, Ecocardiograma 46% y un 5,7% doppler de vasos de cuello.

Por otro lado un 84% se realiza controles médicos preventivos o de rutina, quedando un 16% que consulta cuando presenta síntomas o determinada situación de salud.

Las enfermedades crónicas son el principal problema de salud en nuestra población por su elevada prevalencia y el alto número de muertes que provocan, y en donde las ECV ocupan el primer lugar dentro de las enfermedades crónicas siendo el mayor número de muertes en el Uruguay ídem cita 14. La acumulación de múltiples factores de riesgo, en su mayoría modificables, pueden llevar al desarrollo de ECV, la reducción o eliminación de estos ayudara al anciano a llegar a una vejez saludable.



Como la población presentó factores de riesgo cardiovascular modificables, como HTA, hipercolesterolemia, sedentarismo, diabetes, tabaquismo, estrés, hábitos alimenticios y obesidad, se considera que una de las responsabilidades del profesional de enfermería es lograr que el adulto mayor identifique y reconozca los factores de riesgo que provocan el desarrollo de ECV; con la finalidad de que el mismo adopte estilos de vida saludables en beneficio de su salud. Las conductas de auto cuidado frente a los riesgos de estas son consideradas un pilar para la prevención en el desarrollo de las mismas, ya que la modificación del estilo de vida contribuye a la reducción del riesgo. Enfermería debe brindar apoyo y sostén en este proceso para promover un envejecimiento saludable, activo y autónomo, colaborando en el mantenimiento del adulto mayor en la comunidad.



LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El estudio presentó limitaciones dadas por el propio instrumento de medida, dado que limitaba las variables a estudiar a las que se encontraban en el cuestionario, y dejando afuera variables tales como el consumo de frutas y verduras, dentro de los hábitos de alimentación.

Existieron limitaciones respecto al acceso a la población en estudio. Cabe mencionar que si bien nuestro universo era de un total de 345 viviendas no se pudo acceder a su totalidad ya que de los complejos asignados el que mayor población tenía era un complejo que contaba con 156 viviendas, se encontró con muchas limitaciones por parte del complejo para poder ingresar a las mismas, como también de los demás complejos nos encontramos con viviendas desocupadas o que al momento de la visita no se encontraban los propietarios, no quisieron participar de la entrevista o no calificaban según los criterios establecidos quedando así nuestra muestra a un número de 70.



CONCLUSIONES

Consideramos que a través de la realización del presente trabajo de investigación se logró cumplir con los objetivos planteados, pudiendo caracterizar a la población según sexo, edad, estado civil y nivel de instrucción; esto nos permitió conocer el perfil de la población de estudio ya que algunos indicadores socio demográficos como edad y sexo son en sí mismo factores de riesgo CV.

De la información analizada, podemos señalar que la población en estudio correspondió a una muestra de adultos mayores de 65 años, con una media de edad correspondiente a los 77 años, mayoritariamente de sexo femenino, y con antecedentes de familiares fallecidos por enfermedad cardiovascular. Los cuales son factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Si bien se sabe que el riesgo es mayor en hombres, se ha visto que luego del periodo menopáusico se iguala el riesgo. Si a esto se le suma que la coexistencia de varios factores de riesgo aumenta la probabilidad de enfermar, estaríamos frente a una población vulnerable frente a este tipo de patologías.² A esto se le suma que la mayoría posee nivel de escolaridad básico (estudios primarios en su mayoría), hechos que enfermería debe de considerar al momento de la planificación de medidas de prevención y promoción en salud. A su vez es necesaria una correcta identificación por parte de estos profesionales, de los conocimientos previos que tiene esta población respecto a enfermedades cardiovasculares, sus causas y sus consecuencias.

En acuerdo con el objetivo del programa del adulto mayor que hace referencia a favorecer la capacitación de RRHH (profesionales y no profesionales) que atiendan las necesidades de los adultos mayores; consideramos que es



necesaria la formación y especialización de los profesionales de la salud en este ámbito.

Se destaca que de la población entrevistada, más de la mitad de los adultos mayores vivía solo, siendo aún más necesario concientizar al adulto mayor, de la responsabilidad individual para adoptar estilos de vida saludables y de esta manera disminuir y prevenir factores de riesgo cardiovascular modificables directos e indirectos, fomentando el auto cuidado.

El trabajo de la enfermera comunitaria y enfermería gerontológica para la realización de visitas domiciliarias en donde se evalué entre otras, la capacidad del anciano para vivir solo de manera autónoma trabajando en un equipo interdisciplinario y fortaleciendo la educación y participación de enfermería en este ámbito, promover salud integral trabajando para y con la comunidad.

También consideramos importante trabajar en grupos poblacionales desde edades tempranas haciendo hincapié en adopción de estilos de vida saludables entendiéndose por estos hábitos alimenticios saludables, realización de ejercicio físico y no utilización de sustancias nocivas para la salud como el tabaco. Sería importante implementar en centros educativos la realización de controles de salud y fomento de estos a través de la intervención de enfermería.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ¹ López MN. Informe del programa de viviendas para jubilados y pensionistas BPS. Montevideo: MVOTMA; p. 1-4 [consulta: 30 junio 2013].
- ² *ibid.*
- ³ Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Consejo Consultivo del Instituto Nacional del Adulto Mayor. Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez 2013-2015. Montevideo: MIDES; 2012.
- ⁴ Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. Indicadores demográficos en Uruguay. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/socio-demograficos/demograficos2008.asp> [consulta: 28 junio 2013].
- ⁵ Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Proceso de envejecimiento demográfico y sus tendencias futuras. Disponible en: www.eclac.org [consulta: 28 junio 2013].
- ⁶ Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Colección Documentos de proyectos Escenarios futuros en políticas de vejez III. El proceso de envejecimiento demográfico y sus tendencias futuras. Disponible en: http://www.eclac.org/publicaciones/xml/5/36675/lcw_262_2.pdf [consulta: 28 junio 2013].
- ⁷ Paredes M, Ciarniello M, Brunet N. Indicadores sociodemográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay: una perspectiva comparada en el contexto latinoamericano. Montevideo: UDELAR; 2010. Disponible en: http://www.unfpa.org.uy/userfiles/publications/17_file1.pdf [consulta: 28 junio 2013].
- ⁸ Alfaro Macías O, Ruiz Balbuena F. Prevalencia de enfermedades crónicas en los adultos mayores residentes de la colonia las Granjas, de la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México. 2010. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1813-53632010000200008&lng=es. [consulta: 6 junio 2013].
- ⁹ *ibid.*
- ¹⁰ *ibid.*



¹¹ Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Sector Enfermedades No Transmisibles. Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Disponible en:
http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia_5551_1.html [consulta: 1 julio 2013].

¹² Zamora A, Elosuab R, Marrugatb J. El tabaco como factor de riesgo cardiovascular en las poblaciones mediterráneas Barcelona. 2003. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/15/15v16n05a13066780pdf001.pdf> [consulta: 28 junio 2013].

¹³ Fundación Española del Corazón. 2013. Disponible en:
<http://www.fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/diabetes.html> [consulta: 28 junio 2013].

¹⁴ Zamora A, Elosuab R, Marrugatb J. Op. Cit. [consulta: 28 junio 2013].

¹⁵ Armario , Hernández del Rey , Montserrat , Baranera . Estrés, enfermedad cardiovascular e hipertensión arterial . Barcelona 2002 Disponible en:
<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/2/2v119n01a13032640pdf001pdf> [consulta: 28 junio 2013].

¹⁶ Amario ,Hernández del Rey , Montserrat , Baranera . Op. Cit. [consulta: 28 junio 2013].

¹⁷ Guía de Alimentación y Salud. Alimentación en las enfermedades cardiovasculares. España 2013. Disponible en:
http://www.uned.es/peanutricionydietetical/guia/enfermedades/cardiovasculares/factor_no_modificables.htm [consulta: 28 junio 2013].

¹⁸ Hábitos de vida saludables Uruguay.2011Disponible en:
<http://www.getne.org/Informaci%C3%B3nalPaciente/H%C3%A1bitosdevidasaludables.aspx> [consulta: 8 octubre 2013].

¹⁹ Uruguay. Presidencia de la República. Promover hábitos alimenticios mejora productividad laboral. 2011. Disponible en:
<http://presidencia.gub.uy/wps/wcm/connect/Presidencia/PortalPresidencia/Comunicacion/comunicacionNoticias/promover-habitos-alimentarios-saludables-mejora-productividad-laboral> [consulta: 8 octubre 2013].



- ²⁰López-Jiménez F, Cortés-Bergoderi M. Obesidad y corazón. Rev Esp Cardiol. 2011; 64(2):140-9. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/obesity-and-the-heart/articulo/13191034/> [consulta: 28 junio 2013].
- ²¹Becoña E, Vázquez F, Oblitas L. Promoción de los estilos de vida saludables ALAPSA. Bogotá 2004. Disponible en: <http://www.alapsa.org/detalle/05/index.htm> [consulta: 28 junio 2013].
- ²²Palomo I, Icaza G, Mujica V, Núñez L, Leiva E, Vásquez M, et al. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos en población adulta de Talca, Chile, 2005. Rev Méd Chile 2007; 135: 904-912. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000700011&lng=es [consulta: 21 setiembre 2013].
- ²³Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. División Salud de la Población. Programa Nacional Del Adulto Mayor. 2005. Disponible en: www.msp.gub.uy/andocasociado [consulta: 27 junio 2013].
- ²⁴Benet Rodríguez M, ApollinairePinnini JJ, Torres Ros J, Peraza Pons S. Reactividad cardiovascular y factores de riesgos cardiovasculares en individuos normotensos menores de 40 años. Rev. Esp. Salud Pública 2003; 77(1):143-50. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272003000100010&lng=es [consulta: 23 setiembre 2013].
- ²⁵Fernández-Olaechea MD, Roselló-Araya M. Factores de riesgo cardiovascular en dos grupos de mujeres con cardiopatía coronaria y sin ella. Rev. costarric. cienc. Méd 1997; 18(2):29-35. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0253-29481997000200003&lng=es [consulta: 21 setiembre 2013].
- ²⁶Navarrete S, Huertas D, Rozo L, Ospina J. Prevalencia de factores de riesgo para enfermedad cardiovascular en una muestra de pacientes con hipertensión arterial esencial: estudio descriptivo. Rev. Colomb. Cardiol. 2009;16(2):64-70. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332009000200003&lng=en. [21 setiembre 2013]
- ²⁷Castro-González MI. Acidos grasos omega 3: beneficios y fuentes. INCI 2002;27(3):128-36. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-18442002000300005&lng=e [consulta: 21 setiembre 2013].
- ²⁸Nasiff-Hadad A, Meriño-Ibarra E. Ácidos grasos omega-3: pescados de carne azul y concentrados de aceites de pescado. Lo bueno y lo malo. Rev cubana med. 2003; 42(2):128-33. Disponible en:



http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232003000200008&lng=es [consulta: 21 septiembre 2013].

²⁹ Asociación Americana del Corazón. Incluso fumar poco aumenta el riesgo de muerte súbita de origen cardíaco en mujeres. 2011. Disponible en: <http://newsroom.heart.org> [consulta: 20 julio 2013].



BIBLIOGRAFÍA

- Albano V, Alberti F, Martínez V, Rodríguez L, Salvador K. Estudio socio demográfico y epidemiológico de la vejez. Montevideo: FE, UdelaR; 2011. (Tesis de grado).
- Asociación Americana del Corazón. Incluso fumar poco aumenta el riesgo de muerte súbita de origen cardiaco en mujeres 2011. Disponible en: <http://newsroom.heart.org>.
- Becoña E, Vázquez F, Oblitas L. Promoción de los estilos de vida saludables. ALAPSA. Bogotá. 2004. Disponible en: <http://www.alapsa.org/detalle/05/index.htm>
- Burke MM. Enfermería gerontológica: cuidados integrales del adulto mayor. Madrid: Mosby; 1998.
- Calzo Velázquez LJ, Villanueva Benítez M, Flores Torres E, Pérez Moreno PJ, Fernández López L, Velázquez Clavijo M, et al. Estudio comparativo de la calidad de vida en personas mayores de las ciudades de Quito (Perú) y Sevilla (España). Revista de Enfermería. Albacete 2002.
- Castro-González MI. Ácidos grasos omega 3: beneficios y fuentes. INCI 2002 Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-18442002000300005&lng=es.
- Castrillon S, Conde G, Ruiz A, Veglio A, Zafferoni V. Factores socio demográficos y epidemiológicos de la vejez (tesis). Montevideo: FENF, UdelaR; 2012.
- Colo L, Toledo P, Sorteche E, González V, Díaz M. Estudio socio demográfico y epidemiológico de la vejez. Montevideo: FE, UdelaR; 2011. (Tesis de grado).
- Da Rosa M, Ferreira P, Goncalvez F, Ramos L, Rodríguez M. Estudio socio demográfico y epidemiológico de la vejez en complejos de viviendas de BPS. Montevideo: FE, UdelaR; 2012. (Tesis de grado).
- Da Silva K. ¿Cuáles son los factores de riesgo de caídas de los adultos mayores residentes en el complejo de viviendas del BPS Paullier y Goes en Montevideo? Montevideo; FE, UdelaR; 2010. (Tesis de grado).
- Maestro Castelblanque E, Albert Cuñat V. ¿Quiénes son ancianos frágiles ancianos de riesgo? Estudio en personas mayores de 65 años del área



sanitaria de Guadalajara (México) 2002. Disponible en:
http://www.mgyf.org/medicinageneral/revista_45/pdf/443-459.pdf

Fernández-Olaechea MD, Roselló-Araya M. Factores de riesgo cardiovascular en dos grupos de mujeres con cardiopatía coronaria y sin ella. 1997. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0253-29481997000200003&lng=es [consulta: 28 junio 2013].

Hábitos de vida saludables Uruguay. 2011.(Citado 20 de agosto de 2011)
Disponible
en:<http://www.getne.org/Informaci%C3%B3nalPaciente/H%C3%A1bitosdevidasaludables.aspx>

HernandezSampieri, Metodología de la Investigación, 5º edición México McGraw-Hill, 2010.

López,F.-Jiménez, M. Cortés-Bergoderi Obesidad y corazón.Estados Unidos.2011. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/obesity-and-the-heart/articulo/13191034/>

Mariana Paredes, Maite Ciarniello, Nicolás Brunet, Indicadores socio demográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay: una perspectiva comparada en el contexto latinoamericano Montevideo: FE, UdelaR; 2010. (Tesis de grado).

Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. Área de Epidemiología y Estadística. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares en Uruguay 2010. Disponible en: <http://www.cardiosalud.org/publicaciones/mortalidad-2010.pdf> [consulta: 28 junio 2013].

Pérez R. Gerontología en Uruguay: una contrucción hacia la interdisciplina, red temática sobre envejecimiento y vejez de la UDELAR. Montevideo: Psicolibros; 2004.

Uruguay. Presidencia de la República. Promover hábitos alimenticios mejora productividad laboral. Uruguay.2011. Disponible en: <http://presidencia.gub.uy/wps/wcm/connect/Presidencia/PortalPresidencia/Comunicacion/comunicacionNoticias/promover-habitos-alimentarios-saludables-mejora-productividad-laboral> [consulta: 28 junio 2013].

Olivares-Tirado P. Perfil epidemiológico del adulto mayor en Chile. Santiago de Chile: Departamento de Estudios y Desarrollo; 2006. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-4020_recurso_1.pdf [consulta: 28 junio 2013].



Pineda B, Alvarado EL. Metodología de la investigación. 3a. ed. Washington; OPS; 2008.

Ketzoian C. Estadística médica: conceptos y aplicaciones al inicio de la formación médica. Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR; 2004.

Palomo I, Icaza G, Mujica V, Núñez L, Leiva E, Vásquez M, et al. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos en población adulta de Talca, Chile, 2005. Rev Méd Chile 2007; 135: 904-912. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000700011&lng=es

Viveros Madariaga A. Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe: políticas públicas y las acciones de la sociedad. Santiago de Chile: CEPAL; 2001. Disponible en:
<http://www.eclac.org/publicaciones/xml/8/9258/LCL1657p.pdf> [consulta: 28 junio 2013].

Wesley RL. Teorías y modelos de enfermería. México: McGraw-Hill; 1997.



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



ANEXOS



ANEXO 1 Entrevista Estudio Epidemiológico Salud Del Adulto y Anciano ETSA



ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO

DATOS DEL ENTREVISTADO

| | |
|--------|------|
| Nombre | C.I. |
|--------|------|

| Indique el dato que corresponde | | | | | |
|---------------------------------|-------|---------------------------------|-------------------------|-----------------------|----------|
| Montevideo | | Interior | | Barrios | |
| Ataraya/Sola | | Calle | | Número | |
| Fecha entrevista | | | Número de visitas | | |
| Sexo | Etnia | Trabajo | Tipo Ocupación Anterior | Tipo Ocupación Actual | Jubilado |
| F | M | | | | |
| Tiene hijos | | | | Si | No |
| Con quién vive | | | | | |
| Solo | | Cónyuge | | Hijo/a | |
| Nieta | | Otro(s) | | | |
| Nivel de educación | | Primaria completa | | Secundaria completa | |
| | | | | Tercaria completa | |
| Cobertura médica | | Si | | No | |
| Servicio de urgencia móvil | | | | | |
| Atención de urgencia | | Si | | No | |
| Atención de urgencia | | No | | No sabe | |
| Vacunas | | Si | | No | |
| | | Neumococo | | Antigripal | |
| | | Acetilatos | | | |
| Estado Civil | | | | | |
| Soltero | | Casado | | Divorciado | |
| Viudo | | Unión Libre | | | |
| Mayor de 65 años | | Si | | No | |
| | | Carter de salud de adulto mayor | | Si | |
| | | | | No | |

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

| | Obesidad | | | Tabaquismo | | | Sedentarismo | | | Estrés | | | Diabetes | | | Hipertensión Arterial | | | Dislipemia | | | |
|----|----------|-------|------|------------|-------|------|--------------|-------|------|--------|-------|------|----------|-------|------|-----------------------|-------|------|------------|-------|------|--|
| | 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 | Sedentario | Estrés | Diabetes | Hipertensión Arterial | Dislipemia | Enfermedades Respiratorias |
| Si | | | | | | | | |
| No | | | | | | | | |



**ESTUDIO
EPIDEMIOLÓGICO
SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO**

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

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

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

| Estilo de vida - Hábitos Alimentarios | | | | | |
|---------------------------------------|----|----|----------------|----------------|--------------|
| | Si | No | Todos los días | 3 veces/semana | 1 vez al mes |
| Consumo carnes rojas | | | | | |
| Consumo pollo | | | | | |
| Consumo cerdo o derivados | | | | | |
| Consumo pescado | | | | | |

| Realiza ejercicio físico | | | | | |
|--|----|----|---------------|----------------|---------------|
| | Si | No | Dianariamente | 3 veces/semana | Cant. minutos |
| Bicicleta | | | | | |
| Consumo al gimnasio | | | | | |
| Caminar | | | | | |
| Correr | | | | | |
| Otro tipo de actividad | | | | | |
| | Si | No | Hiposódico | Le agrega sal | Normal |
| Consumo con sal | | | | | |
| | Si | No | Dianariamente | 3 veces/semana | 1 vez al mes |
| Consumo comida rápida (pasa, hamburguesas, etc.) | | | | | |
| Consumo comidas elaboradas (embutidos, preparadas, etc.) | | | | | |

| Actividad Laboral | | Si | No |
|---|--|----|----|
| Trabajo manual | | | |
| Trabajo con productos químicos (asílicas, barniz, cadmio, etc.) | | | |

CONTROL MÉDICO

| | Si | No | 6 meses | 2 años |
|-------------------------------|----|----|---------|--------|
| Tiene carnet de salud vigente | | | | |

| Realiza control médico | | Preventivo | Reactiva |
|------------------------|-------|------------|----------|
| Cardiólogo | Si No | | |
| Geriatra | Si No | | |
| Medicina Gen. | Si No | | |
| Otros | | | |



**ESTUDIO
EPIDEMIOLÓGICO
SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO**

| Exámenes | Citología E/C (1) | ECG (2) | ECOCAR (3) | ECOLTER (4) | Glucosa (5) | ECG Ap. Último (6) | Diagnóstico de salud (7) | Siguro (8) | R. TX. (9) | Estado (seg. 10) |
|----------|----------------------|---------|---------------|----------------|-------------|-----------------------|-----------------------------|------------|------------|---------------------|
| Si | | | | | | | | | | |
| No | | | | | | | | | | |

| | Si | No | Cada cuanto |
|------------------------|----|----|-------------|
| Historia ginecológica | | | |
| Papanicolaou (PAP) | | | |
| Ecografía ginecológica | | | |
| Colposcopía | | | |
| Ecografía Transvaginal | | | |
| Mamografía | | | |
| Eco de tiroides | | | |

| Pasenta alguno de estos síntomas (marque el dato afirmativo) | Si | No |
|--|----|----|
| Coordinación 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, repentinamente y sin causa conocida | | |
| Visión doble | | |
| Sonambuleo | | |
| Caída | | |

EXÁMEN FÍSICO

| | Valor | Fecha |
|-------------------------|--------------|-------|
| Talla | | |
| Peso | | |
| IMC | | |
| Perímetro de la cintura | | |
| Círculo de glóscula | | |
| Círculo de colesterol | | |
| P/A | Valor último | |

Realizar escalas de adulto mayor (mayor de 65 años)

| | | | |
|--------|--|----------------|--|
| Índice | | Lawton y Brody | |
|--------|--|----------------|--|



ANEXO 2

CUESTIONARIO DE PFEIFFER

Realice las preguntas 1 a 11 de la siguiente lista y señale con una X las respuestas incorrectas.

Puntúan los errores, 1 punto por error. Una puntuación igual o superior a tres indica deterioro cognitivo. En ese caso, deben valorarse criterios de demencia.

- Puntuación máxima: 8 errores
- 0-2 errores: normal
- 3-4 errores: leve deterioro cognitivo
- 5-7 errores: moderado deterioro cognitivo, patológico
- 8-10 errores: importante deterioro cognitivo

Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría.

Si el nivel educativo es alto (universitario), se admite un nivel menos.

VALORACIÓN DEL ESTADO COGNITIVO

DESCRIPCIÓN

SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONARIE (SPMSQ) DE PFEIFFER

Cuestionario que detecta la existencia y el grado de deterioro cognitivo.

Este cuestionario explora la memoria a corto y largo plazo, la orientación, la información sobre los hechos cotidianos y la capacidad de cálculo.

FORMA DE ADMINISTRACIÓN

La recogida de información es a través de un cuestionario heteroadministrado.

POBLACIÓN DIANA

Puede ser administrado a cualquier persona que requiera de una valoración de su capacidad mental.

ARGUMENTOS PARA SU SELECCIÓN

- Escala validada en nuestro país.
- Escala de valoración ampliamente utilizada por los profesionales del



Sistema de Salud de Aragón.

- Existe una amplia experiencia en la utilización de esta escala tanto en nuestro país como en otros del entorno.
- Es una escala sencilla de administrar.
- Tiene una sensibilidad próxima al 70% y una especificidad muy alta del 95%.

VALORACIÓN

- En el caso de pacientes hospitalizados, esta escala debe realizarse:
 - _ En las primeras 72 horas tras el ingreso.
 - _ Al alta del paciente.
- Se evalúa en función de los errores:
 - _ 0-2 normal
 - _ 3-4 deterioro cognitivo leve
 - _ 5-7 deterioro cognitivo moderado
 - _ 8-10 deterioro cognitivo severo.
- En esta escala es importante tener en cuenta el nivel educativo de la persona.
 - _ Nivel educativo bajo (estudios elementales): se admite un error más para cada categoría.
 - _ Nivel educativo alto (estudios universitarios): se admite un error menos para cada categoría.

TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN

Su administración es rápida, ya que tan solo requiere de unos cinco minutos.



ANEXO 3

INDICE PARA LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA DE LAWTON BRODY

A. Capacidad para usar el teléfono

1. Utiliza el teléfono a iniciativa propia. Busca y marca los números, etc. 1
2. Marca unos cuantos números conocidos 1
3. Contesta el teléfono pero no marca 1
4. No usa el teléfono en absoluto 0

B. Ir de compra

1. Realiza todas las compras necesarias con independencia 1
2. Compra con independencia pequeña cosas 0
3. Necesita compañía para realizar cualquier compra 0
4. Completamente incapaz de ir de compras 0

C. Preparación de la comida

1. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia 1
2. Prepara las comidas adecuadas si se le dan los ingredientes 0
3. Calienta, sirve y prepara comidas o las prepara pero no mantiene dieta adecuada 0
4. Necesita que se le prepare y sirva la comida 0

D. Cuidar la casa

1. Cuida la casa solo o con ayuda ocasional 1
2. Realiza tareas domésticas ligeras 1
3. Realiza tareas domésticas ligeras pero no mantiene un nivel de limpieza aceptable 1
4. Necesita ayuda con todas las tareas de la casa 0
5. No participa en ninguna 0

E. Lavado de ropa

1. Realiza completamente el lavado de ropa personal 1
2. Lava ropas pequeñas, aclara medias, etc. 1
3. Necesita que otro se ocupe de todo el lavado 0



F. Medio de transporte

1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio coche
1
2. Capaz de organizar su transporte utilizando taxi, pero no usa otros transportes público 1
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona 1
4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda 0
5. No viaja en absoluto 0

G. Responsabilidad sobre la medicación

1. Es responsable en el uso de la medicación (dosis correctas, horas correctas)
1
2. Toma la medicación si se le prepara con anticipación en dosis separadas 0
3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación 0

338

H. Capacidad de utilizar el dinero

1. Maneja los asuntos financieros con independencia
(Rellena cheques, paga recibos, va al banco), recoge y conoce sus ingresos 1
2. Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos 1
3. Incapaz de manejar dinero 0

Grado de dependencia:

- 0-1 puntos dependencia total
- 2-3 puntos dependencia severa
- 4-5 puntos dependencia moderada
- 6-7 puntos dependencia ligera
- 8 autónomo

Los ítems con número 1 indican la máxima independencia.

PROGRAMA DE ATENCIÓN A ENFERMOS CRÓNICOS DEPENDIENTES

- La valoración se realiza según puntuación en una escala de 0 a 8
(Dependencia máxima e independencia, respectivamente):
- Puntuación

_ 0-1 dependencia total



- _ 2-3 dependencia severa
- _ 4-5 dependencia moderada
- _ 6-7 dependencia ligera
- _ 8 autónomo

VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

DESCRIPCIÓN

ÍNDICE DE LAWTON Y BRODY

Escala que permite valorar la capacidad de la persona para realizar las actividades instrumentales (actividades necesarias para vivir de manera independiente en la comunidad como hacer la compra, preparar la comida, manejar dinero, usar el teléfono, tomar medicamentos, etc.).

FORMA DE ADMINISTRACIÓN

La recogida de información es a través de un cuestionario heteroadministrado.

POBLACIÓN DIANA

Puede ser administrado a cualquier persona que requiera de una valoración de su capacidad funcional.

ARGUMENTOS PARA SU SELECCIÓN

- Existe una amplia experiencia en la utilización de esta escala tanto en nuestro país como en otros del entorno.
- Es una escala sencilla de administrar.
- Escala validada en nuestro país.

VALORACIÓN

TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN

Su administración es rápida, ya que tan sólo requiere de unos 5 a 10 minutos.



ANEXO 4 Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudio socio demográfico y epidemiológico de los adultos mayores en complejos del B.P.S

Somos 5 estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la Republica, Graciela Miranda, Natalia Fernández, Catalina Cernada y Stefania Aldabalde, estamos culminando nuestra carrera y en este momento realizando nuestro trabajo de investigación final de la carrera de Licenciado en Enfermería plan de estudios 1993.

El estudio tiene como objetivo principal Identificar la situación sociodemográfico y epidemiológico en que se encuentran los ancianos que habitan en los complejos del Banco de Previsión Social en el mes mayo del año 2013.

Será realizado a las personas mayores de 65 años que residan en los complejos del B.P.S, que quieran acceder a ella.

La misma consta de una entrevista realizada en el domicilio del entrevistado, son preguntas a responder también, se tomara la presión arterial y se realizarán medidas antropométricas.

INFORMACION ACERCA DE LA IMPORTANCIA DE ESTE ESTUDIO

Dado que un elevado porcentaje de la población uruguaya son adultos mayores, se genera necesidad por parte del equipo de salud, de abordar la atención y cuidado en este grupo de manera especializada, ya que los cuidados son propios del quehacer enfermero y nuestro papel en el abordaje integral de esta población es fundamental.

Los ancianos en este proceso tienen múltiples necesidades y problemas que requieren comprensión y cuidados por parte de enfermería, para mantener la salud, controlar los factores de riesgo, promover la autonomía del anciano, su independencia funcional y su inserción familiar en la comunidad.



Las proyecciones de población para nuestro país, así como para el resto de América Latina, indican que el envejecimiento de la población se continuará acentuando. CEPAL estima que para el 2030 la proporción de personas mayores de 60 años ascenderá al 22,3% del total de la población.

ACLARACIONES:

- Acceder a la entrevista es de manera voluntaria, no se va a recibir ninguna remuneración para los que accedan tampoco se va a cobrar por realizarla, la información obtenida en la entrevista es totalmente anónima.
- SI ACEPTA FIRME EL CONSENTIMIENTO:

Nombre y Apellido:.....Firma:.....

Fecha:.... /.... /....



ANEXO5 CRONOGRAMA de ACTIVIDADES

| MESES AÑO 2013 | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEPT |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| Elaboración del Protocolo | | | | | | | | | |
| Recolección de Datos | | | | | | | | | |
| Tabulación y Análisis de la información | | | | | | | | | |
| Elaboración del Informe Final | | | | | | | | | |
| Defensa de TFI | | | | | | | | | |
| Tutorías | | | | | | | | | |



ANEXO 6 TABLA PRESUPUESTO

| GASTOS | PESOS \$ |
|-------------------------------------|-----------------|
| PAPELERIA: | |
| IMPRESIONES | 2500 |
| FOTOCOPIAS | 1800 |
| CARPETAS | 250 |
| TRANSPORTE: | |
| OMNIBUS DEPARTAMENTALES | 1500 |
| OMNIBUS INTERDEPARTAMENTALES | 3000 |
| LOCOMOCION PARTICULAR | 2000 |
| BIBLIOGRAFIA | 1000 |
| UTILES VARIOS: | |
| INTERNET | 3000 |
| BALANZA Y CENTIMETRO | 600 |
| TOTAL GASTOS: | 15.650 |



ANEXO 7



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CATEDRA ADULTO Y ANCIANO



Montevideo , 27 de agosto 2013.

Comisión de vecinos y/o Referente de complejo BPS

ASUNTO: Visita de Enfermería

Por la presente deseamos comunicarles que los estudiantes que se detalla al final de esta nota, estan en el ultimo año de la carrera Licenciatura en Enfermería y se encuentran en la etapa final por lo cual deben realizar su trabajo de investigación.

Dicho trabajo lo realizarán en los complejos de viviendas de BPS, quienes tienen la autorización de parte de Facultad de Enfermería y autoridades de BPS.
Como referente de los complejos es la Gerente Técnica Sra. María Troche.

Los estudiantes realizarán la visita de Enfermería en domicilio o en salón de cada complejo, según lo acuerde la persona que este de acuerdo en participar.
En cuanto a la información recabada por los estudiantes, se le garantiza absolutamente a cada persona que participe, la reserva de los datos aportados.

Nombre de estudiantes:

Natalia Fernández
Gabriela Miranda
Estefanía Aldabalde
Catalina Cernada
Nidia Delgado

Desde ya le estamos muy agradecidos

Saluda atentamente


Prof. Adj. Virginia Aquino
Tutor de TFI