



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



AUTORES:

Br. Álvarez Virginia
Br. Caraballo Mónica
Br. Márquez Noemí
Br. Mendizábal Graciela
Br. Pérez Adriana
Br. Tourn Andrea

TUTORES:

Prof. Mgtr. Fany Rocha
Prof. Adj. Silvana Larrude

Montevideo, mayo 2013

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de la Republica y Facultad de Enfermería que nos permitió realizar esta carrera y a todo el equipo docente de la misma.

A nuestras familias por su apoyo incondicional, con nuestro compromiso de superación profesional.

A nuestros jefes y compañeros de trabajo que nos proporcionaron el espacio y el tiempo necesario para lograr nuestros objetivos.

CONTENIDO

<u>Introduccion.....</u>	<u>1</u>
<u>Problema planteado.....</u>	<u>10</u>
<u>Objetivo general.....</u>	<u>10</u>
<u>Objetivos especificos.....</u>	<u>10</u>
<u>Diseño metodológico.....</u>	<u>11</u>
<u>Operacionalización de variables.....</u>	<u>14</u>
<u>Resultados.....</u>	<u>15</u>
<u>Discusión.....</u>	<u>31</u>
<u>Conclusiones.....</u>	<u>36</u>
<u>Sugerencias.....</u>	<u>38</u>
<u>Bibliografía.....</u>	<u>39</u>
<u>Anexos.....</u>	<u>41</u>

SIGLAS

BPS Banco de Previsión Social

SNIS Sistema Nacional Integrado de Salud

ECNT Enfermedades Crónicas no Transmisibles

ECV Enfermedad Cerebro Vascular

HTA Hipertensión Arterial

INE Instituto Nacional de Estadísticas

MIDES Ministerio de Desarrollo Social

MVOTMA Ministerio de Vivienda Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente

PRONAM Programa Nacional del Adulto Mayor

OMS Organización Mundial de la salud.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación fue realizado por seis estudiantes de Licenciatura en Enfermería, del Programa Profesionalización; generación 2009; de Facultad de Enfermería, Universidad de la República; siguiendo la línea de investigación de la Cátedra de Adulto y Anciano.

Se llevó a cabo en tres complejos habitacionales para jubilados y pensionistas del Banco de Previsión Social, en la ciudad de Montevideo, durante el período noviembre/diciembre 2012.

El propósito fue determinar cuántos adultos mayores, residentes en estos complejos; portadores de patología cardiovascular, tenían factores de riesgo modificables. A través de un estudio de tipo descriptivo; de corte transversal, cuantitativo. Se realizó una entrevista estructurada, y se utilizó el instrumento brindado por la cátedra de adulto y anciano (estudio epidemiológico salud del adulto y anciano). Se entrevistó un total de 67 adultos mayores, realizando un muestreo no probabilístico. Se seleccionaron las variables en base a los factores de riesgo que predominan en este grupo etario, la hipertensión, el sedentarismo, la obesidad y los hábitos alimenticios.

Como resultado se destacó una distribución de la población en relación a la edad, del 58% de los individuos en la franja entre 75 y 90 años, considerados ancianos y ancianos viejos, lo que dio cuenta de una población envejecida. Con la presencia de múltiples factores de riesgo de fragilidad, que padecen en un alto porcentaje enfermedades crónicas y en un 100% presentan factores de riesgo modificables para la patología cardiovascular; identificando características de esta población, que determinan un estilo de vida no saludable.

INTRODUCCION

El trabajo que se presenta expone la investigación científica realizada por un grupo de seis estudiantes de Licenciatura en Enfermería, del Programa Profesionalización, generación 2009, de la Facultad de Enfermería, Universidad de la República; en el marco del trabajo final de investigación; que acredita dicha carrera.

El problema que se plantea es conocer cuántos adultos mayores residentes de tres complejos habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS; de la ciudad de Montevideo, portadores de patología cardiovascular, tienen factores de riesgo modificables.

Para entender la situación de Uruguay respecto a estos temas es importante precisar algunos conceptos referidos al envejecimiento de la población, la vejez, y la incidencia de las patologías cardiovasculares en esta etapa de la vida.

El envejecimiento de la población es un fenómeno mundial aunque con características y ritmos diferentes según la región. El costo social, económico y político que generan las personas mayores de 60 años, en la estructura por edades de la población crece de forma continua. Luego de realizar una revisión bibliográfica, se observa que los datos estadísticos socio-demográficos y epidemiológicos, muestran un incremento en la expectativa de vida en países como el Uruguay que han superado la transición demográfica, con una población adulta en vías de convertirse en población envejecida. De acuerdo a las cifras presentadas por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE)¹, donde la

¹Instituto Nacional de Estadística. Resultados finales censo 2011. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/censos2011/index.html> [consulta: 22 oct 2012].

población mayor de 60 años pasó de representar el 7,6% del total en el censo de 1963, al 19% en el censo 2011; y a la inversa, en el período 1963-2011 se verifica un importante descenso del porcentaje de población menor de 15 años, que pasó de representar el 28,2% de la población en 1963 a constituir el 21,8% en 2011, siendo nuestro país el segundo más envejecido de Latinoamérica después de Cuba.

Es importante señalar que estos porcentajes de población tienen una correlación directa con la expectativa de vida y con los medios y prácticas sociales que permiten a una persona vivir más años. El aumento de la expectativa de vida es un hecho altamente positivo y responde al acceso de la población al bienestar y a una mejor calidad de vida. La estructura demográfica envejecida que presenta Uruguay está en directa relación con tres variables: baja tasa de mortalidad (aumento de la expectativa de vida), baja tasa de fecundidad y la sostenida emigración de población joven.

La vejez es una etapa en la que aumenta la prevalencia de enfermedades y limitaciones físicas y, como consecuencia de ello, la auto-valía disminuye. Los adultos mayores que viven solos y, especialmente, los de menores ingresos aparecen como un grupo particularmente vulnerable. Según la investigación presentada en el libro *Panorama de la vejez en Uruguay*², la vulnerabilidad de esta población se mide en cuatro aspectos fundamentales, el acceso a la salud, la seguridad social, la vivienda y el ingreso, concluyendo que uno de cada tres adultos mayores presenta una situación de vulnerabilidad extrema.

Como respuesta a esta situación desde 2004 existe una ley en el Uruguay que establece como derecho para los adultos mayores: “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”, que los mismos tienen

² Rodríguez F, Rossel C. *Panorama de la Vejez en Uruguay*. Montevideo: Universidad Católica .IPES; 2009

derecho a “alcanzar una vejez digna en la que prevalezcan el bienestar físico, psíquico y socioeconómico” que puedan “contar con asistencia médica y sanitaria integral y coordinada, incluida la odontológica”, puedan “tener acceso a la educación, a una vivienda adecuada, así como a alimentación y abrigo suficientes”, además “tener acceso al esparcimiento, al transporte y a las comunicaciones en todo el territorio nacional” y “ tener la seguridad de su integridad psicofísica e intelectual en un marco de justicia y equidad. (Ley N° 17.796, Promoción integral de los adultos mayores, Anexo VI)

Con la reforma del modelo de salud, SNIS en el año 2005 surge el Programa nacional del adulto mayor (PRONAM)³. Este programa tiene como objetivo contribuir a mejorar la calidad de vida de estas personas, mediante la satisfacción integral de sus necesidades, su participación activa, y la promoción de sus derechos, a través de respuestas articuladas, entre el estado y la sociedad civil.

Para cumplir con los objetivos de este programa se plantearon diversas actividades: como son la creación de normas, protocolos y guías para la atención del adulto mayor en el ámbito público y privado; la realización de actividades de promoción de salud, coordinando con servicios socio-sanitarios, públicos y privados haciendo énfasis en el primer nivel de atención.

En el año 2012 comenzó a funcionar el Instituto nacional del adulto mayor, creado mediante la ley 18.617⁴. El mismo funciona dentro del MIDES y tiene como principal objetivo la atención integral de los adultos mayores, mediante el diseño, la coordinación, planificación, regulación y evaluación de las políticas sociales que son dirigidas a los mismos.

³ Ministerio de Salud Pública. Programa nacional del adulto mayor. Programa_Adulto_Mayor.pdf; 2009. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/categoria_43_1_1.html [consulta: 12 mar 2012].

⁴ Instituto nacional del adulto mayor. Ley 18617 de 6 de noviembre 2009. Uruguay. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18617&Anchor=> [consulta: 20 feb 2013].

Atendiendo a las necesidades habitacionales de estas personas, el Banco de Previsión Social realiza la inscripción, selección y adjudicación de viviendas para jubilados y pensionistas; debiendo cumplir con determinados requisitos, como ser destinatarios de jubilaciones o pensiones de BPS, un límite de ingreso establecido; además los aspirantes deberán ser personas autoválidas.

El BPS junto con el MVOTMA hasta mayo de 2012 otorgó un total de 6016 viviendas para jubilados y pensionistas de todo el país, entregando la suma de 2640 viviendas solamente en Montevideo.⁵

En este marco socio-demográfico, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), aumentan su prevalencia, y se convierten en la primera causa de morbi-mortalidad en adultos y ancianos. Estas enfermedades profundizan la inequidad social, afectando en mayor grado a personas de menores recursos económicos, con menor nivel educativo y a las mujeres. Siendo estos factores importantes ya que los individuos transitan esta etapa vital dependen económicamente de sus ingresos económicos provenientes de jubilaciones y pensiones en la mayoría de los casos insuficientes; son en amplia mayoría mujeres, como se muestra en la pirámide poblacional según el censo de población 2011, donde el incremento de la población femenina llegó al 52%, incrementándose en la edad adulta debido a la mayor esperanza de vida (80 años) frente a los hombres (72,9 años).⁶

En relación a los antecedentes de este tipo de estudio no se encuentran datos actuales en nuestro país sobre este grupo etario, contándose si con información sobre estas patologías en el adulto de 25 a 64 años, obtenidas a través del programa STEPS recomendado por la OMS y llevado a cabo en el año 2006.

Según informe publicado por la sociedad uruguaya de cardiología en el año 2009 las principales causas de muerte por el aparato circulatorio fueron las

⁵ Instituto de Seguridad Social. Soluciones habitacionales para jubilados y pensionistas. Disponible en: <http://www.bps.gub.uy/Jubilados/DO/SolucionesHabitacionales.aspx?menu=DOJubilados> [consulta: 25 jun 2011].

⁶ Instituto Nacional de Estadística. Resultados finales censo 2011. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/censos2011/index.html> [consulta: 22 oct 2012].

enfermedades cerebro-vasculares con 2.867 defunciones (tasa 85,71 por 100.000 habitantes), y en segundo lugar las enfermedades isquémicas del corazón con 2.442 defunciones (tasa 73,01 por 100.000 habitantes).⁷

Los factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares son condiciones; características propias de una persona y/o conductas que la predisponen a desarrollar y sufrir una enfermedad cardiovascular.

Los factores de riesgo asociados con el aumento de riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular se clasifican en:

- No modificables
- Modificables o contribuyentes

Los factores de riesgo modificables y más prevalentes son: el tabaquismo, ya que la muerte cardiaca súbita ocurre con mayor frecuencia en fumadores. La mortalidad de causa hipertensiva que ha aumentado desde el año 2000, incrementándose en 3,5% por año. Considerándose importante dicho incremento, pues la HTA aislada muy rara vez es considerada como causa primaria de muerte, pero existe una importante superposición con cardiomiopatía, enfermedad coronaria, ECV y enfermedad renal. Debido a su elevada prevalencia en nuestra población; siendo particularmente alta en pacientes añosos; preocupa la detección precoz y el manejo de la HTA.

Otros factores modificables son la hipercolesterolemia, los niveles de colesterol entre 200 y 240 mg/dl aumentan el riesgo de esta enfermedad; la diabetes; el consumo de alcohol, la dieta inadecuada, la obesidad, la inactividad física y el estrés. De esto se desprende que la morbimortalidad de las enfermedades

⁷ Zelarayán M, Curto S. Mortalidad cardiovascular en Uruguay. Tendencias en Medicina. 2012; 40 (1):22.

cardiovasculares depende de la prevalencia de los factores de riesgo, siendo modificables con los cambios de hábitos y con los tratamientos apropiados.

Los factores de riesgo modificables que se estudian en este trabajo son: el consumo de tabaco, consumo de alcohol, dieta no saludable, sedentarismo; el sobrepeso y obesidad; y la presión arterial elevada.

El elevado índice de las enfermedades cardiovasculares en nuestro país, que causan del 33,8% de los fallecimientos y se establecen como primera causa de muerte en adultos y ancianos, justifica la investigación sobre las conductas no saludables del adulto mayor, que generan factores de riesgo de complicaciones para esta patología.

En la gestión del cuidado enfermero en esta población adulta mayor, que como vimos tiene factores de vulnerabilidad y patologías que implican una adecuación de su estilo de vida; es importante instrumentar e implementar un modelo de atención de enfermería, basado en conocimiento científico y metodológico, que a través de la supervisión, evaluación y mejora de los procesos de enfermería, logre sus objetivos en lo relacionado a la prevención de complicaciones, fomentar la independencia y el trato digno, de este grupo cada vez más numeroso de la sociedad. Para ello trabajamos siguiendo el modelo de Virginia Henderson, quien promueve el autocuidado y la independencia del individuo, en las actividades de la vida diaria, evaluadas a través de 14 necesidades básicas. Esta teórica considera a la persona según sus componentes físico, intelectual, emocional, y espiritual, así como por su capacidad y responsabilidad para cambiar la situación existente. Esta potencialidad de la persona es reconocida en la actividad de enfermería, ya que orienta hacia el cambio del entorno y tiene como finalidad la mejora en la calidad de vida.⁸

⁸ Luis Rodrigo M, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez M. De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª ed. Barcelona:Masson;2005.

El diseño metodológico es descriptivo, de corte transversal, cuantitativo. Nuestra área de estudio es la ciudad de Montevideo, República Oriental del Uruguay.

El universo de estudio está determinado por todos los adultos mayores de 60 años, de ambos sexos, que habitan los complejos para jubilados y pensionistas del Banco de Previsión Social de la ciudad de Montevideo.

Se realiza un muestreo no probabilístico, estableciendo que formen parte de esta investigación todos aquellos adultos mayores que residen en estos complejos habitacionales; acepten voluntariamente participar de la investigación; respondiendo al cuestionario epidemiológico de salud del adulto y anciano, que sean portadores de patologías cardiovasculares y se encuentren en el momento de la entrevista.

Se captó un total de 67 individuos que representan un 40.85% de los residentes actuales de los complejos asignados. Contando con la colaboración de las asistentes sociales y los referentes de cada complejo, que facilitaron la coordinación de las entrevistas.

Para la recolección de datos se utiliza un instrumento brindado por la Cátedra de Adulto y Anciano (estudio epidemiológico de salud del adulto y anciano), al que se anexaron preguntas relacionadas a los hábitos alimenticios (consumo de frutas y verduras y consumo de sal). (Anexo IV)

La población de estudio representa un grupo con elementos de fragilidad desde los aspectos biológicos, psicológicos y sociales; al realizar ésta investigación, se aportan datos sistematizados, siguiendo patrones metodológicos, que

permiten conocer la realidad en relación a los hábitos no saludables en esta población y la utilización de esta información en futuras investigaciones.

El desarrollo de este tipo de trabajo resulta útil en el fortalecimiento de la función investigadora del profesional de enfermería; que se enfrenta en la actualidad a grandes desafíos y oportunidades de desarrollo. Demostrando la importancia del licenciado en enfermería en el primer nivel de atención; que con su presencia en estos complejos habitacionales ocupe un papel preponderante en la prevención y en la promoción; ayudando a mejorar la calidad de vida de este grupo etario.

PROBLEMA PLANTEADO

¿Cuántos adultos mayores de los residentes de tres complejos habitacionales para jubilados y pensionistas del Banco de Previsión Social en Montevideo con

patologías cardiovasculares, tienen factores de riesgo cardiovasculares modificables?

Objetivo General

Determinar cuántos adultos mayores de los residentes de tres complejos habitacionales para jubilados y pensionistas del Banco de Previsión Social en Montevideo con patologías cardiovasculares, tienen factores de riesgo cardiovasculares modificables; para identificar los déficit de autocuidado que condicionan y determinan su calidad de vida.

Objetivos Específicos

- Identificar cuántos adultos mayores son portadores de patologías cardiovasculares.
- Identificar los factores de riesgo cardiovasculares modificables en los individuos de la muestra.
- Conocer las conductas de autocuidado del adulto mayor.

DISEÑO METODOLÓGICO

- **Tipo de estudio:** Descriptivo, de corte transversal, cuantitativo.

- **Área de estudio:** Esta investigación se realizó en la ciudad de Montevideo, República Oriental del Uruguay.
- **Universo:** Fue determinado por todos los adultos mayores de 60 años, de ambos sexos que habitan los tres complejos habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS de la ciudad de Montevideo, correspondiendo a 164 individuos, en 131 viviendas ocupadas.
- **Muestreo:** no probabilístico.
- **Muestra:** Se incluyeron en la muestra 67 adultos mayores residentes de los tres complejos antes mencionados, que cumplieron los criterios de inclusión.

➤ **Criterios de inclusión**

Todos los adultos mayores que acepten participar de la investigación y respondan al cuestionario epidemiológico de salud del adulto y anciano, que tengan patología cardiovascular y se encuentren en el momento de la entrevista.

➤ **Criterios de exclusión**

Adultos mayores que no otorguen su consentimiento para participar en el estudio y/o que voluntariamente decidan no ser encuestadas, y/o que no tengan patología cardiovascular.

Residentes que por su condición física, patológica o mental no puedan responder la entrevista, o no se encuentren en el momento de la entrevista.

➤ **Metodología de Recolección de Datos**

Previo consentimiento informado, a través del cual se estableció el carácter de anónima y voluntaria de la participación, el propósito de la investigación y que

los datos serán confidenciales, se obtuvo la autorización de los adultos mayores para la utilización de los datos en el presente estudio.

La investigación se llevó a cabo en tres complejos habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS (en adelante complejos 1,2 y 3), en barrios de la periferia, de la ciudad de Montevideo, con una capacidad de 149 viviendas, de las cuales se encuentran ocupadas 131, en el período comprendido entre noviembre/diciembre de 2012.

La recolección de la información, se realizó en una entrevista individual estructurada utilizando el instrumento brindado por la Cátedra de Adulto y Anciano “Estudio epidemiológico salud del adulto y anciano”. (Anexo IV) Las entrevistas fueron realizadas en dos modalidades, a través de la consulta de enfermería y la visita domiciliaria.

El instrumento es cuestionario cuya estructura consta de preguntas prefijadas, en el cual las opciones de las respuestas fueron brindadas por el entrevistador, basándose en parámetros que aportan datos patronímicos del entrevistado, antecedentes familiares y personales, estilo de vida y factores de riesgo, agregándole para esta investigación, preguntas en relación a los hábitos alimenticios.

Se realizaron mediciones antropométricas de peso y talla, se calculó el índice de masa corporal y se realizó medición de presión arterial aislada, obteniendo la distribución de la población para las variables establecidas.

➤ **PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

Los datos obtenidos se presentaron en tablas (tabla dinámica brindada por la Cátedra de Adulto y Anciano), cuadros y gráficos estadísticos.

El procesamiento se realizó con técnicas de estadística descriptiva: distribución de frecuencia absoluta (f) y relativa porcentual (FR%).

Se utilizó el software Microsoft office 2010, a través del programa Excel, para la utilización de la tabla dinámica y la realización de gráficos.

N°	Variable	Tipo	Def.conceptual.	Categorías
1	Edad	Cuantitativa continua	Período en años cumplidos desde el nacimiento a la fecha actual, basados en la cédula de identidad.	60 – 74años 75 – 89 años >90 años
2	Sexo	Cualitativa Nominal	Características biológicas determinadas que hacen posible reconocer como diferentes a hombres de mujeres.	Femenino Masculino
3	Patologías Cardiovasculares	Cualitativa nominal	Conjunto de enfermedades caracterizadas por disfunción del corazón y los vasos sanguíneos. (OMS)	SI NO
4	HTA	Cuantitativa Continua	El nivel de presión arterial por encima del cual aumenta el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y cerebrales. (OMS)	HTA PA DIASTÓLICA (mmHg) NORMAL <90 LIGERA 90 - 104 MODERADA 105 – 114 SEVERA >115
5	CONSUMO DE ALCOHOL	Cualitativa Nominal	Un alcohólico puede definirse como aquella persona que padece unas ganas infrenables de tomar y no puede abstenerse (OMS)	SI NO
6	CONSUMO DE TABACO	Cualitativa Nominal	Según la OMS un fumador es una persona que ha fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de	SI NO

			cigarrillos, incluso uno																													
7	SEDENTARISMO	Cualitativa Nominal	Una persona sedentaria es aquella que realiza menos de 30 minutos diarios tres veces por semana de ejercicio (OMS)	<table border="1"> <tr> <td>Realiza</td> <td>Si</td> <td>No</td> <td>Diaria</td> <td>3 veces/semana</td> <td>1 vez al mes</td> </tr> <tr> <td>Caminata</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Concurre al gimnasio</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otro tipo actividad</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Realiza	Si	No	Diaria	3 veces/semana	1 vez al mes	Caminata						Concurre al gimnasio						Otro tipo actividad									
Realiza	Si	No	Diaria	3 veces/semana	1 vez al mes																											
Caminata																																
Concurre al gimnasio																																
Otro tipo actividad																																
8	OBESIDAD	Cualitativa Ordinal	Una persona con un IMC igual o superior a 30 es considerada obesa y con un IMC igual o superior a 25 es considerada con sobrepeso.	<p>IMC kg/m²</p> <p>Normal <25</p> <p>Sobrepeso > 25</p> <p>Obesidad >30</p>																												
9	HABITOS ALIMENTICIOS	Cualitativa Nominal	Es el patrón de alimentación que sigue a diario un individuo, esto incluye las preferencias alimentarias, la influencia familiar y cultural sobre el individuo en lo que respecta a los alimentos que ingiere.	<table border="1"> <tr> <td>CONSUME</td> <td>Si</td> <td>No</td> <td>Reg. hiposódica</td> <td>Le agrega sal</td> </tr> <tr> <td>Come con sal</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td>CONSUME</td> <td>SI</td> <td>No</td> <td>Diaria.</td> <td>3 v/sem</td> <td>1v/mes</td> </tr> <tr> <td>Frutas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Verduras</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	CONSUME	Si	No	Reg. hiposódica	Le agrega sal	Come con sal					CONSUME	SI	No	Diaria.	3 v/sem	1v/mes	Frutas						Verduras					
CONSUME	Si	No	Reg. hiposódica	Le agrega sal																												
Come con sal																																
CONSUME	SI	No	Diaria.	3 v/sem	1v/mes																											
Frutas																																
Verduras																																

Operacionalización de variables

RESULTADOS

Al momento de realizar la entrevista se encontró la siguiente distribución: del total de las viviendas asignadas 149 entre los tres complejos, se encontraban ocupadas por adultos mayores de 60 años el 89%, de los mismos un 40,8 % aceptaron ser entrevistados.

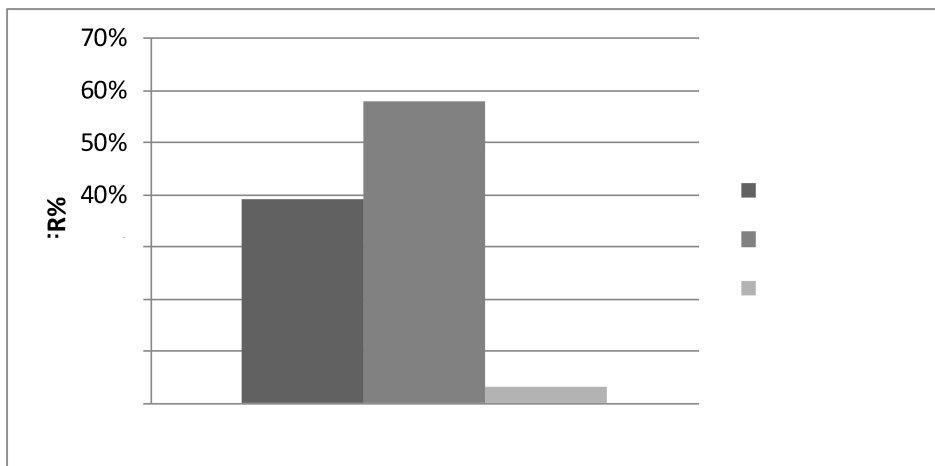
De la muestra obtenida 67 adultos mayores, la edad predominante estuvo representada por el grupo entre 75 y 90 años, con un total de 39 individuos (58.20%), seguida de 26 entre 60 y 74 años (38.80%) y un 2.98% mayores a 90 años. (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución de la población por edad, Complejos Habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS, Montevideo, 2012.

Categorías	f	FR%
60 a 74 años	26	38.80%
75 a 89 años	39	58.20%
90 a más años	2	2.98%
Total	67	100%

Fuente:

Grafico 1. Distribución de la población por edad, Complejos habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS, Montevideo, 2012.

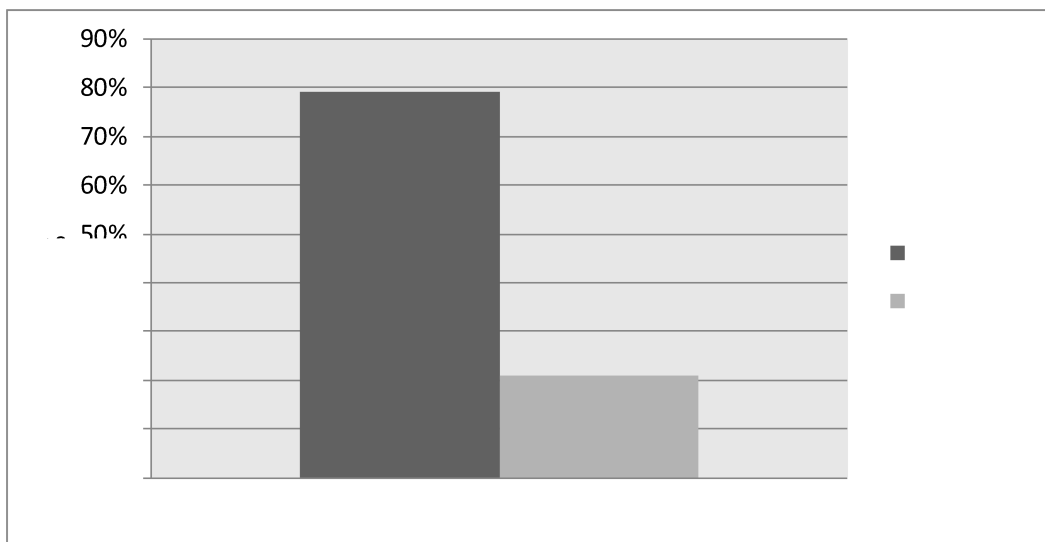


En relación a la variable sexo, predominó el sexo femenino, con un total de 53 residentes que representa el 79.10% de la muestra, el resto 14 residentes correspondió al sexo masculino con el 20.89%.(Tabla 2)

Tabla 2. Distribución de la población estudiada por Sexo, Complejos habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS, Montevideo, 2012

Categoría	f	FR%
Femenino	53	79.10%
Masculino	14	20.89%
Total	67	99.99%

Grafico 2. Distribución de la población estudiada por Sexo, Complejos habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS, Montevideo, 2012.



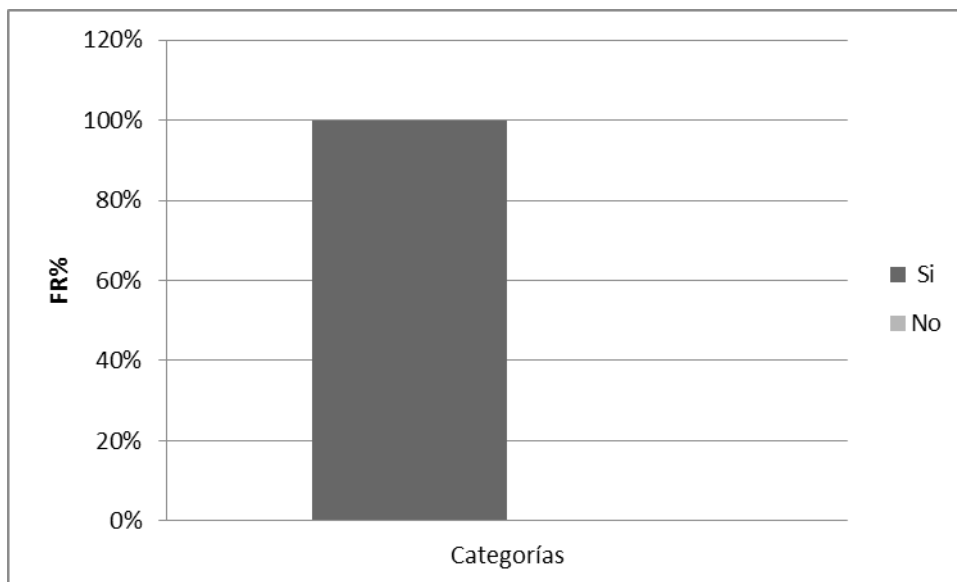
Categorías	f	FR%
Si	67	100%
No	0	0%
TOTAL	67	100%

Con relación a

la distribución de los adultos mayores portadores de patología cardiovascular se evidenció que el 100% se encuentra afectado por alguna de las enfermedades que enmarca esta patología. (Tabla 3)

Tabla 3. Distribución de las Patologías Cardiovasculares en la población de estudio. Complejos habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS, Montevideo, 2012

Grafico 3. Distribución de las Patologías Cardiovasculares en la población de estudio. Complejos habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS, Montevideo, 2012

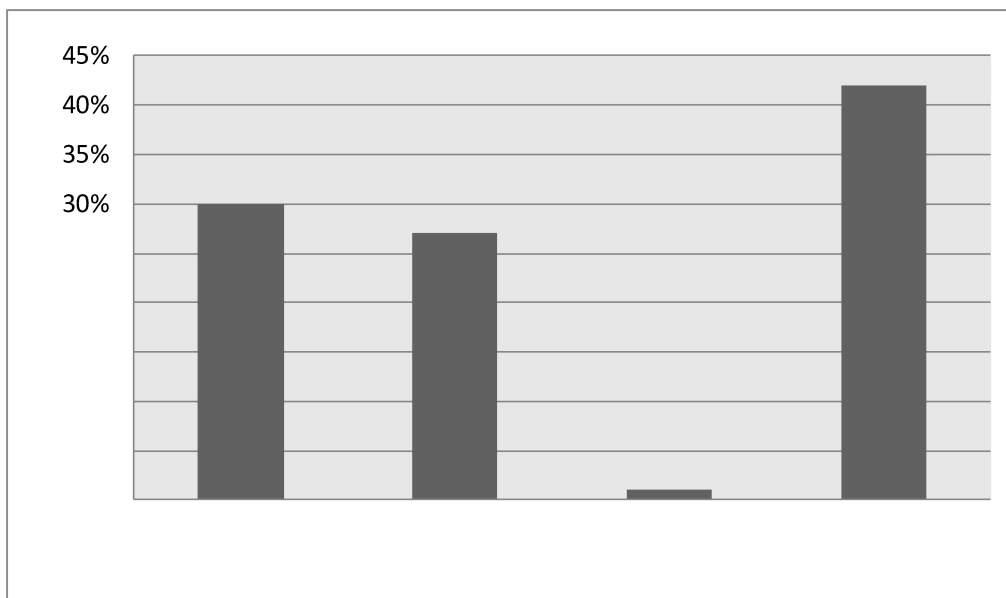


En relación al parámetro cifras de presión arterial al momento de la entrevista se destacó; que 28 residentes que corresponden a un 41.79% tenían cifras de hipertensión severa, un 29.85% de la población normotensa, 26.86% con hipertensión ligera, y un 1% hipertensión moderada. (Tabla 4)

Tabla 4. Distribución de la población de acuerdo a cifras de HTA, Complejos habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS, Montevideo, 2012

Categoría	f	FR%
Normotenso <90 mmHg	20	29.85%
Ligera 90 – 104 mmHg	18	26.86%
Moderada 105 -114 mmHg	1	1.49%
Severa >114 mmHg	28	41.79%
Total	67	100%

Grafico 4. Distribución de la población de acuerdo a cifras de HTA. Complejos habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS, Montevideo, 2012

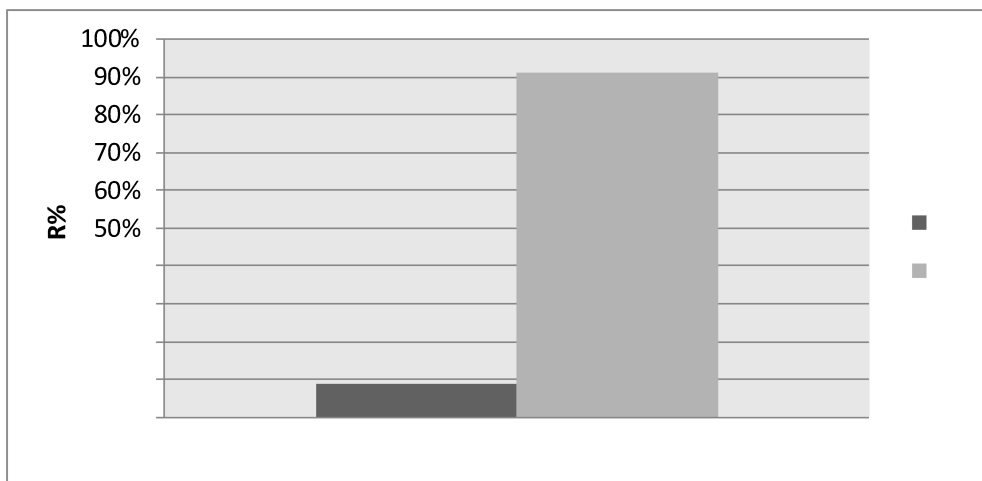


En relación a los hábitos nocivos, considerados factores de riesgo que se miden en este estudio, se evidencia un bajo porcentaje que consume Alcohol, un 8.95% de los residentes y un 17.91% consume tabaco. (Tablas 5 y 6)

Tabla 5. Consumo de Alcohol, en la población estudiada. Complejos habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS, Montevideo, 2012

Categoría	f	FR%
Si	6	8.95%
No	61	91.04%
Total	67	99.99%

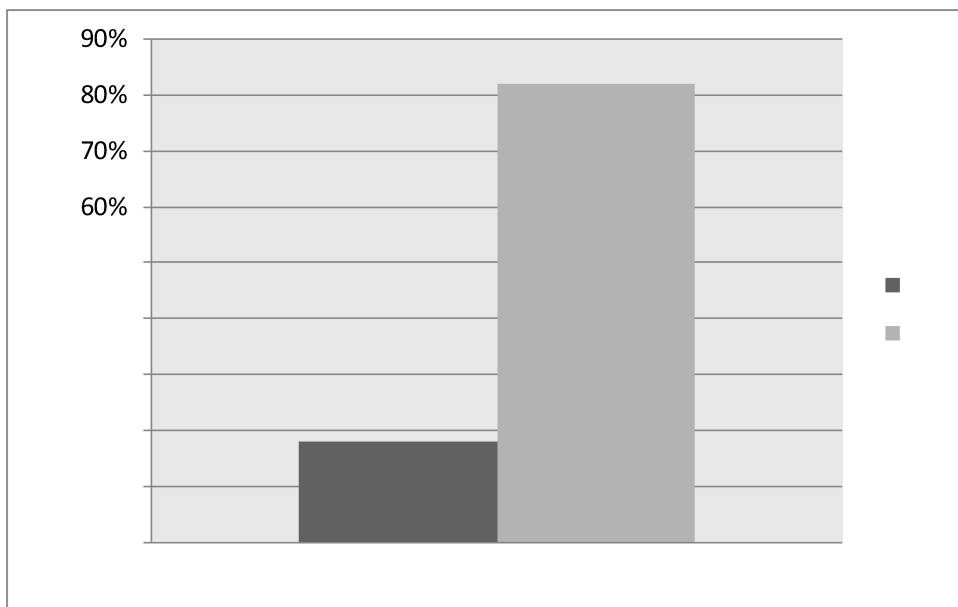
Grafico 5. Consumo de Alcohol en la población estudiada. Complejos habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS, Montevideo, 2012.



**Tabla 6. Consumo de Tabaco en la población estudiada.
Complejos habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS,
Montevideo, 2012**

Categoría	f	FR%
Si	12	17.91%
No	55	82.08%
Total	67	99.99%

**Grafico 6. Consumo de Tabaco en la población estudiada.
Complejos habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS,
Montevideo, 2012.**



Con respecto a la variable sedentarismo se investigó si realizan algún tipo de ejercicio, y con qué regularidad, destacándose que solo 23 residentes realizan ejercicio, caminatas tres veces por semana por más de 30 minutos y 2 realizan gimnasia y 4 de ellos otras actividades.(Tablas 7, 8, 9, 10)

Tabla 7. Distribución de la población estudiada según la realización de caminata. Complejos habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS, Montevideo, 2012.

Categoría	F	FR%
Si	23	34.32
No	44	65.67
Total	67	99.99

Grafico 7. Distribución de la población estudiada según la realización de caminata. Complejos habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS, Montevideo, 2012

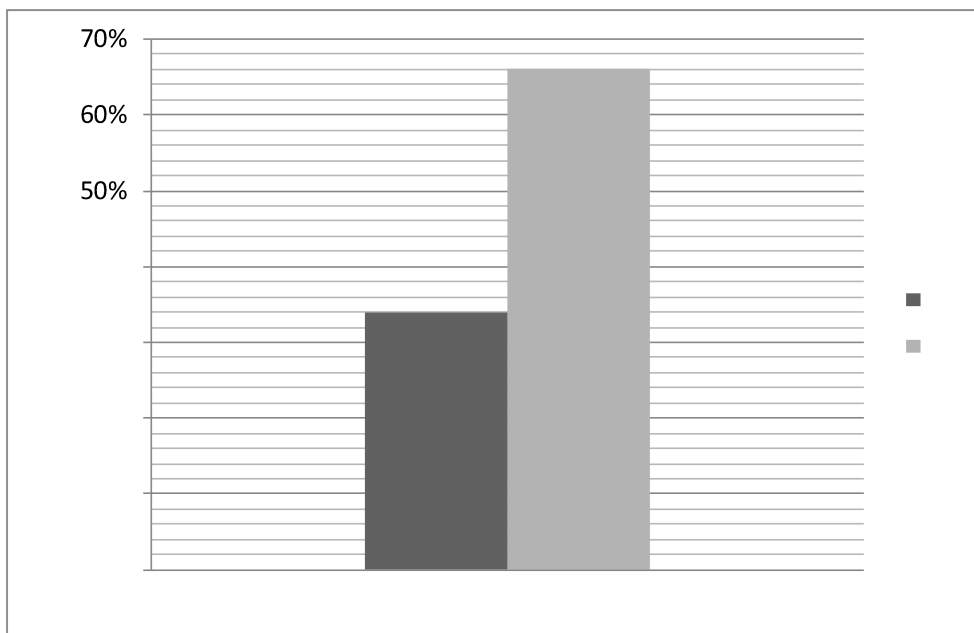


Tabla 8. Distribución de la población estudiada según la realización de gimnasia. Complejos habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS, Montevideo, 2012.

Categoría	f	FR%
Si	2	2.98
No	65	97.01
Total	67	99.99

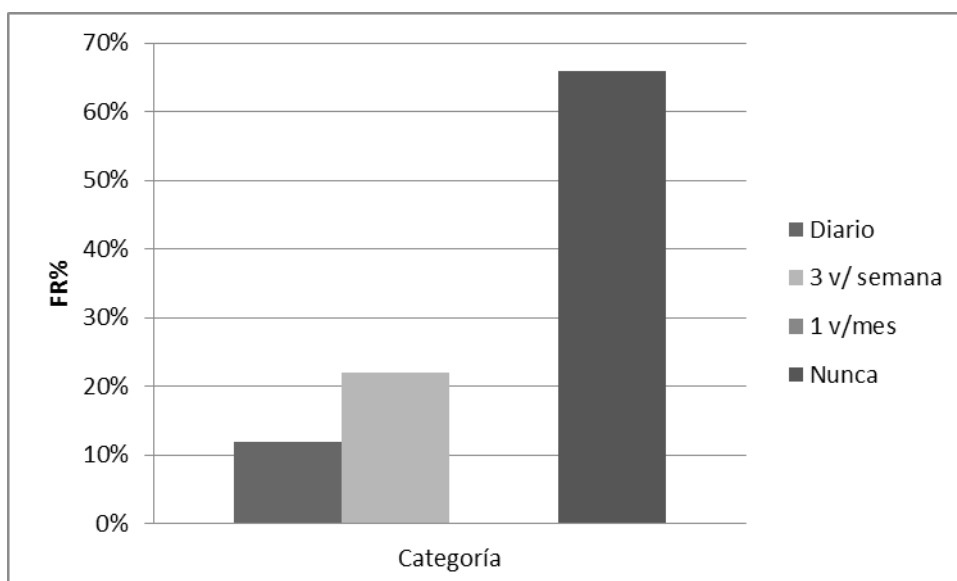
Tabla 9. Distribución de la población estudiada según la realización de otra actividad. Complejos habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS, Montevideo, 2012.

Categoría	f	FR%
Si	4	5.97
No	63	94.02
Total	67	99.99

Tabla 10. Distribución de la población estudiada según la regularidad con que realiza caminatas. Complejos habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS, Montevideo, 2012.

Categoría	f	FR%
Diario	8	11.94
3 v/ semana	15	22.38
1 v/mes	0	0
Nunca	44	65.67
Total	67	99.99

Grafico 10. Distribución de la población estudiada según la regularidad con que realiza caminatas. Complejos habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS, Montevideo, 2012.

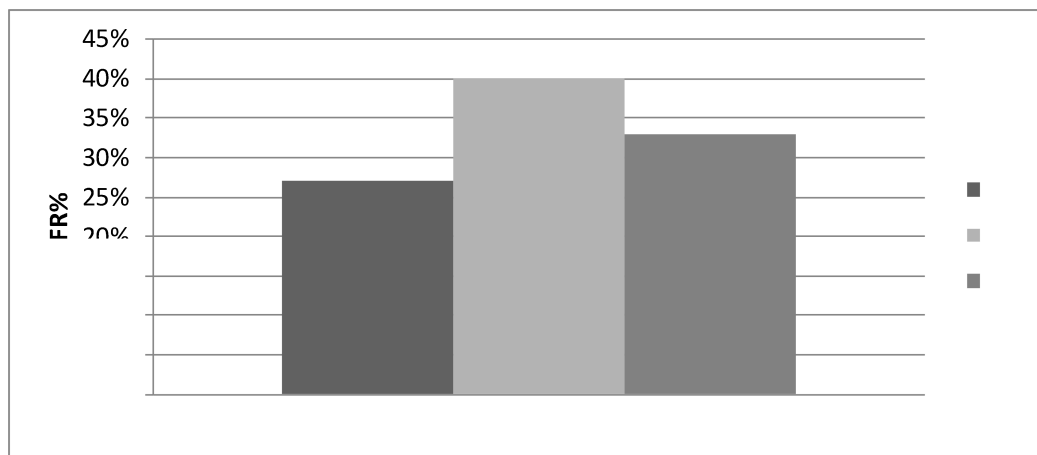


En relación a la distribución de los residentes según el índice de masa corporal, para la medición de la variable obesidad, se encontraron 22 (32,88%) con un IMC >30, 27 con sobrepeso IMC>25 y un 26,86%, solo 18 individuos con un peso adecuado IMC < 25. (Tabla 11)

Tabla 11. Distribución de la población estudiada según Obesidad. Complejos habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS, Montevideo, 2012.

Categoría IMC	Kg/m ²	f	FR%
<25		18	26.86%
>25		27	40.29%
>30		22	32.88%
Total		67	99.99%

Grafico 11. Distribución de la población estudiada según Obesidad. Complejos habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS, Montevideo, 2012.



Con respecto a los hábitos alimenticios se establecieron las variables:

- ❖ consumo de sal, donde registramos un porcentaje de 34.32% de residentes que agregan sal a las comidas;(Tabla 12)
- ❖ consumo de carnes, con un 95.52% que consume carnes rojas, un 94.02% que consume carne de pollo, y solo un 40.29% que consume carne de pescado pero sólo ocasionalmente, una vez al mes.(Tablas 13, 14, 15)
- ❖ El consumo de frutas y verduras es bajo en cantidad y frecuencia, ya que el 65.67% manifiesta consumir frutas y verduras tan solo 3 veces a la semana. (Tabla 16 y 17)

Tabla 12. Distribución de la población estudiada según consumo de sal. Complejos habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS, Montevideo, 2012.

Categoría	F	FR%
Si	23	34.32
No	44	65.67
Total	67	99.99

Grafico 12. Distribución de la población estudiada según consumo de sal. Complejos habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS, Montevideo, 2012.

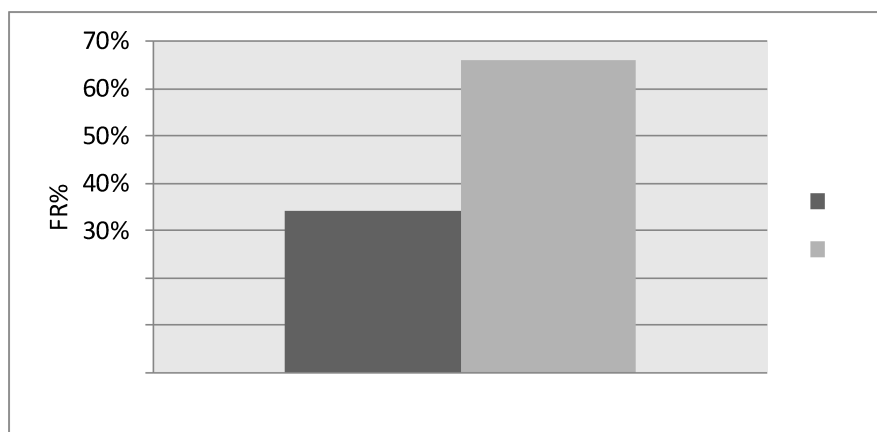


Tabla 13. Distribución de la población estudiada según consumo de carnes rojas.

**Complejos habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS,
Montevideo, 2012.**

Categoría	f	FR%
Diario	5	7.46
3 v/ semana	36	53.73
1 v/mes	23	34.32
No consumen	3	4.47
Total	67	99.99

Grafico 13. Distribución de la población estudiada según consumo de carnes rojas.

**Complejos habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS,
Montevideo, 2012.**

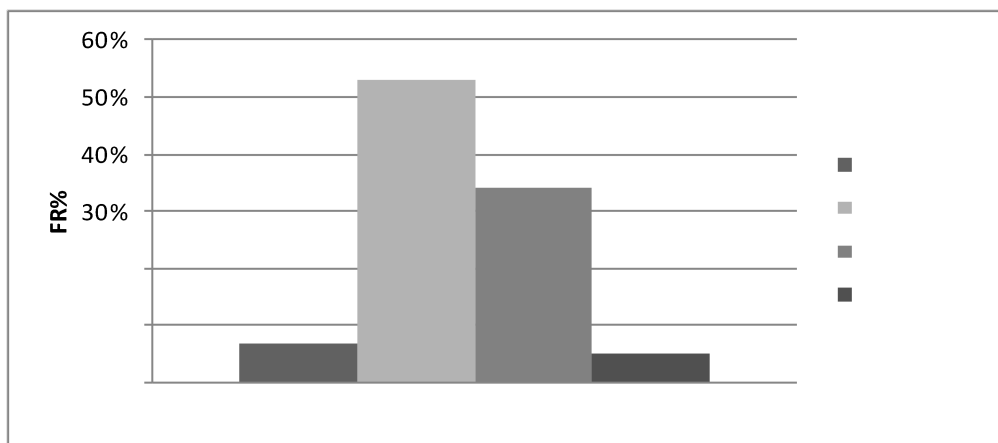


Tabla 14. Distribución de la población estudiada según consumo de carne de pollo.

**Complejos habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS,
Montevideo, 2012.**

Categoría	f	FR%
Diario	5	7.46
3 v/ semana	50	74.68
1 v/mes	8	11.94
No consumen	4	5.97
Total	67	99.99

Grafico 14. Distribución de la población estudiada según consumo de carne de pollo. Complejos habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS, Montevideo, 2012

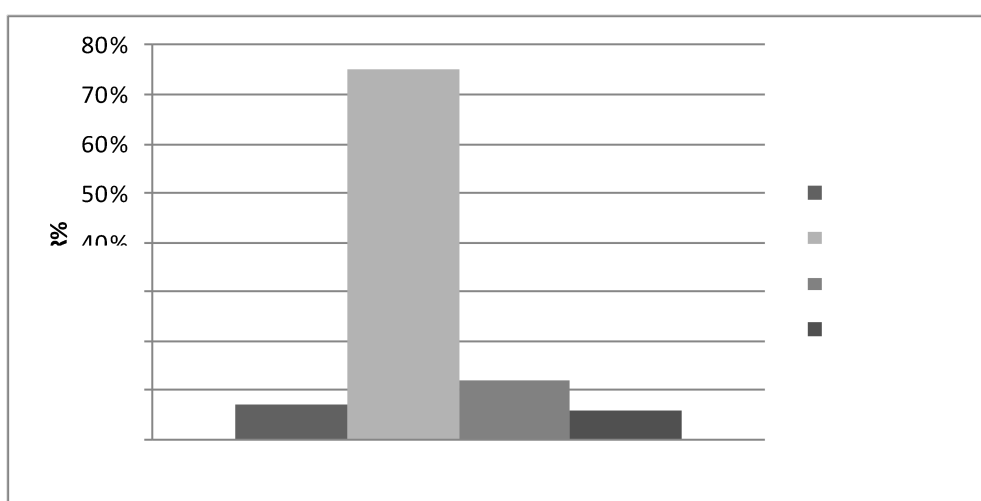
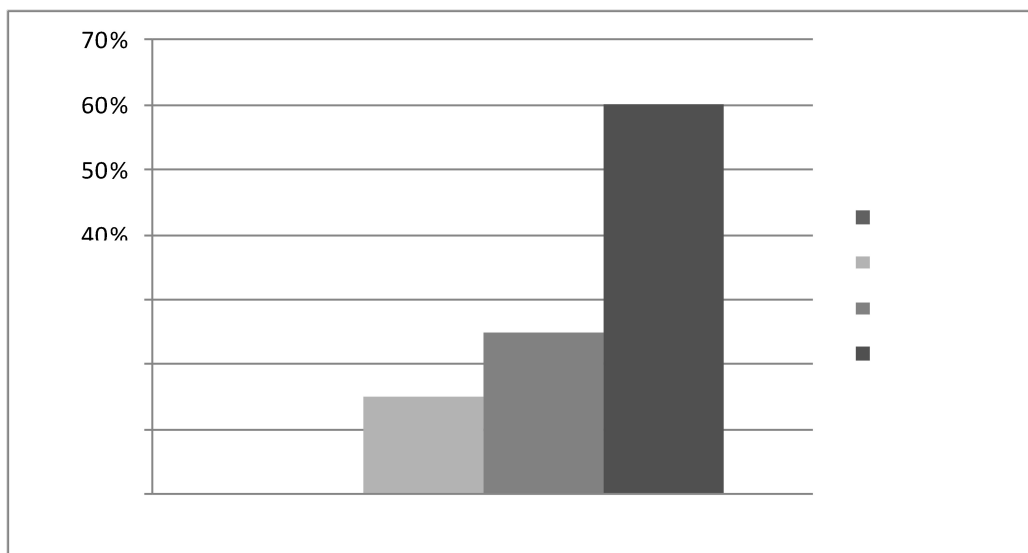


Tabla 15. Distribución de la población estudiada según consumo de carne de pescado. Complejos habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS, Montevideo, 2012.

Categoría	f	FR%
Diario	0	0
3 v/ semana	10	14.92
1 v/mes	17	25.37
No consumen	40	59.70
Total	67	99.99

**Gráfico 15. Distribución de la población estudiada según consumo de carne de pescado.
Complejos habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS,
Montevideo, 2012.**



**Tabla 16. Distribución de la población estudiada según consumo de frutas.
Complejos habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS,
Montevideo, 2012.**

Categoría	f	FR%
Diario	17	25.37
3 v/ semana	43	64.17
1 v/mes	5	7.46
No consumen	2	2.98
Total	67	99.99

Gráfico 16. Distribución de la población estudiada según consumo de frutas.

Complejos habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS, Montevideo, 2012.

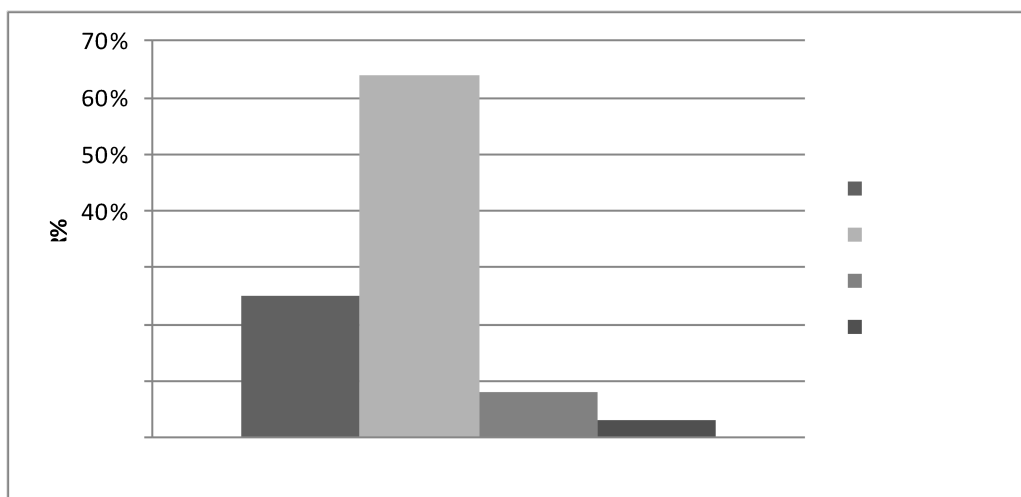


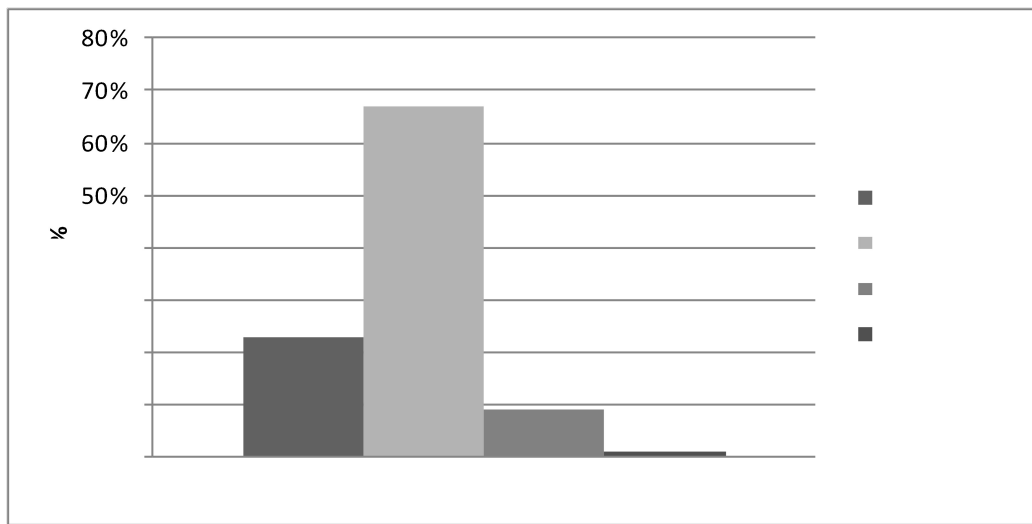
Tabla 17. Distribución de la población estudiada según consumo de verduras.

Complejos habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS, Montevideo, 2012.

Categoría	f	FR%
Diario	16	23.88
3 v/ semana	44	65.67
1 v/mes	6	8.95
No consumen	1	1.49
Total	67	99.99

Gráfico 17. Distribución de la población estudiada según consumo de verduras.

Complejos habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS, Montevideo, 2012



DISCUSIÓN

El envejecimiento es un proceso secuencial, acumulativo e irreversible de los individuos de una especie. El proceso de envejecimiento es irregular y asincrónico, es un proceso que no puede predecirse y sus manifestaciones van a variar de un ser a otro. Dicho proceso es continuo y comienza en el momento del nacimiento y se denomina senescencia, presentando una serie de modificaciones a lo largo de la vida, que irán manifestando de diferente manera de un individuo a otro, según el medio ambiente en que se desarrolle y sus condiciones y calidad de vida. Por lo cual el estilo de vida personal repercute directamente sobre este proceso; según como vivimos es como vamos a envejecer, de ahí la importancia de conocer los factores de riesgo que repercuten en este proceso y pueden modificarse para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Se encontró una diferencia importante en la distribución de los individuos de la muestra según el sexo, donde predomina con un 79.10% el femenino. Datos que coinciden con las diferencias que existen entre hombres y mujeres a

edades avanzadas, como se muestra en el último censo nacional de población (2011); donde del total de longevos el 86% son mujeres, confirmando la mayor esperanza de vida frente a los hombres.

Con respecto al rango edad se observa un predominio en los mayores de 75 años, con un 61.18%, podemos afirmar que existe un alto riesgo para estos adultos mayores de fragilidad y vulnerabilidad, debido a que han desarrollado enfermedades crónicas, cardiovasculares, en el 100% de los residentes entrevistados. Este aspecto demuestra la importancia de que estos individuos sean valorados de forma continua, por Licenciados en Enfermería capacitados, para de esta forma intervenir y contribuir a disminuir posibles complicaciones. Ya que según las proyecciones demográficas se espera que en el año 2025, la población de adultos mayores alcance el 20% del total de la población y los mayores de 75 años constituirán el 40% de este grupo.

En este estudio se identificó la existencia de varios factores de riesgo importantes para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, y que implican posibles complicaciones para esta patología.

De las variables estudiadas se destacan la hipertensión, con 70.14% de los residentes con cifras de HTA, y en el rango de severidad 41.79%, al momento de realizada la entrevista. Se puede apreciar cómo la hipertensión arterial, una de las enfermedades más comunes en los adultos mayores, se convierte en un factor de riesgo para el desarrollo de otro tipo de enfermedades, como la coronaria, los accidentes cerebrovasculares, el infarto del miocardio y la enfermedad renal. A su vez, la prevalencia de hipertensión arterial en nuestro país es del 34%, llegando al 58% en los adultos mayores.

En relación a la obesidad presentan sobrepeso con un $IMC > 25$, 27 de ellos, mientras que 22 individuos presentan obesidad con un rango de $IMC > 30$. Está demostrado que la obesidad aumenta el riesgo de hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, diabetes tipo 2, entre muchas otras. El adulto

mayor necesita aprender y conocer los beneficios de la alimentación saludable, el ejercicio, la recreación y la responsabilidad de cada persona con su salud. En Uruguay, el 51% de los adultos tienen problemas de sobrepeso u obesidad, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Sobrepeso y Obesidad (ENSO 2),⁹ realizada en mayo 2006, concluye que en nuestro país las cifras de obesidad son epidémicas ya que uno de cada dos tiene sobrepeso y uno de cada 5 uruguayos es obeso.

Con respecto al estilo de vida nos encontramos con una población que presenta en un alto porcentaje hábitos no saludables; destacándose que un 65.67% de la población es sedentaria, un 95.92% consume carnes rojas y un 34.32% le agrega sal a las comidas. No consumen frutas y verduras en cantidades adecuadas, solo 17 individuos (25.37%), de la muestra lo hacen en forma diaria.

Uno de los puntos más importantes que surge del envejecimiento progresivo de las personas, es la calidad de vida; por lo cual poder tener una buena calidad de vida, depende de la manera en la que las personas mayores puedan prevenir las limitaciones funcionales, la desnutrición y las enfermedades crónicas, y en esto juega un rol trascendente el estilo de vida. Dentro de la teoría del proceso salud-enfermedad de Lalonde, los estilos de vida son aquellos comportamientos que mejoran o crean riesgos para la salud. Este comportamiento humano es considerado junto con la biología humana, el ambiente y la organización de los servicios de salud como los grandes componentes para la producción de la salud o enfermedad de la población.

Considerando estos puntos podemos decir que nuestro trabajo muestra la importancia de ellos, ya que de estas conductas individuales surgen factores protectores de la salud o por el contrario factores de riesgo, para desarrollar complicaciones de las enfermedades crónicas.

⁹ Pisabarro P, Gutiérrez M, Bermúdez C, Prendez D, Recalde A; Chaftare Y; Manfredi A. Segunda Encuesta Nacional de Sobrepeso y Obesidad (ENSO 2) adultos (18-65 años o más) Rev Med Urug 2009; 25: 14-26.

Abordados los adultos mayores siguiendo el modelo de Virginia Henderson, donde la consideración del individuo se realiza desde los aspectos biológico, social y psicológico se identificaron déficit en la satisfacción de las necesidades básicas, de las cuales procesamos las que aportan información referente al objetivo planteado. Lo que debemos tener claro es que el envejecimiento no es un proceso patológico en sí, no es una enfermedad sino un proceso evolutivo, biológico que produce alteraciones, en todos los tejidos y órganos, y que llevan al individuo a una situación que lo mantiene en un límite muy frágil en el proceso salud-enfermedad. Es una situación de equilibrio inestable.

El anciano está en una situación de disminución de sus reservas funcionales, lo que implica una mayor susceptibilidad y vulnerabilidad frente a agentes estresantes. Como necesidad fundamental, según Henderson, se define aquella necesidad vital esencial que tiene el ser humano para asegurar su bienestar y preservarse física y mentalmente.

Podemos decir que para preservar un estado físico adecuado y un cuerpo saludable, deberán mantenerse satisfechas las necesidades de respiración/circulación, alimentación, eliminación, descanso adecuado, movimiento y recreación; de los individuos entrevistados un 100% tiene alteraciones de la necesidad de respiración y circulación, dado por la presencia de patologías cardiovasculares, factores de riesgo, falta de control médico y desconocimiento de la enfermedad.

Relacionado a la necesidad de comer y beber adecuadamente, se observan alteraciones en la dieta, que no cumple con los requerimientos básicos, relacionado esto al pobre consumo de frutas y verduras y al elevado consumo de carnes rojas y de sal.

En cuanto a la necesidad de movimiento y mantenimiento de una postura adecuada, observamos que la mayoría son sedentarios.

CONCLUSIONES

El presente trabajo de investigación nos permitió conocer y describir la situación sociodemográfica y epidemiología en la que viven los adultos mayores de los complejos para jubilados y pensionistas de BPS asignados. Cumpliendo nuestro objetivo de conocer cuántos de ellos con patología cardiovascular poseen factores de riesgo modificables

Podemos afirmar que nos encontramos frente a una población envejecida, con un 61% de los residentes por encima de los 75 años; que padece en un alto porcentaje enfermedades crónicas, y que además presentan un estilo de vida no saludable; evidenciado por el sedentarismo en un porcentaje de 82%, e inadecuados hábitos alimenticios.

Además se identificó la necesidad de la presencia del Licenciado en Enfermería en los complejos habitacionales de BPS, quien por su capacitación y rol aplica de forma oportuna y eficaz el proceso de atención de enfermería, con el fin de disminuir los riesgos y generar conductas de autocuidado en el adulto mayor que mejoren su calidad de vida.

Con respecto a los factores de riesgo predominantes podemos afirmar un alto riesgo de complicaciones cardiovasculares en los habitantes de los complejos, ya que el 100% de la muestra presenta alguna patología cardiovascular, asociada a factores de riesgo como HTA en el rango de severidad en un 42% al momento de la entrevista, un 33% con un IMC superior a 30 y consumo de sal agregada a los alimentos en un 34% de los individuos.

Como profesionales de la salud pudimos realizar una actividad fundamental de nuestro rol como es la investigación.

Estamos formados y capacitados como Licenciados en Enfermería para trabajar en coordinación con otros servicios y dentro del equipo

multidisciplinario, podemos ser referentes de otros profesionales; así como monitorear las respuestas de pacientes con problemas de salud crónicos y su adherencia al plan terapéutico; interactuar con los miembros de la familia orientando sobre recursos de apoyo y técnicas de auto-cuidado.

Realizando la valoración de los adultos mayores por las necesidades de Virginia Henderson, la Licenciada/o en Enfermería tiene la posibilidad de detectar los problemas de autonomía de la persona mayor y así, poder actuar en dichos problemas, supliéndole en la medida de lo posible.

SUGERENCIAS

Como futuros licenciados en enfermería, somos responsables de la promoción de la salud, encaminando nuestra intervención a la educación sobre conductas saludables y medidas preventivas; pues muchos de estos trastornos son susceptibles de modificación y prevención; además, debido a la duración significativa de la enfermedad crónica; el individuo necesita aprender a vivir con ella. Por ello se sugiere diseñar y publicar materiales de difusión sobre promoción en salud del adulto mayor para la población general, sobre temas que favorezcan un envejecimiento activo y saludable, que promocióne hábitos saludables, fomentando conductas de autocuidado.

Dentro de las intervenciones que pueden ser aplicadas por los Licenciados en Enfermería, se sugiere la detección precoz de personas en riesgo, con

instrumentos simples, como las tablas de predicción de riesgos; en la atención primaria; que permite instituir tratamientos de bajo costo y prevenir IAM y ACV. Dichas intervenciones, tienen gran impacto y la OMS las considera prioritarias.

Se sugiere la incorporación de un equipo interdisciplinario integrado por Médico Geriatra, Licenciado en Enfermería, Psicólogo, Asistente Social, Nutricionista, que trabaje junto a los adultos mayores, identificando sus necesidades y problemas, abordándolos de forma integral.

Partiendo de este tipo de trabajo, se pueden desarrollar acciones específicas de educación e intervenciones sanitarias que permitan un control oportuno de las enfermedades crónicas evitando sus complicaciones que, de no hacerlo, acarrearían como consecuencia el deterioro irreversible de la calidad de vida de este grupo poblacional.

BIBLIOGRAFÍA

- Balanza G. Rol de enfermería gerontológica., Disponible en: <http://www.aggmdp.org.ar/rol%20enfermerla%20gerontologica.pdf> [consulta: 20 ago 2012].
- Biblioteca Virtual en Salud. Definición de anciano. OPS/OMS Uruguay, Disponible en: <http://www.bvsops.org.uy/metaiah/search.php?lang=es&topic=21-25> [consulta: 20 may 2012].
- Burke M, Walsh M, Enfermería Gerontológica. 2ª ed. Madrid: Harcourt Brace; 2008.
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez, colección Documentos de proyecto N° 113 (LC/W.113), Santiago de Chile, 2006 CEPAL. Disponible en: http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/1/44451/Caracteristicas_demograficas_mesoamericaycaribelatino.pdf [consulta: 15 abr 2012].
- Consejo editorial. La Declaración de Helsinki en debate. Rev Méd Urug [revista en la Internet]. 2008 24(2): 67-68. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-32952008000200001&lng=es [consulta: 24 ago 2012].
- Curto S, Prats O, Zelarayán M. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares: Uruguay, 2009. Rev Urug Cardiol [revista en la Internet]. 2011; 26(3): 189-196. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S079700482011000300004&lng=es [consulta: 28 ago 2012].
- De Canales F, De Alvarado E, Pineda E. Metodología de la Investigación – Manual para el Desarrollo de Personal de Salud. México: Limusa; 2005.

- Fernández Ballesteros R. Psicología del envejecimiento: crecimiento y declive. . Madrid: Unam; 1997.
- García M, Torres M, Ballesteros E, Enfermería Geriátrica, 2ª ed. Barcelona: Elsevier, Masson; 2006.
- Giménez JC. Programa de detección precoz de hipertensión arterial en la comunidad Hospital General de Agudos I, Pirovano. Bs As. Disponible en: <http://www.medicinayprevencion.com/hipertension/hipertension.htm> [consulta: 28 ago 2012].
- López Chicharro J, López Mojares L, Fisiología clínica del ejercicio. 1ª ed. Bs. As: Panamericana; 2008.
- Martínez Ortega M, Polo Luque M, Carrasco Fernández B. Visión histórica del concepto de vejez. Rev Cultura de los Cuidados 2006; (11): 40-46.
- Presidencia de la República Oriental del Uruguay. Ministros de UNASUR encaran combate frontal a Enfermedades Crónicas no Trasmisibles. c2011. Disponible en: <http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/noticias/2011/04/2011041407.htm> [consulta: 20 ago 2012].
- Prieto M, Formiga N; Envejecimiento y vulnerabilidad sociodemográfica, Bahía Blanca. 2008, Disponible en: http://egal2009.easyplanners.info/area05/5734_PRIETO_MARIA_BELEN.pdf. [consulta: 17 set 2012].
- Rodríguez F, Rossel C. Panorama de la Vejez en Uruguay. Montevideo: Universidad Católica .IPES; 2009.
- Salvarezza L. Psicogeriatría. Teoría y clínica. Buenos Aires: Paidós; 2002.