



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA ADULTO Y ANCIANO



DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES PARA EL DESARROLLO DE STROKE

Autores:

Br. Fagundez, Deissey
Br. Farías, Leticia
Br. Justo, m. Alejandra
Br. Martin, Claudia
Br. Rojas, Sandra

Tutor:

Prof. Agdo. Isabel Silva Quiroga.

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

Montevideo, 2013



Índice

AGRADECIMIENTOS

- A nuestras tutoras por la orientación brindada y a los docentes de la Cátedra de Adulto y Anciano.
- A familiares, amigos y compañeros por estar siempre a nuestro lado y confiar en nosotros.
- A la dirección del Hospital público de tercer nivel de atención del departamento de Montevideo, Uruguay, que nos permitió realizar esta investigación.

MUCHAS GRACIAS.



Índice

Abreviaturas	3
Resumen	4
Introducción	6
Planteamiento del problema	8
Justificación	8
Marco Teórico	10
Objetivos	22
Objetivo general:.....	22
Objetivos específicos:.....	22
Metodología	22
Tipo de estudio.....	22
Lugar de estudio	22
Universo	22
Muestra y tipo de Muestreo.....	23
Operacionalización de variables:	25
Aspectos éticos del estudio.....	27
Resultados (gráficos anexo 3)	28
Análisis	35
Conclusión	39
Sugerencias	41
Bibliografía	42

Índice de anexos:

- Anexo 1: Instrumento
- Anexo 2: Consentimiento informado
- Anexo 3: Gráficas
- Anexo 4: Cronograma de actividades



ABREVIATURAS

D.M.	Diabetes Mellitus
E.C.V.	Enfermedades cerebrovascular
F.A.	Frecuencia absoluta
F.E.N.F.	Facultad de Enfermería
F.R.	Factor(es) de riesgo
F.R. %	Frecuencia relativa porcentual
F.R.C.V.	Factor(es) de riesgo cerebrovascular
F.R.C.V.M.	Factor(es) de riesgo cerebrovascular modificables
F.R.C.V.N.M.	Factor/es de riesgo cerebrovascular no modificables
H.T.A.	Hipertensión Arterial
M.M.H.G.	Milímetros de Mercurio
M.S.P.	Ministerio de Salud Pública
O.M.S.	Organización Mundial de la Salud.
I.C.	Infarto cerebral
H.C	Hemorragia cerebral
H.S. A	Hemorragia subaracnoidea.
I.M. C	Índice de masa corporal.



RESUMEN

El presente trabajo de investigación fue elaborado por cinco estudiantes pertenecientes Facultad de Enfermería, correspondiente a la Universidad de la República, cursando el Programa Carrera Escalonada de Licenciatura en Enfermería, generación 2010, bajo la tutela Prof. Agdo. (s) Isabel Silva Quiroga.

Se investigó la presencia de Factores de riesgo cardiovasculares modificables en usuarios adultos que acudieron a consulta externa de la policlínica de un hospital público del Departamento de Montevideo, Uruguay, de tercer nivel de atención, en el mes de julio de 2013.

El trabajo tiene como objetivo determinar la presencia de factores de riesgo cerebrovascular modificables en dicha población. Metodológicamente el tipo y diseño de investigación corresponde a un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. El universo de estudio lo conformó la población total de usuarios que acudieron a las policlínicas de un hospital público de Departamento de Montevideo de tercer nivel de atención.

El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico por conveniencia. Las variables de estudio a trabajar incluyeron los factores de riesgo cerebrovascular modificables (tabaquismo, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, obesidad, estrés, sedentarismo entre otras).

Las herramientas utilizadas fueron la aplicación de un cuestionario con preguntas cerradas confeccionado por la Cátedra Adulto y Anciano. Para la obtención de datos clínicos se utilizó el instrumento de recolección de datos mencionado anteriormente y se procesó mediante medidas de resumen: FA y FR%. El "software informático" que se utilizó para el análisis y la tabulación de los datos fue "Microsoft Office, Excel 2010".

De los resultados obtenidos, se obtuvo una muestra de 67 usuarios clasificados según los FR; dentro de los factores de riesgo cerebrovascular modificables, la



HTA con un 58% fue el que se destacó seguido del sedentarismo con un 52%, estrés con un 34%, obesidad 28% y diabetes mellitus un 19%.

El presente informe corresponde al trabajo de investigación final de grado, fue elaborado por un grupo de cinco estudiantes de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, cursando el Programa Carrera Licenciatura de Licenciatura en Enfermería, generación 2018.

Se llevó a cabo un estudio de investigación, que es un requisito curricular para la obtención del título de grado. El mismo se realizó en el Hospital de día público de la ciudad de Montevideo, Área Geriátrica y Geriatría.

El objetivo fue determinar si la vida adulta y las acciones de riesgo modificables como el sedentarismo, el consumo de alcohol, el tabaquismo, las dietas ricas en grasas saturadas, el consumo de drogas, el estrés, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la obesidad, la existencia de las memas y su interacción con el nivel de vida y sociodemográficas, a fin de confeccionar un perfil de dichos usuarios que permita a los trabajadores de la salud la identificación y abordaje de estrategias de prevención a nivel educativo.

Pues en nuestro país, el Stroke es la tercera causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares y neoplásicas, y a nivel mundial se lo considera la causa de muerte con 5.470 millones de muertes anuales según datos de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.).

Conforme con datos estadísticos en un estudio retrospectivo realizado por el Instituto de Neurología, basado en los registros de incidencia por ACV, encontrando los resultados correspondientes a los diez últimos años del estudio (1997-2006), se observaron tasas de mortalidad que oscilaban entre



INTRODUCCIÓN

El presente informe corresponde al trabajo de investigación final, el cual fue elaborado por un grupo de cinco estudiantes de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, cursando el Programa Carrera Escalonada de Licenciatura en Enfermería, generación 2010.

Se llevó a cabo un estudio de investigación, que es un requisito curricular para la obtención del título de grado. El mismo se realizó en Uruguay, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el primer nivel de atención.

El objetivo fue responder a la interrogante: ¿Qué factores de riesgo modificables para el desarrollo de Stroke presentan los usuarios adultos que reciben asistencia en consulta externa de la policlínica de un hospital público de tercer nivel de atención, en el mes de julio de 2013? Con la finalidad de conocer la existencia de los mismos y su distribución con relación a variables sociodemográficas, a fin de confeccionar un perfil de dichos usuarios que permita a los trabajadores de la salud la elaboración y abordaje de estrategias de prevención a nivel educativo.

Pues en nuestro país, el Stroke es la tercera causa de muerte después de las enfermedades cardíacas y neoplásicas, y a nivel mundial es la segunda causa de muerte con 5.450 millones de muertes anuales según cifras de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.).

Contamos con datos recabados en un estudio retrospectivo realizado por el Instituto de Neurología, basado en los certificados de defunción por ACV. Resumiendo los resultados correspondientes a los diez últimos años del estudio (1997-2006), se observaron tasas de mortalidad que oscilaban entre



96,5 y 114 muertes por ACV cada 100.000 habitantes/año, constituyendo 11% de todas las defunciones en forma constante en dicho período¹.

A nivel mundial se considera una epidemia que ya comienza a aparecer, por lo que se requieren medidas inmediatas para evitar una crisis.

La mayoría de los factores de riesgo de las enfermedades cerebrovasculares dependen del estilo de vida, y por lo tanto son pasibles de ser modificados, mediante el trabajo en conjunto de la comunidad, los profesionales de la salud y las organizaciones sociopolíticas.

El mayor peso específico en prevención primaria lo constituyen, no obstante, los factores de riesgo modificables. El amplio conocimiento de los factores de riesgo modificables y no modificables permite identificar poblaciones e individuos con alto riesgo de padecer un Stroke y, por lo tanto, planificar estrategias preventivas desde temprana edad, adoptando hábitos alimentarios y estilos de vida más saludables, así como medidas de prevención individuales que eviten el Stroke.

La metodología diseñada fue con enfoque cuantitativo, llevando a cabo un diseño de estudio de tipo descriptivo, de corte transversal. Para la recolección de los datos se utilizó un cuestionario, otorgado por la Cátedra Salud del Adulto y Anciano de la Facultad de Enfermería. La misma fue seleccionada a través de un muestreo de tipo no probabilístico, por conveniencia.

¹ Baena J, Álvarez B, Piñol P, Martín R, Sabaté N, Boronat A . Association between Clustering of Cardiovascular Risk Factors and the Risk of Cardiovascular Disease. Rev. Esp. Salud Pública [revista en la Internet]. 2002 Feb [citado 2013 Jun 16]; 76(1): 07-15. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000100002&lng=es



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué factores de riesgo modificables para el desarrollo de Stroke presentan los usuarios adultos que recibieron asistencia en la policlínica de un hospital público de tercer nivel de atención, en el mes de julio de 2013?

JUSTIFICACIÓN

El Stroke, también denominado accidente cerebrovascular (ACV) es considerado en la actualidad uno de los problemas de salud más graves, siendo hoy en día una de las principales causas de muerte en Uruguay y el mundo. En nuestro país, el Stroke es la tercera causa de muerte después de las enfermedades cardíacas y neoplásicas, y a nivel mundial es la segunda causa de muerte con 5.450 millones de muertes anuales, según cifras de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.).

También es una de las principales causas de morbilidad en los países desarrollados.

Es importante mencionar que el Stroke es una causa de invalidez, especialmente en el adulto mayor, pudiendo cambiar su calidad de vida y aumentar la mortalidad. A nivel sanitario ocasiona un aumento de los costos.

*"Constituyen a su vez, la primera causa de ingresos hospitalarios en los servicios de neurología, con una prevalencia en nuestro país de 8,6 casos por 1000 habitantes y de 131 casos por 100.000 habitantes/año respectivamente"*².

² Salamano R., Scaramelli A., Oehninger C., Ketzoian C. Diagnóstico y tratamiento en Neurología. Editor: Patricia Braga. Montevideo, Uruguay; Octubre, 2012



En este sentido, varios estudios señalan la importancia de la prevención como clave para el éxito, disminuyendo la incidencia de sufrir un Stroke y/o sus secuelas; con los beneficios que esto traería, por lo mencionado anteriormente.

Es por todo lo expuesto, que consideramos importante para nuestro grupo, como futuros profesionales de la salud, conocer la existencia de los factores de riesgo modificables, para el desarrollo de Stroke en la población. Se decidió estudiar a la población de adultos, a fin de prevenir en forma oportuna la aparición de Stroke. De este modo estaríamos frente a una actitud proactiva, determinando la presencia de estos factores en la población adulta a fin de prevenir su aparición con posterioridad.

Desde nuestra visión como enfermeros, consideramos importante enfocarnos en la prevención y promoción de la salud, realizando educaciones preventivas acerca de cuáles son los factores de riesgo modificables en el desarrollo de Stroke y cuáles no lo son. Nos basamos en la teoría del autocuidado de **Dorothea Orem**, en donde se aporta una visión integral de éste, incorporando a la familia y el entorno, haciendo énfasis en las actitudes positivas o favorables de salud.

La teoría plantea que los individuos necesitan la ayuda de Enfermería y pueden ser ayudados a través de ella. El autocuidado: *"es una actividad del individuo aprendido por este y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividades en beneficio de la vida, salud o bienestar"*³.

Dentro de los usuarios que presentan factores de riesgo modificables, es necesario trabajar en equipo interdisciplinario para así lograr prevenir futuras complicaciones. Con respecto a los factores de riesgo no modificables, se pretende educar a la población, ya que estos se deben de controlar, para prevenir de esta manera diferentes complicaciones.

³ Tomey AM, Raile. Modelos y teorías de Enfermería. 4ta edición. Harcourt. España, 2000.



MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S) clasifica a los individuos de la siguiente manera:

- Infancia: Hasta 10 o 12 años.
- Adolescencia: Hasta 18 años.
- Edad adulta: Mayor de 18 años.
- Vejez: Inicio a los 65 años en países desarrollados y a los 60 años en países en vías de desarrollo.

Dentro de los adultos los individuos se clasifican como:

- Adulto joven: 20 a 44 años.
- Adulto medio: 45 a 64 años
- Adulto mayor: Mayor de 65 años

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

Ya que el proceso salud-enfermedad es una estructura compleja e integrada por factores interrelacionados entre sí, donde la estructura social se destaca ante todo, y de ésta dependen otros factores como los socioeconómicos,



socioculturales y políticos. Además, es una definición dinámica, dado que no define a la salud como un estado estático sino como algo cambiante que puede adquirir distintos niveles.

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

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

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

- Teoría del autocuidado (describe y explica el autocuidado)
- Teoría del déficit del autocuidado (describe y explica las razones por las que la enfermería puede ayudar a las personas)
- Teoría de los dos sistemas de enfermería (describe y explica las relaciones que es necesario establecer y mantener para que se dé la enfermería).⁴

⁴ Tomey AM, Raile. Modelos y teorías de Enfermería. 4ta edición. Harcourt. España, 2000.



Niveles de Prevención:

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

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

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

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

El **genograma o familiograma** es un diagrama representativo de las relaciones familiares - un árbol genealógico de la familia. El genograma consiste en una representación en forma "visible" de las relaciones familiares que incluye los datos esenciales correspondientes a la edad, el sexo, la cultura, la ocupación y las conexiones emocionales, adquiriendo información de sus miembros y sus relaciones a lo largo de varias generaciones, con políticas de



atención orientada a la familia, y también aquellos datos relacionados con la salud, incluyendo las enfermedades padecidas y las causas de muerte. Se requieren por lo menos tres generaciones en la familia para obtener una visión general mínima del sistema emocional y su clima.

Desde el punto de vista de la salud comunitaria y con respecto a la prevención primaria, el genograma permite aplicar políticas de prevención, promoción y detección precoz que pueden contribuir a la reducción del riesgo de que las enfermedades presentes en la primera generación sean padecidas por las generaciones que le suceden (ejemplo: abuelos con factores de riesgo cerebrovascular). La importancia del mismo consiste en advertir al personal de salud sobre el impacto de los patrones multigeneracionales que se repitan en la familia prestando especial atención a los patrones de la enfermedad y a los altos riesgos emocionales y de salud que pueden llevar a la muerte. Brinda una referencia rápida de la historia de la salud familiar, sus riesgos y patrones, y aporta una gran cantidad de información expresada a través de símbolos⁵.

En nuestro país contamos con datos relevantes en un estudio retrospectivo realizado por el Instituto de Neurología, donde se han certificado de influencia por AIV. Resumiendo los resultados estadísticos a los que se ha llegado por este estudio (1998-2000), se observaron tasas de prevalencia de AIV entre 20.5 y 21.4 en ambos períodos, cada 100 000 habitantes por año. El 71% de todas las demencias en forma clínica se atribuye a AIV.

⁵ Marilyn B. Kleinberg R.N, Enfermería comunitaria- una Alianza para la salud. Ed.D



STROKE

El Stroke se define como *"los signos clínicos que se desarrollan en forma súbita o rápida y responden a una alteración focal de la función cerebral de origen vascular con una duración mayor a 24 horas"*⁶.

Esta definición comprende el infarto cerebral (IC), la hemorragia cerebral (HC) y la hemorragia subaracnoidea (HSA).

Desde el punto de vista anatomopatológico, el Stroke puede ser isquémico o hemorrágico.

El paciente con sospecha de Stroke debe tener un rápido traslado a un centro de referencia para un diagnóstico y tratamiento precoz con la premisa *"tiempo es cerebro"*. En este sentido, es fundamental la educación de la población y del cuerpo médico con la finalidad de detectar rápidamente síntomas sugestivos de Stroke, realizar un manejo inicial adecuado y derivar rápidamente a un centro preparado para la atención de pacientes con Stroke⁷.

En nuestro país contamos con datos recabados en un estudio retrospectivo realizado por el Instituto de Neurología, basado en los certificados de defunción por ACV. Resumiendo los resultados correspondientes a los diez últimos años del estudio (1997-2006), se observaron tasas de mortalidad que oscilaban entre 96,5 y 114 muertes por ACV cada 100.000 habitantes/año, constituyendo 11% de todas las defunciones en forma constante en dicho período⁸.

⁶ Salamano R., Scaramelli A., Oehninger C., Ketzoian C. Diagnóstico y tratamiento en Neurología. Editor: Patricia Braga. Montevideo, Uruguay; Octubre, 2012

⁷ Salamano R., Scaramelli A., Oehninger C., Ketzoian C. Diagnóstico y tratamiento en Neurología. Editor: Patricia Braga. Montevideo, Uruguay; Octubre, 2012

⁸ Baena J, Álvarez B, Piñol P, Martín R, Sabaté N, Boronat A. Association between Clustering of Cardiovascular Risk Factors and the Risk of Cardiovascular Disease. Rev. Esp. Salud Pública [revista en la Internet]. 2002 Feb [citado



El Stroke constituye, por su magnitud, la tercera causa de muerte en nuestro país. Son responsables de discapacidad en un alto porcentaje de los pacientes que sobreviven, con un enorme impacto en la calidad de vida individual y familiar, y con la consiguiente repercusión social y económica.

La identificación de factores de riesgo, así como de complicaciones precoces, proporciona una base racional para desarrollar estrategias de prevención y mejora de calidad asistencial.

*"Cada año, 15 millones de personas en todo el mundo sufren o padecen un accidente cerebrovascular (ACV). En 2004, el ACV causó 5,7 millones de muertes en todo el mundo (9,7% de la mortalidad total). Entre los países de Latinoamérica, Brasil y México tienen las poblaciones más numerosas y la mayor cantidad de muertes por ACV, con 129.200 y 33.000 casos anuales, respectivamente. Se trata de una epidemia que ya comienza a aparecer, por lo que se requieren medidas inmediatas para evitar una crisis"*¹⁰.

Riesgo:

*"De forma genérica, es la probabilidad de que un hecho, en general adverso, se produzca. En epidemiología se define como la probabilidad de que una persona libre de una enfermedad determinada desarrolle la enfermedad durante un periodo determinado"*¹¹. (Rothman, 1998)

2013 Jun 16]; 76(1): 07-15. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000100002&lng=es

⁹ BRAGA, Patricia, et al. Ataque cerebrovascular: un estudio epidemiológico prospectivo en el Hospital de Clínicas de Montevideo. *Rev Med Uruguay*, 2001, vol. 17, p. 42-54.

10 AVEZUM, Álvaro et al. ¿Cómo reducir los accidentes cerebrovasculares en Latinoamérica? Parte 1. *Insuf. card.* [online]. 2012, vol.7, n.2 [citado 2013-09-05], pp. 71-88. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-38622012000200005&lng=es&nrm=iso. ISSN 1852-3862.

¹¹ Zurro A Marín. Atención Primaria en salud (Conceptos. Organización y práctica Clínica). 4ª ed. Vol. I. Barcelona. Horcowr; 2008



El concepto de riesgo requiere un período de referencia para su correcta interpretación. Es necesario el estudio de un grupo de individuos (una población) para tener una estimación de riesgo promedio; para ello la epidemiología estudia la salud y la enfermedad en la población, se ha convertido en la ciencia básica en el estudio del riesgo y sus aspectos asociados.

Se consideran factores de riesgo modificables aquellos que pueden ser corregidos o eliminados cuando realizamos cambios en nuestro estilo de vida.

Los factores de riesgo no modificables son propios de la persona, no es posible revertirlos ni eliminarlos, pero sí controlarlos.

Por lo antes mencionado, el personal de enfermería puede y debería intervenir en los modificables, sin dejar de promover el control de los no modificables.

Factores de Riesgo Modificables para Stroke:

Tabaquismo:

Fumar aumenta el riesgo de cáncer de pulmón y también aumenta el riesgo de padecer enfermedades de los vasos sanguíneos. Los efectos se deben al monóxido de carbono y a más de 4 mil toxinas que se desprenden de la combustión del cigarrillo. La exposición crónica a ambientes con humo de tabaco aumenta el riesgo de enfermedad cerebrovascular. El tabaquismo acelera el pulso, contrae las principales arterias y puede provocar irregularidades en la frecuencia de los latidos del corazón, todo lo cual aumenta el esfuerzo del mismo. Las sustancias químicas que se encuentran en el cigarrillo, como la nicotina, contribuyen a la acumulación de grasas en las arterias (placas de ateroma). También contribuyen en el aumento del colesterol y los niveles de fibrinógeno aumentando así el riesgo de que se forme un coágulo sanguíneo que pueda provocar un ataque cardíaco; también eleva la



presión arterial, lo cual aumenta el riesgo de padecer un ataque cerebral en personas que padecen de H.T.A.

En nuestro país el 33% de la población es tabaquista. Por esta razón, en el año 2005 se crea el Programa Nacional del Control del Tabaco gestionado por el MSP. Desde el 1º de marzo de 2006 Uruguay se convirtió en país libre de humo de tabaco a través del decreto 268/05 que prohíbe el consumo de tabaco en lugares públicos y cerrados.¹²

Producto de estas medidas, unas 130.000 personas han dejado de fumar, además de aumentar el nivel de información entre los consumidores y el daño que produce.¹³

Hipertensión:

La Hipertensión es la elevación anormal de la presión que ejerce la sangre dentro de las arterias. Se considera HTA cuando el valor se encuentra por encima de 140/90 mmHg¹⁴.

Es una afección en la que aumenta el riesgo de accidente cerebrovascular, cardiopatías, infarto de miocardio, lesiones del riñón, ruptura de aneurisma; la única forma de detectarla es midiendo la presión arterial periódicamente.

En nuestro país el 33 y 34% de la población es hipertensa.¹⁵

¹² Ministerio de Salud Pública [sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy> Consultado: 29 agosto 2013

¹³ sanseverino.org.uy/2010/2005/31-de-mayo-dia-mundial-sin-tabaco-uruguay-pais-lider-en-la-lucha-contra-el-tabaquismo/

¹⁴ Comisión Honoraria de la Salud Cardiovascular. [sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.cardiosalud.org/> Consultado:29 agosto 2013

¹⁵ Comisión Honoraria de la Salud Cardiovascular. [sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.cardiosalud.org/> Consultado:29 agosto 2013



Diabetes Mellitus:

“La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica crónica y compleja que se caracteriza por deficiencia absoluta o relativa de insulina, hiperglicemia crónica y otras alteraciones del metabolismo de los carbohidratos y de los lípidos; ello a su vez puede originar múltiples complicaciones microvasculares en los ojos, el riñón y las extremidades inferiores, así como neuropatías periféricas y, frecuentemente, lesiones macrovasculares y coronarias”.

La Diabetes es un factor de riesgo independiente y también controlable además de tener una fuerte correlación con la hipertensión arterial y las dislipidemias.¹⁶

Enfermedad Cardíaca:

Especialmente la fibrilación auricular ya que se considera el segundo factor de riesgo más importante de Stroke. Además los infartos agudos del miocardio son la causa mayor de muerte entre los sobrevivientes de los Stroke. En más de 1.800 pacientes se determinó que la mayoría de los Stroke son por embolismo ya sea de origen cardíaco o de otros grandes vasos¹⁷.

Dislipidemias:

Es el aumento de los lípidos en sangre, sobre todo del colesterol y los triglicéridos, y constituye un factor de riesgo de aterosclerosis y enfermedades cerebrovasculares¹⁸.

Aumenta 5 veces el riesgo de desarrollar Stroke.

¹⁶ Chaves Sell Franz. Accidente vascular cerebral: ¿es el accidente vascular cerebral una enfermedad tratable?. Rev. costarric. cardiol [revista en la Internet]. 2000 Abr [citado 2013 Jun 15]; 2(1): 27-33. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41422000000100005&Ing=es.

¹⁷ Chaves Sell Franz. Accidente vascular cerebral: ¿es el accidente vascular cerebral una enfermedad tratable?. Rev. costarric. cardiol [revista en la Internet]. 2000 Abr [citado 2013 Jun 15]; 2(1): 27-33. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41422000000100005&Ing=es.

¹⁸ Miguel Soca Pedro Enrique. Dislipidemias. ACIMED [revista en la Internet]. 2009 Dic [citado 2013 Jun 17]; 20(6): 265-273. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352009001200012&Ing=es.



Sedentarismo:

El sedentarismo es la falta de actividad física regular (menos de 30 minutos diarios de ejercicio de baja intensidad, y menos de 3 días a la semana); en el Uruguay el 60% de la población es sedentaria.¹⁹

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

Obesidad:

Determina un factor de riesgo si se asocia con la hiperglicemia, hipertensión, dislipemias, etc.²⁰

La obesidad es el exceso de grasa en el cuerpo, que conlleva a un aumento del peso corporal en relación con la estatura. A partir de esto se determina el IMC. Es uno de los problemas más comunes asociados al estilo de vida actual ya que en nuestro país el 60% de la población sufre de obesidad o tiene sobrepeso.²¹

Hoy más de 205 millones de hombres y 297 millones de mujeres viven con obesidad en el mundo, para un total de más de 500 millones de personas. Y este exceso de peso corporal está causando tres millones de muertes cada año.²²

¹⁹Ministerio de Salud Pública [sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy> Consultado: 29 agosto 2013

²⁰Chaves Sell Franz. Accidente vascular cerebral: ¿es el accidente vascular cerebral una enfermedad tratable?. Rev. costarric. cardiol [revista en la Internet]. 2000 Abr [citado 2013 Jun 15]; 2(1): 27-33. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41422000000100005&lng=es.

²¹Ministerio de Salud Pública [sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy> Consultado: 29 agosto 2013

²²Diario la República; Sábado, 05 de febrero, 2011 - Año 12 - Nro.3887 [sitio en Internet]. Disponible en: www.larepublica.com.uy. Consultado 28 de agosto 2013



Índice de masa corporal:

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2)²³.

La definición de la OMS es la siguiente:

Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso.

Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad

Estrés:

El término estrés fue definido por primera vez desde el punto de vista médico por el destacado investigador Hans Selye, en 1936; y lo definió como una respuesta biológica inespecífica, estereotipada mediante cambios en el sistema nervioso, endocrino e inmunológico, lo cual él denominó síndrome general de adaptación.

El término o su conceptualización han sufrido notables modificaciones en todo este tiempo hasta el presente; incluso algunos autores vinculan al estrés con los síntomas de la ansiedad, al definirlo como una respuesta vivencial, fisiológica, conductual, cognitiva y asertiva, caracterizada por un estado de alerta, de activación generalizada.

²³ Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares: nuevas esferas de investigación. Informe de un Grupo Científico de la OMS. Ginebra: OMS; 1994. Serie Informes Técnicos; 841.



Factores de riesgo no modificables

Herencia:

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

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

Sexo:

Características biológicas determinadas que hacen posible reconocer como diferentes a hombres y mujeres. Después de los 65 años de edad aproximadamente el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares es igual tanto en hombres como en mujeres cuando los restantes factores de riesgo son similares.

Edad:

Periodo en años o meses, comprendido desde el nacimiento hasta la fecha actual.

La incidencia aumenta un 10% por año después de los 45 años y la posibilidad de tener un Stroke es más del doble por cada década de vida después de los 55 años. Aunque el Stroke es común entre gente mayor un sustancial número de personas menores de 65 años también los sufren²⁴.

²⁴ Chaves Sell Franz. Accidente vascular cerebral: ¿es el accidente vascular cerebral una enfermedad tratable?. Rev. costarric. cardiol [revista en la Internet]. 2000 Abr [citado 2013 Jun 15]; 2(1): 27-33. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41422000000100005&lng=es.



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Conocer qué factores de riesgo modificables para el desarrollo de Stroke presentan los usuarios adultos que reciben asistencia en la consulta externa de un hospital público de tercer nivel de atención del departamento de Montevideo, en el mes de julio de 2013.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar a la población encuestada, según variables sociodemográficas.
- Identificar los factores de riesgo modificables presentes en la población encuestada.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Se llevo a cabo un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal.

LUGAR DE ESTUDIO

Hospital público de tercer nivel de atención del departamento de Montevideo, Uruguay.

UNIVERSO DE INCLUSIÓN

El universo de estudio lo conformó la población total de usuarios que acudieron a las policlínicas de un hospital público de Montevideo de tercer nivel de atención.



MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO

Se seleccionó una muestra de usuarios, que estuvo conformada por los adultos menores de 65 años, que se encontraban en el mes de julio de 2013 en la sala de espera del policlínico del hospital público de Montevideo.

El tipo de muestreo a realizar fue no probabilístico, por conveniencia y siguiendo los lineamientos del equipo coordinador de tutores.

UNIDAD DE ANÁLISIS

Cada usuario entrevistado en la policlínica del hospital público de Montevideo de tercer nivel de atención.

PROCESAMIENTO DE DATOS

Una vez que los datos se recolectaron, fueron transferidos a una tabla dinámica en Microsoft Office, Excel 2010, luego se tabularon y analizaron. Se realizó un análisis de estadística descriptiva para cada variable.

Primero se hizo una descripción de los datos obtenidos, luego se realizó la distribución de frecuencias, donde se calculó la frecuencia absoluta y frecuencia relativa porcentual. Posteriormente de obtenidos estos datos, se procedió a realizar gráficas.

Finalmente se describió la relación entre variables para así poder realizar una conclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyeron en el estudio a aquellos usuarios que:

- Concurrieron a la policlínica los días de la recolección de datos.
- Usuarios de ambos sexos, con edades entre 20 a 64 años
- Dieron su consentimiento para formar parte de la investigación.



- En los casos en los que el usuario no pudo contestar, se realizó el cuestionario a la persona que asistió con él.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se empleó un cuestionario elaborado por la Facultad de Enfermería, Cátedra de Adulto y Anciano. Consta de una serie de preguntas de opciones múltiples y dicotómicas, organizadas en categorías (anexo 1).

De dicho cuestionario fueron seleccionadas las siguientes variables, a fin de dar respuesta a la pregunta de investigación.

Operacionalización de variables:

Variable	Definición Conceptual	Tipo de variable	Valores o Categorías
Sexo	Características biológicas determinadas que hacen posible reconocer como diferentes a hombres y mujeres.	Cualitativa nominal	Femenino Masculino.
Edad	Tiempo transcurrido, en años, desde el nacimiento hasta la fecha actual.	Cuantitativa continua	20- 44 años 45-64 años
Lugar de residencia	Lugar geográfico en donde reside o habita el encuestado, en nuestro país (departamento).	Cualitativa nominal	Montevideo Interior
Ocupación	Condición laboral, actividades que realiza una persona por la cual recibe a cambio o no, una remuneración.	Cualitativa nominal	Jubilado /Pensionista Ama de Casa Trabajo estable Trabajo inestable Desempleado
Nivel de Instrucción	Nivel de estudios reconocidos estatalmente, hasta el cual la persona logro llegar.	Cuantitativa nominal	Primaria incompleta Primaria Completa Secundaria Incompleta Secundaria completa Terciario
Estado Civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Cualitativa nominal	Soltero/a Casado/a Divorciado/ a Viudo/ a Unión Libre
Antecedentes Familiares	Hábitos o enfermedades crónicas que presentan los familiares	Cualitativa Nominal	Hipertensión Diabetes Tabaquismo Obesidad Hipercolesterolemia Estrés Sedentarismo

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN FINAL



"Detección de factores de riesgo modificables para el desarrollo de Stroke"



<p>Antecedentes Personales</p>	<p>Hábitos o enfermedad crónica que presenta el usuario</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>Hipertensión Diabetes Tabaquismo Obesidad Hipercolesterolemia Estrés Sedentarismo</p>
<p>Hábitos Alimentarios</p>	<p>Hábitos adquiridos a lo largo de la vida que influyen en nuestra alimentación</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>*Carnes Rojas Si -Todos los días 3 veces 1 vez al mes - No *Pollo Si -Todos días 3 veces/semana 1 vez al mes No *Cerdo/Derivado Si -Todos los días 3 veces 1 vez al mes No *Pescado Si -Todos los días 3 veces/semana 1 vez al mes No *Come o/sal Si - No *Come comida rápida Si -Todos los días 3 veces/semana 1 vez al mes No *come comidas elaboradas Si -Todos los días 3 veces/semana 1 vez al mes No</p>



Ejercicio Físico	Cualquier actividad física que mejora y mantiene la aptitud física, la salud y el bienestar de la persona	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Bicicleta - Concorre al gimnasio - Camina - Corre - Otro tipo de Actividad
Índice de masa corporal	Cáculo matemático que relaciona el peso (kg), del usuario con su talla (mt) al cuadrado.	Cualitativa continua	<ul style="list-style-type: none"> - < de 25 - 25 a 29 - mayor o igual a 30

ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO

La presente investigación contó con las garantías de ética y confidencialidad de la información que fue proporcionada por el grupo de estudio. Se especificó en los formularios que la información brindada fue utilizada exclusivamente con fines didácticos, y que se mantuvo la confidencialidad de la misma. Se le solicitó a cada encuestado su autorización para formar parte de la población en estudio. Basado en el decreto N° 379/08 (anexo 2).

RESULTADOS (gráficos anexo 3)

TABLA N° 1 - Distribución de la población según la edad

Edad (años)	FA	FRF%
20 – 44	13	19
45 – 64	54	81
N=	67	100

Fuente: Información obtenida del cuestionario “ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO”.

TABLA N° 2- Distribución de la población según el sexo

Sexo	FA	FR %
Masculino	21	31
Femenino	46	69
N=	67	100

Fuente: Información obtenida del cuestionario “ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO”.

TABLA N° 3- Distribución de la población según el lugar de residencia

Lugar de residencia	FA	FR%
Montevideo	46	69
Interior	21	31
N=	67	100

Fuente: Información obtenida del cuestionario “ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO”.

**TABLA N° 4- Distribución de la población según la ocupación**

Ocupación	FA	FR%
Jubilado/Pensionista	28	42
Ama de Casa	10	15
Empleo estable	27	40
Empleo inestable	0	0
Desempleado	2	3
N=	67	100

Fuente: Información obtenida del cuestionario "ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO"

TABLA N° 5- Distribución de la población según el nivel de instrucción

Nivel de instrucción	FA	FR%
Primaria incompleta	2	3
Primaria completa	26	39
Secundaria incompleta	16	24
Secundaria completa	19	28
Terciario	4	6
N=	67	100

Fuente: Información obtenida del cuestionario "ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO"

TABLA N° 6- Distribución de la población según el estado civil

Estado civil	FA	FR%
Soltero/a	4	6
Casado/ a	36	54
Divorciado/a	10	15
Viudo/ a	11	16
Unión libre	6	9
N=	67	100

Fuente: Información obtenida del cuestionario "ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO"

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

TABLA Nº 7- Distribución de la población según los antecedentes familiares

Antecedentes familiares	FA	FR%
Hipertensión	47	70
Diabetes	17	25
Tabaquismo	35	52
Sedentarismo	45	67
Hipercolesterolemia	20	30
Estrés	15	22
Obesidad	22	33

Fuente: Información obtenida del cuestionario "ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO"

TABLA Nº 8- Distribución de la población según los antecedentes personales

Antecedentes personales	FA	FR%
Hipertensión	39	58
Diabetes	13	19
Tabaquismo	15	22
Obesidad	19	28
Hipercolesterolemia	19	26
Estrés	23	34
Sedentarismo	35	52

Fuente: Información obtenida del cuestionario "ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO"

TABLA N° 9 – Distribución de la población según hábitos alimentarios (carnes rojas)

HABITOS ALIMENTARIOS			
		FA	FR%
CARNES ROJAS	SI. TODOS LOS DIAS	12	18
	SI 3 VECES	43	64
	SI 1 VEZ AL MES	3	4
	NO	9	13
N		67	100

Fuente: Información obtenida del cuestionario “ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO”

TABLA N° 10 – Distribución de la población según hábitos alimentarios (carnes blancas: pollo)

HABITOS ALIMENTARIOS			
		FA	FR%
CARNES BLANCAS (POLLO)	SI. TODOS LOS DIAS	8	12
	SI 3 VECES	46	69
	SI 1 VEZ AL MES	7	10
	NO	6	9
N		67	100

Fuente: Información obtenida del cuestionario “ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO”



TABLA N° 11 – Distribución de la población según hábitos alimentarios (carnes blancas: pescado)

HABITOS ALIMENTARIOS			
		FA	FR%
CARNES BLANCAS (PESCADO)	SI. TODOS LOS DIAS	1	2
	SI 3 VECES	18	27
	SI 1 VEZ AL MES	27	40
	NO	21	31
N		67	100

Fuente: Información obtenida del cuestionario "ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO"

TABLA N° 12 – Distribución de la población según hábitos alimentarios (carnes blancas: cerdo)

HABITOS ALIMENTARIOS			
		FA	FR%
CARNES BLANCAS (CERDO)	SI. TODOS LOS DIAS	1	2
	SI 3 VECES	9	13
	SI 1 VEZ AL MES	13	19
	NO	44	66
N		67	100

Fuente: Información obtenida del cuestionario "ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO"

TABLA N° 13 – Distribución de la población según hábitos alimentarios (come con sal)

HABITOS ALIMENTARIOS			
		FA	FR%
Come con sal	SI	39	58
	NO	28	42
N		67	100

Fuente: Información obtenida del cuestionario "ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO"

TABLA N° 14 – Distribución de la población según hábitos alimentarios (comidas elaboradas)

HABITOS ALIMENTARIOS			
		FA	FR%
Comidas elaboradas	SI. TODOS LOS DIAS	5	8
	SI 3 VECES	17	25
	.SI 1 VEZ AL MES	9	13
	NO	36	54
N		67	100

Fuente: Información obtenida del cuestionario "ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO"

TABLA N° 15 – Distribución de la población según hábitos alimentarios (comidas rápidas)

HABITOS ALIMENTARIOS			
		FA	FR%
Comidas rápidas	SI. TODOS LOS DIAS	5	8
	SI 3 VECES	21	31
	SI 1 VEZ AL MES	13	19
	NO	28	42
N		67	100

Fuente: Información obtenida del cuestionario "ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO"



TABLA N° 16 Distribución de la población según realización de ejercicio físico

Ejercicio físico	FA	FR%
Bicicleta	9	13
Concurre al gimnasio	2	3
Camina	32	47
Corre	3	4
Otro tipo de actividad	4	6
No realiza	19	28

Fuente: Información obtenida del cuestionario "ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO"

TABLA N° 17 Distribución de la población según IMC

IMC	FA	FR%
>25	23	34
25 a 29	25	37
Mayor o igual a 30	19	28
N=	67	100

Fuente: Información obtenida del cuestionario "ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO"



ANÁLISIS

Surge del estudio realizado que el 69% son mujeres y 31% son hombres.

En la distribución de la población según la edad el 81% se encuentran entre 45 a 64 años. Con los datos obtenidos observamos que un alto porcentaje de la muestra tiene riesgo de padecer Stroke, ya que "la incidencia aumenta un 10% por año después de los 45 años y la posibilidad de tener un Stroke es más del doble por cada década de vida, después de los 55 años. Aunque el Stroke es común entre el adulto mayor, un sustancial número de personas menores de 65 años también los sufren"²⁵.

La mayoría de la población (69%) vive en el departamento de Montevideo, y el resto en el Interior del país; se considera que quienes viven en la ciudad tienen mayor posibilidad de acceder a redes sanitarias lo que facilita el control de salud.

*"Los Stroke constituyen, por su magnitud, la tercera causa de muerte en nuestro país. Son responsables de discapacidad en un alto porcentaje de los pacientes que sobreviven, con un enorme impacto en la calidad de vida individual y familiar, y con la consiguiente repercusión social y económica"*²⁶.

La identificación de factores de riesgo, así como de complicaciones precoces, proporciona una base racional para desarrollar estrategias de prevención y

²⁵ Chaves Sell Franz. Accidente vascular cerebral: ¿es el accidente vascular cerebral una enfermedad tratable?. Rev. costarric. cardiol [revista en la Internet]. 2000 Abr [citado 2013 Jun 15]; 2(1): 27-33. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41422000000100005&lng=es.

²⁶ BRAGA, Patricia, et al. Ataque cerebrovascular: un estudio epidemiológico prospectivo en el Hospital de Clínicas de Montevideo. Rev Med Uruguay, 2001, vol. 17, p. 42-54.



mejora de calidad. Es evidente que no es posible cambiar los F.R.C.V.N.M. como lo es la genética, la edad y el sexo, pero la utilización de herramientas de prevención contribuye a disminuir los F.R.C.V.M. como lo son algunas patologías asociadas, hipertensión, estrés y sedentarismo, entre otras. En el estudio realizado, el 58% de la población tiene antecedentes personales de Hipertensión un 52 % de sedentarismo y un 34% estrés. Teniendo en cuenta que la herencia es uno de los principales F.R.C.V.N.M., la misma puede influir en forma negativa frente a la aparición de Stroke. De lo mencionado anteriormente, podemos concluir que la utilización del instrumento denominado familiograma es importante, ya que por medio del mismo, se identifican las tres generaciones, logrando así observar la carga genética que la persona posee o puede desarrollar en relación a los F.R., pudiendo actuar en promoción y prevención de salud, evitando así, futuras complicaciones. Si mencionamos los A.F. que influyen en el desarrollo de conductas y predisposición a desarrollar Stroke, predominan los Antecedentes Familiares de hipertensión 70%, sedentarismo 67% , tabaquismo 52%, obesidad 33% hipercolesterolemia 30%, Diabetes 25% y estrés 22%.

En nuestro país, el 34% de la población es hipertensa. En el presente estudio son el 58%.

Con respecto a la diabetes el 19% de la muestra lo padece. La Diabetes es un factor de riesgo independiente y también controlable además de tener una fuerte correlación con la Hipertensión Arterial y las Dislipidemias. Al hablar de la obesidad observamos que es uno de de los problemas más comunes asociados al estilo de vida actual ya que en nuestro país el 60% de la población sufre de obesidad o tiene sobrepeso. "Hoy más de 205 millones de hombres y 297 millones de mujeres viven con obesidad en el mundo, para un total de más de 500 millones de personas. Y este exceso de peso corporal está causando tres millones de muertes cada año"²⁷.

²⁷ Diario la República; Sábado, 05 de febrero, 2011 - Año 12 - Nro.3887 [sitio en Internet] Disponible en: www.larepublica.com.uy. Consultado 28 de agosto 2013



El presente estudio resaltó que el 28% padecen obesidad, ya que presentan un IMC mayor o igual a 30kg/m². Esto conlleva a un aumento de los factores de riesgo modificables, Hipertensión arterial y diabetes, entre otros.

Otro factor de riesgo es el aumento del colesterol en sangre (hipercolesterolemia) ya que aumenta 5 veces el riesgo de desarrollar Stroke, de esta población padece este trastorno el 26%.

En nuestro país el 33% de la población es tabaquista, dato que se asemeja al resultado que se obtuvo, pues el 22% refiere este hábito nocivo.

Al interrogar si la muestra realiza ejercicio físico, se obtuvieron los siguientes resultados; el 47% realiza caminatas, 13% bicicleta, mientras que el 28% no realiza ejercicio.

Con respecto a los hábitos alimentarios consideramos que cumplen un rol fundamental debido a que los mismos condicionan el estado de salud de la persona. El 91% consume pollo con una frecuencia de 3 veces por semana equivalente al 69%. El 86% consume en su dieta carnes rojas el 64% de estos con una frecuencia semanal de 3 veces/semana. El 69% consume pescado, con una frecuencia de 1 vez al mes el 40%. Por último el 34% consume carne de cerdo con una frecuencia de 1 vez al mes el 19%.

De todo lo anteriormente mencionado destacamos la importancia del personal de Enfermería como integrante del equipo de salud en su rol de promoción, ya que tiene la capacidad de brindar información que contribuya a realizar cambios en el estilo de vida para mejorar su salud, por ejemplo, la modificación de ciertas conductas como lo es la realización de actividad física periódica y

aeróbica, disminuir la ingesta de alimentos ricos en grasas como ciertas carnes de origen animal y derivados de la panificación, ya que contienen grasas saturadas. Como se ve en la muestra hay bajo consumo de pescado, siendo este altamente beneficioso para la prevención de las enfermedades cardiovasculares, por contener omega 3, este ayuda a disminuir los niveles de



colesterol y de triglicéridos, además hacen más líquida la sangre, lo que disminuye el riesgo de padecer aterosclerosis o trombosis.

Como integrantes del equipo de salud debemos hacer hincapié en modificar los hábitos alimentarios inadecuados y reforzar aquellos adecuados para mantenimiento de la salud. Se debe orientar a la población en la elección de una dieta saludable, estimulando el uso más racional y eficiente de los recursos económicos disponibles.

Vigilar el peso y la estatura durante el crecimiento en niños y adolescente, permite actuar en momento oportuno para corregir tempranamente cualquier alteración del mismo.

El Licenciado de Enfermería tiene un rol activo dentro del equipo interdisciplinario de salud, realizando tareas no solo de asistencia y promoción, sino que también en investigación y docencia.

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

La teoría plantea que los individuos necesitan la ayuda de Enfermería y pueden ser ayudados a través de ella. El autocuidado: *"es una actividad del individuo aprendido por este y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividades en beneficio de la vida, salud o bienestar"*²⁸.

²⁸ Tomey AM, Raile. Modelos y teorías de Enfermería. 4ta edición. Harcourt. España, 2000.



Conclusión

Como grupo de investigación consideramos haber cumplido con los objetivos planteados.

El mayor peso específico en prevención primaria lo constituyen, no obstante, los factores de riesgo modificables. El amplio conocimiento de los factores de riesgo modificables y no modificables permite identificar poblaciones e individuos de alto riesgo de padecer un Stroke y, por lo tanto, planificar estrategias preventivas desde temprana edad, adoptando hábitos alimentarios y estilos de vida más saludables, así como medidas de prevención individuales que eviten el Stroke. Con ello se puede lograr disminuir la incidencia, prevalencia y morbi-mortalidad del Stroke, que tanto costo personal, familiar, social y sanitario produce en Uruguay y en otros países desarrollados.

Concluimos que si se lograra brindar mayor educación, se lograría disminuir una de las principales causas de muerte en el país; aplicando más políticas sanitarias existentes en prevención y promoción, contribuiríamos a disminuir las cifras de muerte por causa de Stroke. Así también educar a la población fomentando el autocuidado, como se menciona en la teoría de Orem, en la que, como mencionamos anteriormente, nos basamos para llevar a cabo esta investigación.

De esta manera no solo se podría intervenir en cuanto a los factores modificables, sino que también Enfermería podría realizar un importante aporte en lo relativo a los factores no modificables.

En este sentido se haría hincapié en lo que refiere a educar al adulto que cuente con factores de riesgo no modificables a detectar tempranamente signos y síntomas de aparición de stroke así como la importancia de realizar un seguimiento médico de prevención.



TRABAJO DE INVESTIGACIÓN FINAL

"Detección de factores de riesgo modificables para el desarrollo de Stroke"



El educar al individuo para disminuir la aparición de stroke traería como consecuencia un ahorro por parte de las instituciones que podría ser utilizado no solo en políticas educacionales sino también en investigaciones científicas de estas y otras patologías.

Para todo lo mencionado anteriormente es necesaria no solo la intervención de enfermería sino también de un equipo interdisciplinario que abarque todas las necesidades de los individuos.



SUGERENCIAS

De los datos resultantes de esta investigación se sugiere:

- Brindar educación a edades tempranas para lograr que se tenga una mejor información sobre los F.R. modificables de Stroke y realizar controles adecuados con una mayor frecuencia.
- Promover hábitos y estilos de vida saludables.
- Proponer a los profesionales de la salud participar de manera activa en programas de formación continua, con el fin de actualizarse y cumplir con actividades educativas de formación.
- Consideramos importante en futuras investigaciones la realización del instrumento familiograma, ya que permite aplicar políticas de prevención, promoción y detección precoz. Reiteramos que el mismo es importante para advertir al personal de salud sobre el impacto de los patrones multigeneracionales que se repiten en la familia.




BIBLIOGRAFÍA

- Baena J, Álvarez B, Piñol P, Martín R, Sabatè N, Boronat A. Association between Clustering of Cardiovascular Risk Factors and the Risk of Cardiovascular Disease. *Rev. Esp. Salud Publica* [revista en la Internet]. 2002 Feb [citado 2013 Jun 16]; 76(1): 07-15. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000100002&lng=es
- BRAGA, Patricia, et al. Ataque cerebrovascular: un estudio epidemiológico prospectivo en el Hospital de Clínicas de Montevideo. *Rev Med Uruguay*, 2001, vol. 17, p. 42-54.
- Chaves Sell Franz. Accidente vascular cerebral: ¿es el accidente vascular cerebral una enfermedad tratable?. *Rev. costarric. cardiol* [revista en la Internet]. 2000 Abr [citado 2013 Jun 15]; 2(1): 27-33. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41422000000100005&lng=es.
- Miguel Soca Pedro Enrique. Dislipidemias. *ACIMED* [revista en la Internet]. 2009 Dic [citado 2013 Jun 17]; 20(6): 265-273. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352009001200012&lng=es
- Iglesias Rosado C., Villarino Marín A. L., Martínez J. A., Cabrerizo L., Gargallo M., Lorenzo H. et al. Importancia del agua en la hidratación de la población española: documento FESNAD 2010. *Nutr. Hosp.* [revista en la Internet]. 2011 Feb [citado 2013 Ago 28]; 26(1): 27-36. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112011000100003&lng=es.
- Marilyn.B, Kleinberg.R.N, Enfermería comunitaria- una Alianza para la salud. Ed.D
- [Sanseverino.org.uy/2010/2005/31-de-mayo-dia-mundial-sin-tabaco-uruguay-pais-lider-en-la-lucha-contra-el-tabaquismo/](http://sanseverino.org.uy/2010/2005/31-de-mayo-dia-mundial-sin-tabaco-uruguay-pais-lider-en-la-lucha-contra-el-tabaquismo/)
- Salamano R., Scaramelli A., Oehninger C., Ketzoian C. Diagnóstico y tratamiento en Neurología. Editor: Patricia Braga. Montevideo, Uruguay; Octubre, 2012
- Tomey AM, Ralle. Modelos y teorías de Enfermería. 4ta edición. Harcourt. España, 2000.
- Zurro A Marín. Atención Primaria en salud (Conceptos. Organización y práctica Clínica). 4ª ed. Vol. I. Barcelona. Horcowr, 2008
- Ministerio de Salud Pública [sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy> Consultado: 29 agosto 2013.
- Comisión Honoraria de la Salud Cardiovascular. [sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.cardiosalud.org/> Consultado:29 agosto 2013
- Ministerio de Salud Pública [sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy> Consultado: 29 agosto 2013. <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion10/capitulo164.htm>



ANEXOS

Anexo 1



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
EDECA

**ESTUDIO
EPIDEMIOLÓGICO
SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO**

DATOS DEL ENTREVISTADO

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

Indique el dato que corresponda																	
Montevideo		Interior		Barrio		Manzana/Solar		Calle		Número							
Fecha entrevista				Número de visitas													
Sexo		Edad		Trabaja		Tipo Ocupación Anterior		Tipo Ocupación Actual		Jubilado		Pensionista					
F M																	
Con quien vive																	
Solo			Cónyuge			Hijo/a			Nieta			Otro					
Nivel de educación			Primaria completa			Secundaria completa			Terciaria completa								
Cobertura médica			Si			No											
Servicio de emergencia móvil																	
Inmunización vigente			Si			No			No sabe								
Vacunas			Si			No			Neumococo			Antigripal			Antitetánica		
Estado Civil																	
Soltero			Casado			Divorciado			Viudo			Unión Libre					
Mayor de 65 años			Si			No			Carnet 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	Sedentarismo	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	
Hipertenso					
Diabético					
Obeso					
Hipercolesterolemia					

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Estilo de vida - Hábitos Alimenticios

	Si	No	Todos los días	3 veces/semana	1 vez al mes
Consumo carnes rojas					
Consumo pollo					
Consumo cerdo o derivados					
Consumo pescado					

Realiza ejercicio físico

	Si	No	Diariamente	3 veces/semana	Cast. minutos
Bicicleta					
Concurre al gimnasio					
Caminata					
Corre					
Otro tipo de actividad					

	Si	No	Hiposódico	Le agrega sal	Normal
Come con sal					

	Si	No	Diariamente	3 veces/semana	1 vez al mes
Come comida rápida (pizza, hamburguesas, etc.)					
Consumo comidas elaboradas (embutidos, ya preparadas, etc.)					

Actividad laboral

	Si	No
Trabajo rural		
Trabajo con productos químicos (asbestos, bario, cadmio)		

CONTROL MÉDICO

Tiene carnet de salud vigente	Si	No	6 meses	2 años

Realiza control médico

	Preventivo				Rotina				
Cardiólogo	Si	No	Geriatra	Si	No	Medicina Gen.	Si	No	Otras



ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO

Exámenes	Contml P/A (1)	ECG (2)	ECOCAR (3)	HOLTER (4)	Otros (5)	ECC: Ap. Ultrasonio (6)	Deple de mas. de calcio (7)	Sangre (8)	R. TX. (9)	Ahorcado (reg. n°)
Si										
No										

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

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

EXÁMEN FÍSICO

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

Realizar escalas de adulto mayor (mayor de 65 años)		
Pfeiffer		Lawton y Brody

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO



UNIVERSIDAD
DEL PAÍS VASCO



GOBIERNO
VASCO

II) FACTORES DE RIESGO ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO

Antecedentes Personales CÁNCER DE BOCA

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

Antecedentes Familiares				Padres fallecidos Enf. A. Digestivo			
Si		No		Si		No	

Antecedentes Familiares

Padre	Si	No	Madre	Si	No	Tíos	Si	No	No sabe

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Consumo alcohol		Frecuencia		Fumador		Cuantos cigarrillos diarios	
Si	No	1 vaso diario (70 cm ³)	Más de 70 cm ³	Si	No		
Mala higiene bucal		Uso de prótesis		Alto consumo de hidratos de carbono			
Si	No	Si	No	Si	No		
Observaciones							

Antecedentes Personales CÁNCER DE ESÓFAGO

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

Antecedentes Familiares				Padres fallecidos			
Si		No		Si		No	

Antecedentes Familiares

Padre	Si	No	Madre	Si	No	Tíos	Si	No

	Antecedentes Familiares			
	Si	No	Si	No
Acalasia				
Radioterapia previa				
Esofagitis Cáustica				
Divertículos esofágicos				

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Presenta ud. reflujo gastro esofágico	Si	No
Observaciones		

Consumo de alimentos muy calientes	Si	No

EXÁMEN SÍNTOMAS

Síntomas (marque Si o No)	Si	No	A veces
Disfagia para sólidos			
Retención para líquidos			
Hemorragia digestiva			
Diarrea o estreñimiento			
Dolor precordial			
Pérdida de peso			
Tos			
Disfonía			

UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICAEDUCACIÓN
SUPERIOR

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO

Antecedentes Personales CÁNCER DE ESTÓMAGO E INTESTINO

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

Antecedentes Familiares				Padres fallecidos				
Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
Infección por <i>Helicobacter pylori</i>		Anemia megaloblástica o perniciosa (causada por la deficiencia de vitamina B12)		Gastritis aguda o crónica				
Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
Antecedentes Familiares								
Padre	Si	No	Madre	Si	No	Tíos	Si	No
Tipo de sangre tipo A			Si			No		
						Si		
						No		
						Quien		
Cáncer de estómago								
Cirugía previa del estómago								
Cáncer de colon no polipósico								
Poliposis familiar Adenomatosa								
Observaciones								

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Consumo una dieta que incluye:	Si	No
Cantidades elevadas de alimentos carnes y pescados curados con sal		
Alimentos con alto contenido de almidón y con poca fibra		
Vegetales en vinagre		
Alimentos y bebidas que contengan nitratos y nitritos (salpa, helado, en 3 veces curado)		
El abuso del tabaco		
El abuso del alcohol		
Exposición a factores ambientales como polvos y vapores en el lugar de trabajo		

EXÁMEN SÍNTOMAS

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

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO



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

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

Antecedentes de patologías neoplásicas		Raza Negra		Antecedentes Familiares de CP	
Si	No	Si	No	Si	No

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Actividad física		Actividad sexual		Dieta		Hábitos: Tabaquismo/Alcohol	
Si	No	Si	No	Si	No	Si	No

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Obesidad		
Peso	Talla	IMC > 25

EXÁMENES PREVENTIVOS A PARTIR DE LOS 40 AÑOS

	Si	No
Control con Urologo 1 vez al año		
PSA (Antígeno prostático específico)		
Tacto rectal		

PRESENCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS

	Si	No
Hematuria		
Distoria		
Nicturia		
Trastornos en la micción (dificultad en inicio, chorro débil, entrecortado, micción prolongada, urgencia)		
RAO		
Polaquiuria		
Incontinencia		



**ESTUDIO
EPIDEMIOLÓGICO
SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO**

IV) FACTORES DE RIESGO DE LA PIEL

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

			Antecedentes Familiares		Padres fallecidos	
	Si	No	Si	No	Si	No
Cáncer de cualquier origen						
Piel blanca						
Piel negra						
Piel asiática						
Tiene protuberancias o manchas que cambien de color, duelan o sangren			Si	No		

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

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

V) FACTORES DE RIESGO OFTALMOLÓGICO

FACTORES DE RIESGO

	Si	No
Presenta signos y síntomas de disminución de la visión		
Antecedentes Familiares patología ocular		
Antecedentes Personales patología ocular (achare cual)		
Antecedentes Familiares patologías crónicas		
Cirugías oculares previas		
Uso lentes (registre Astigmatismo - Presbicia - Miopía)		
Trabajo donde se expongan los ojos o tengan riesgo o mucho esfuerzo visual		
Trazamas peri oculares y oculares (anteriores)		
	Especifique cuales	
Ingesta de medicamentos (Amiodarona, Isotretinoína, Sumatriptán, Clonidina, etc.)		
Alergias y hospitalizaciones	Si	No
Última consulta	Fecha	
Otros datos		

Anexo 2

Consentimiento Informado para Participantes de la Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por estudiantes de la Facultad de Enfermería, de la Universidad de la Republica. Tutoreada por Profesores de dicha Facultad.

La meta de este estudio es: Conocer qué factores de riesgo modificables para el desarrollo de Stroke, presentan los usuarios adultos que se asisten en la consulta externa del Hospital Policial.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente ___10___ minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por _____. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es: Conocer qué factores de riesgo modificables para el desarrollo de Stroke, presentan los usuarios adultos que se asisten en la consulta externa del Hospital Policial.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente ___10___ minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a _____ al teléfono _____.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a _____ al teléfono anteriormente mencionado.

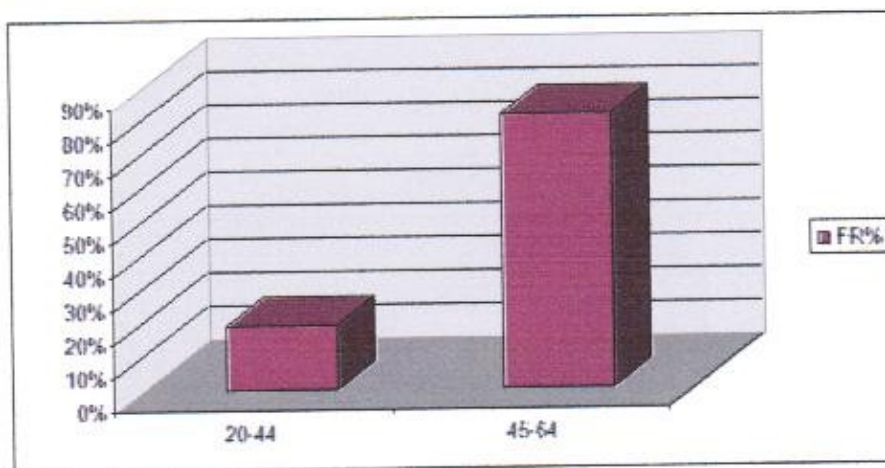
Nombre del Participante
(En imprenta)

Firma del Participante Fecha

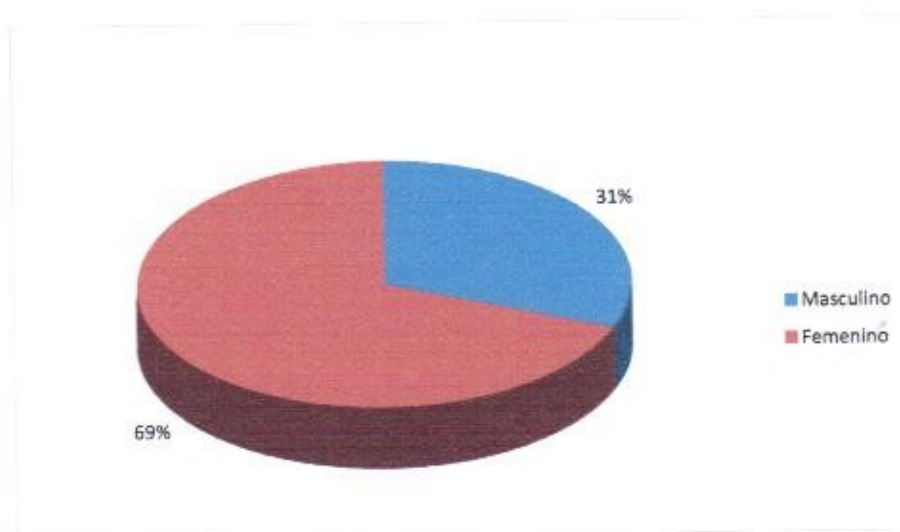
Anexo 3

GRAFICAS

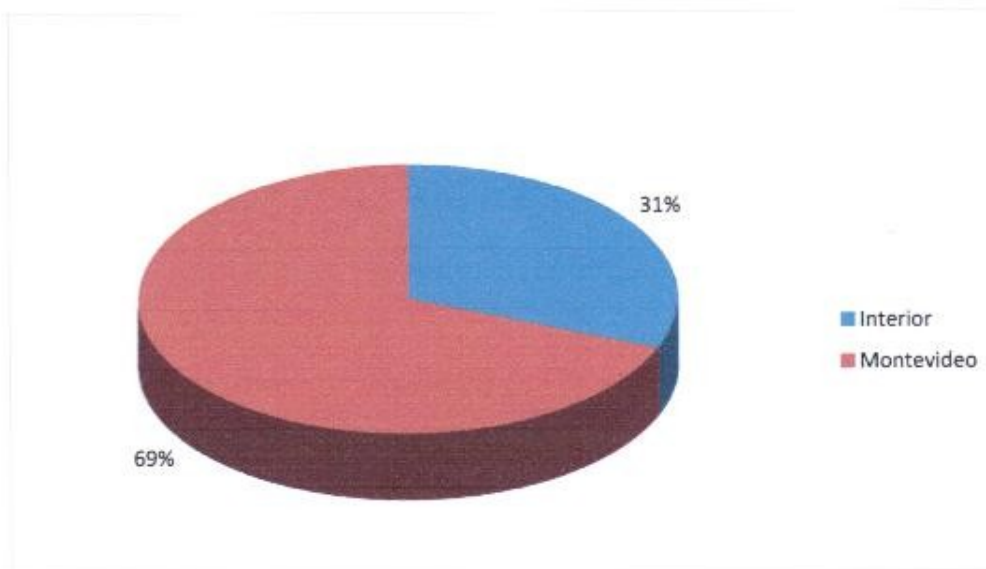
GRAFICA N° 1 - Representación grafica de la población según la edad



GRAFICA N° 2- Representación grafica de la población según el sexo

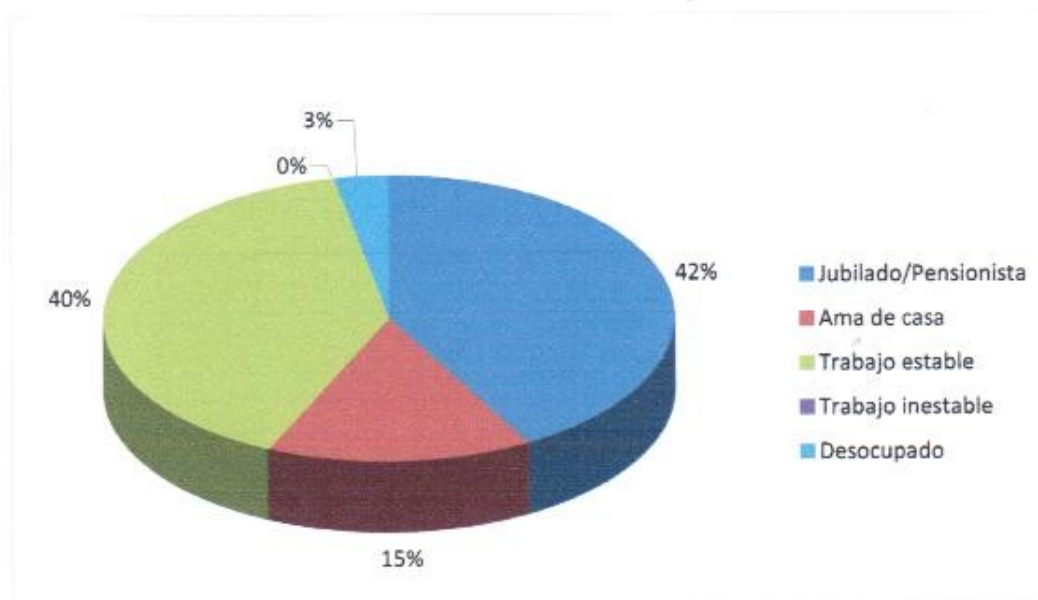


GRAFICA N° 3- Representación grafica de la población según el lugar de residencia

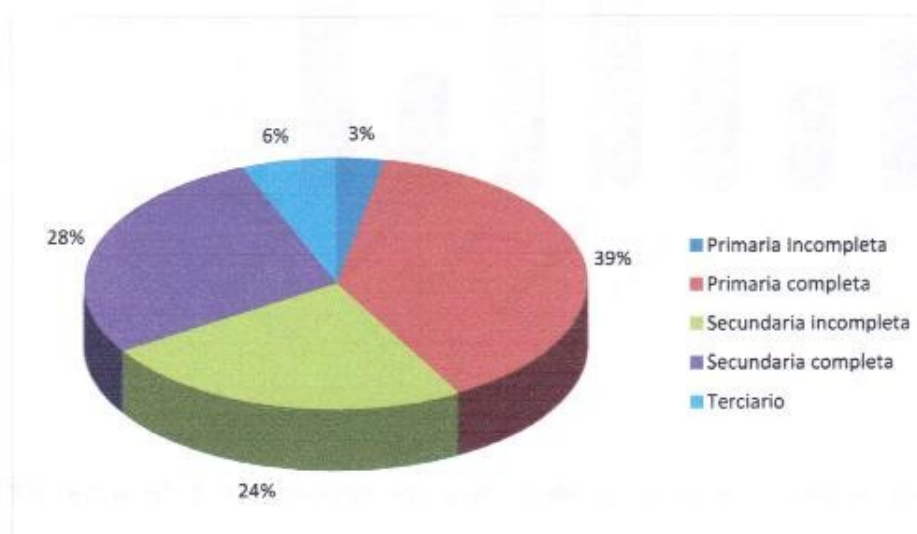


GRAFIC

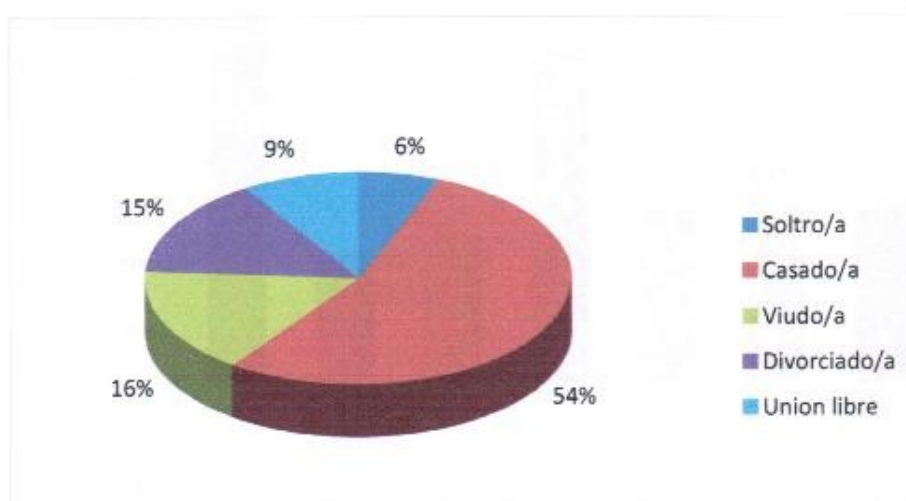
A N° 4- Representación grafica de la población según la ocupación



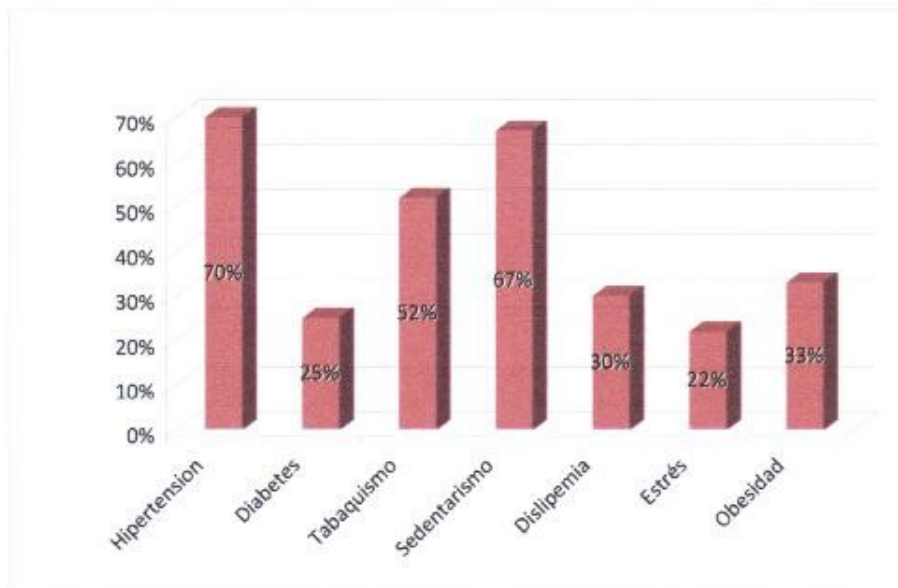
GRAFICA N° 5- Representación grafica de la población según el nivel de instrucción



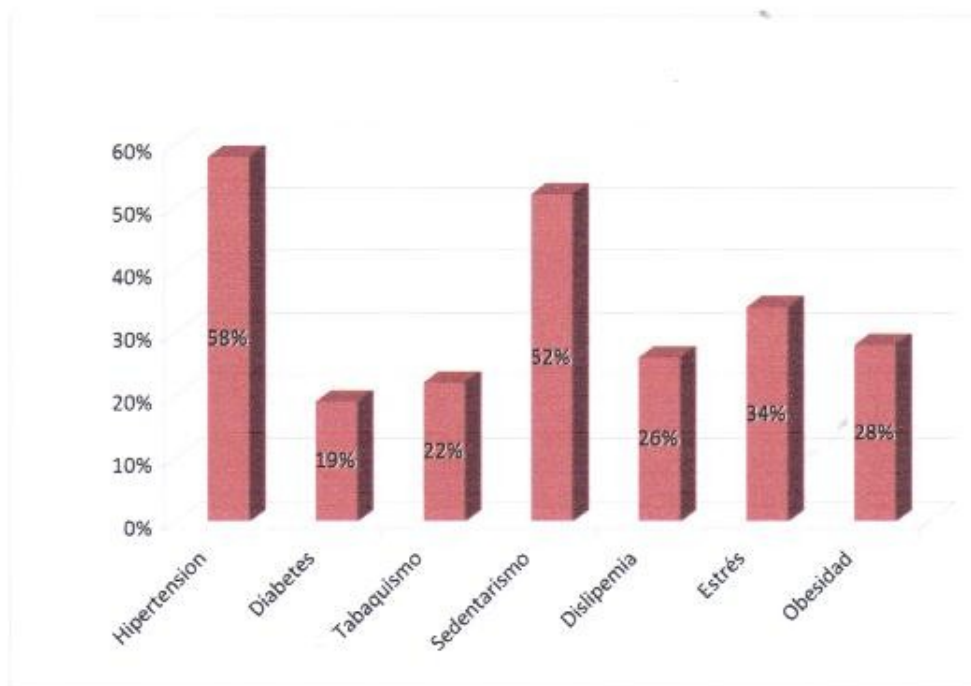
GRAFICA N° 6 Representación grafica de la población según el estado civil



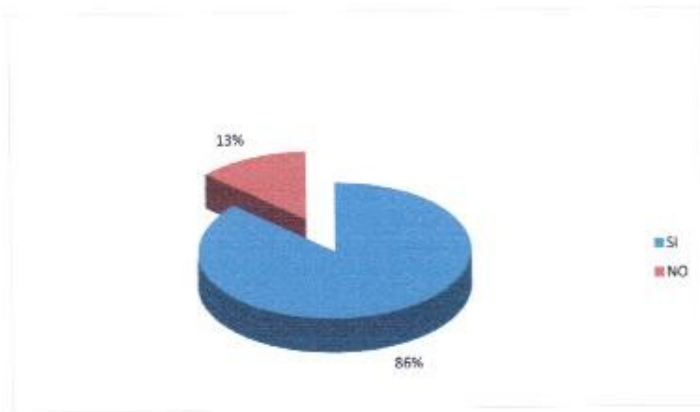
GRAFICA N° 7- Representación grafica de la población según los antecedentes familiares



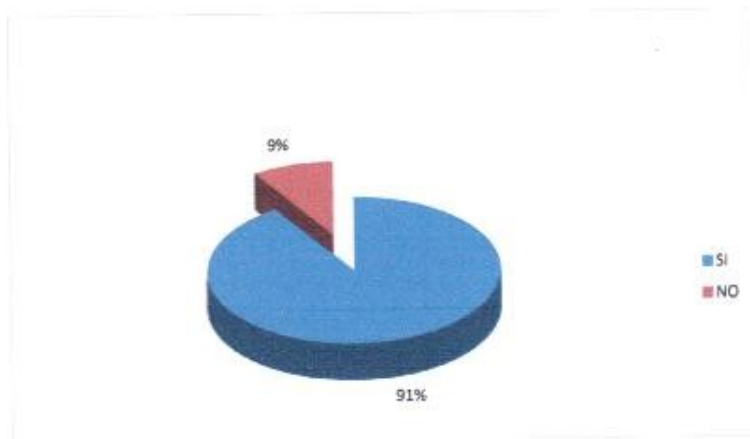
GRAFICA N° 8- Representación grafica de la población según los antecedentes personales



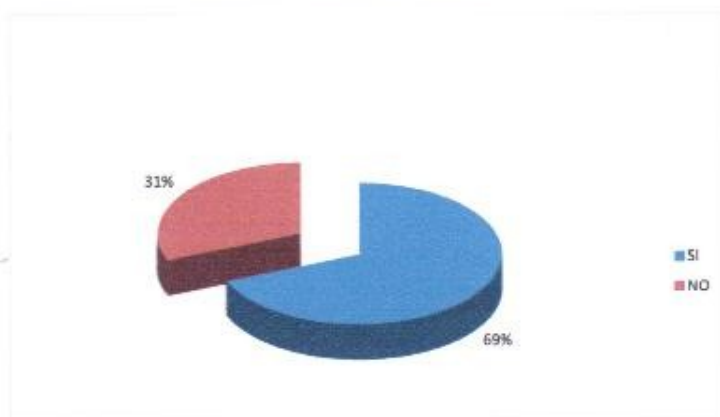
GRAFICA N° 9 – Representación grafica de la población según hábitos alimentarios (carnes rojas)



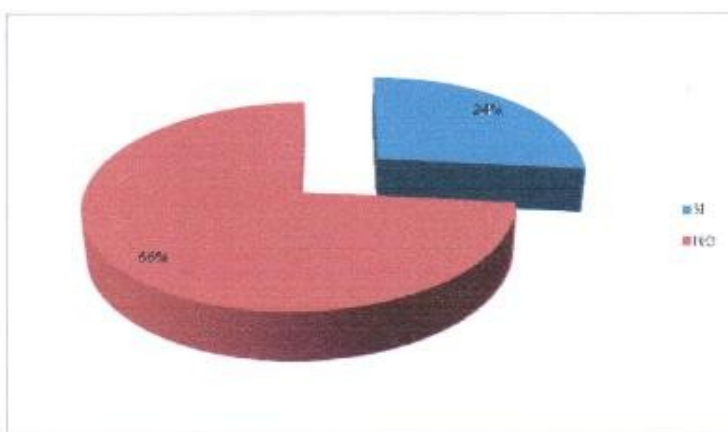
GRAFICA N° 10 – Representación grafica de la población según hábitos alimentarios (carnes blancas: pollo)



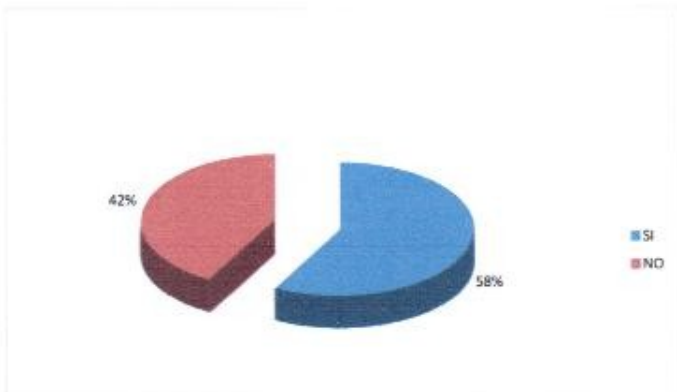
GRAFICA N° 11 – Representación grafica de la población según hábitos alimentarios (carnes blancas: pescado)



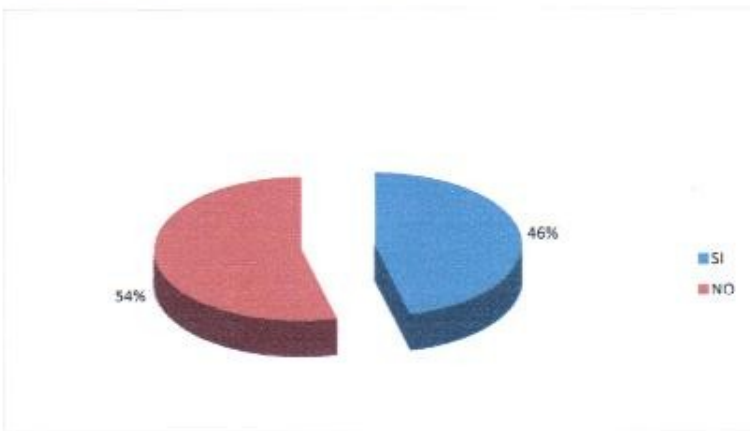
GRAFICA N° 12 – Representación grafica de la población según hábitos alimentarios (carnes blancas: cerdo)



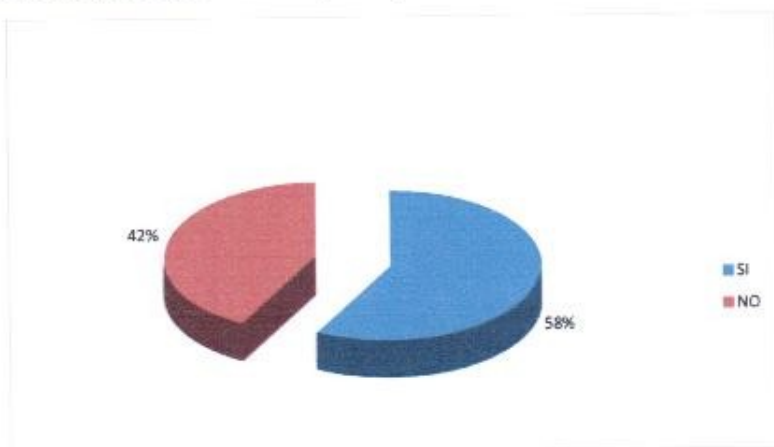
GRAFICA N° 13 – Representación grafica de la población según hábitos alimentarios (come con sal)



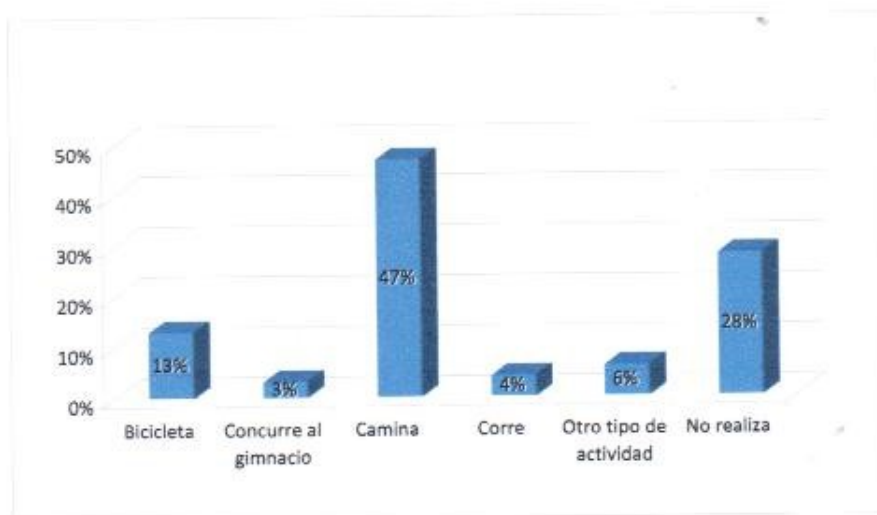
GRAFICA N° 14 – Representación grafica de la población según hábitos alimentarios (comidas elaboradas)



GRAFICA N° 15 – Representación grafica de la población según hábitos alimentarios (comidas rápidas)



GRAFICA N° 16 Representación grafica de la población según realización de ejercicio físico



GRAFICA N° 17 Representación grafica de la población según relación al IMC

