



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

**FACTORES DE RIESGO
RELACIONADOS AL
DESARROLLO DE
ENFERMEDADES CARDIOVASCU
LARES EN ESTUDIANTES DE LA
UNIVERSIDAD DE LA
REPÚBLICA MONTEVIDEO–
URUGUAY**

Autores:

Br. Cattini, Rafael
Br. Estévez, Federico
Br. Leal, Daniel
Br. Pedrozo, Pablo
Br. Sobrino, Julio

Tutores:

Prof. Agdo. Lic. Isabel Silva
Prof. Adj. Lic. Marisa Machado

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

Montevideo, 2017

Índice

Agradecimientos	2
Siglas	3
Resumen	4
Introducción	5
Justificación	6
Planteamiento del problema	7
Objetivos	7
Antecedentes	8
Marco Teórico	10
Metodología	22
Operacionalización de las variables:	24
Plan de Tabulación	27
Análisis e Interpretación de los Resultados	55
Conclusiones	59
Sugerencias	60
Bibliografía	61
Cronograma de actividades realizadas por los estudiantes	66
Anexos	71
Anexo 1-Consentimiento Informado para Participantes de la Investigación	71
Anexo- 2 Tablas	72
Anexo 3- Instrumento	79
Anexo 4- Ley N 18256 Control de Tabaco	85
Anexo 5-Graficas y Tablas	94

Agradecimientos

Agradecemos las docentes que tutorizaron nuestro proyecto de investigación Prof. Isabel Silva y Prof. Marisa Machado, también a nuestra familia, amigos y compañeros por su incansable e inagotable apoyo y esfuerzo para que logremos culminar nuestra carrera, a todos los docentes que supieron dejar una marca en el correr de los años. Queremos dejar un agradecimiento muy especial a la persona Betina Alberro que hoy no nos acompaña en este camino físicamente, pero siempre la tendremos presente gracias a su enseñanza, amor y dedicación hacia nuestra profesión, por su forma de vincularse con nosotros en el proceso enseñanza-aprendizaje aportando ese imborrable carisma para el trato con las personas.

Siglas

ADAN: Adulto y anciano

Br: Bachiller

Dpto: Departamento

ECNT: Enfermedades Crónicas No Transmisibles

ECV: Enfermedades Cardiovasculares

ENFRECNT: Encuesta nacional de factores de riesgo de enfermedades

crónicas no transmisibles

ETSA: Estudio transversal en la salud del adulto

FA: Frecuencia Absoluta

Fr: Factores de riesgo

FR: Frecuencia relativa

FR%. Frecuencia relativa porcentual

HTA: Hipertensión arterial

IMC: Índice de Masa Corporal

MS: Ministerio de Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

SCEAM: Comisión Sectorial de Extensión y Actividades en el Medio

SNC: Sistema nervioso central

UdelaR: Universidad de la República

Resumen

En el marco de la tesis de grado de la Licenciatura en Enfermería perteneciente a la Universidad de la República, siguiendo las líneas de investigación del Departamento de Adulto y Anciano. Dentro del área seleccionada fue describir la presencia de factores de riesgo relacionados al desarrollo de enfermedades cardiovasculares en estudiantes de la Universidad de la República que concurren al comedor de Bienestar Universitario en la ciudad de Montevideo el día 16 de noviembre del año 2016. Estudio descriptivo, de corte transversal, cuantitativo, muestreo no probabilístico a conveniencia según criterios de inclusión. El análisis realizó mediante la estadística descriptiva, univariada.

Se lograron alcanzar los objetivos. Se destacan como factores de riesgo identificados para desarrollar ECV: consumo de alcohol con un 44% y como factores protectores: consumo de tabaco con un 7% y realizan actividad física el 78%.

Palabras clave: factores de riesgo cardiovasculares, estudiante universitario, tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo.

Introducción

El siguiente trabajo de investigación fue elaborado por un grupo de cinco estudiantes de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, cursando la carrera de Licenciatura en Enfermería, Plan de Estudio 1993, generación 2012.

Dicho trabajo es requisito curricular para la obtención del título de grado. El mismo se llevó a cabo en el comedor de Bienestar Universitario, estudiando a la población perteneciente a la Universidad de la República. Montevideo – Uruguay en el marco de la jornada de Diabetes realizada el 16 de Noviembre de 2016.

En marco de nuestro estudio nos basamos en la OMS que definió en 1948 a la salud como el: *“completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad”*¹. También la define como: *“un concepto relacionado con el*

¹Organización Mundial de la Salud ¿Cómo define la OMS la salud? [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/> [consulta: 29 nov 2016]

bienestar y la calidad de vida, que integra componentes biológicos, psicológicos y sociales”.

A partir de este concepto, y siguiendo la línea de la OMS definimos *“Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar”... “la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol...”*.²

Justificación

Las enfermedades cardiovasculares según datos del Ministerios de Salud, son causantes del 27% de las muertes en el Uruguay³. Por tal motivo identificamos los principales factores de riesgo relacionados al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, como ser: hipertensión, diabetes, sobrepeso, sedentarismo, alcoholismo y tabaquismo. Tomamos en cuenta el informe de la Semana del Corazón del año 2015 en el cual se menciona lo siguiente: *“hipertensión es la principal patología que sufren los uruguayos tanto en hombres como en mujeres, uno de cada tres son hipertensos, pero solo un tercio sabe que lo es y se trata médicamente”*⁴. Creemos pertinente mencionar la 2° Encuesta nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles (ENFRECNT) la cual refiere que son la causa del *“60% de las defunciones en Uruguay”* y el *“62% de las muertes entre los 30 y los 69 años están relacionadas a este grupo de enfermedades”*, las mismas generan un alto impacto en los costos de atención, lo que hace imprescindible la detección de Factores de Riesgo en

²Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo. [Internet]. 2016. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/ [consulta: 29 nov 2016].

³Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Segunda encuesta nacional de factores de riesgo no transmisibles. Ibid. 1.

⁴Uruguay. Presidencia de la República. Enfermedades cardiovasculares son culpables de 27 % de las muertes en Uruguay. [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/mujeres-semana-corazon-patologia-cardiovascular-lucha-honoraria-dighiero> [consulta:29 nov 2016]

edades tempranas y no muy alejados del período en el que comenzaron, siendo necesario conocer su presencia para poder aplicar una adecuada prevención en salud.

Cuanto más factores de riesgo tenga una persona, mayores serán las probabilidades de padecer una enfermedad cardiovascular. Algunos de ellos pueden cambiarse, tratarse o modificarse, siendo de suma importancia su control, ya que, aplicando cambios en el estilo de vida, se puede reducir el riesgo de contraer una enfermedad cardiovascular.

Planteamiento del problema

¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados a enfermedades cardiovasculares presentes en los estudiantes de la Universidad de la República que concurren al Comedor del Bienestar Universitario el 16 de Noviembre en el año 2016?

Objetivos

Objetivo General:

Identificar los factores de riesgo que conllevan a enfermedades cardiovasculares en una población de estudiantes de la Universidad de la República que concurren al Comedor de Bienestar Universitario a la jornada de diabetes el 16 de noviembre del año 2016.

Objetivos específicos:

-Caracterizar la población de estudio.

-Conocer qué factores de riesgo conductuales (sedentarismo, tabaquismo y alcoholismo) y biológicos (obesidad, hipertensión, diabetes) presenta la población estudiantil.

Antecedentes

Basados en la revisión de bases electrónicas de las palabras claves: factores de riesgo cardiovasculares, estudiantes universitarios, alcoholismo, tabaquismo, sedentarismo, los más relevantes encontrados, ordenados cronológicamente son los siguientes:

La primer investigación a mencionar es titulada como “*La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios*”⁵, que fue realizada en Enero de 2001 Universidad de Alicante, España. La misma se toma como referencia por presentar factores de riesgo dentro de sus variables. En ella se plantea como objetivo “*realizar un estudio de la calidad de vida en el estado de salud en una muestra representativa de los estudiantes de la Universidad de Alicante, describir la satisfacción con la vida y la calidad de vida del estudiante universitario y describir las variables estructurales y funcionales relacionadas con el mantenimiento y promoción de contextos de oportunidad para la salud y para la calidad de vida, entre otros*”. De la misma se destaca que el 68% de los estudiantes universitarios son consumidores de bebidas alcohólicas, siendo la prevalencia entre los varones del 74% con respecto al 64% de las mujeres. El 34% de los estudiantes es fumador habitual (diariamente) y un 14% fuma ocasionalmente, siendo más las mujeres con el 40% y los varones el 27%.

El siguiente artículo, hace referencia al “*Estudio de vida en estudiantes de la universidad de Manizales, año 2006*”⁶, que se plantea como objetivo “*analizar algunos de los estilos de vida de la población mencionada, para determinar la calidad de vida a partir de indicadores como : hábitos de sueño, nutrición, tabaquismo, estrés y consumo de alcohol*”. De la misma se destaca para nuestro estudio, una alta frecuencia de hábitos inadecuados de consumo de

⁵Reig Ferrer A, Cabrero García J, Ferrer Cascales R, Richart Martínez M. La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios. [Internet]. 2003 Disponible en: <http://www.biblioteca.org.ar/libros/88711.pdf> [consulta:29 nov 2016]

⁶Navas Calvis C, Valderrama Betancourt A M, Páez Cala M L, Marín Viatela J G, Noreña Vidal P V, Toro Franco N, et al. Estilos de vida en estudiantes de la Universidad de Manizales. [Internet]. 2006. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273820398005> [consulta:29 nov 2016]

alcohol (49 %), baja actividad física (65,4%), igualmente bajo nivel de tabaquismo (4,3%). También se encontraron relaciones significativas por géneros, presentando los hombres un riesgo elevado con respecto al consumo de alcohol.

Otra de las investigaciones que utilizamos es titulada: *“Estilos de vida relacionados con el riesgo cardiovascular en estudiantes universitarios”*⁷. Realizada en el año 2013. Su objetivo fue *“analizar los estilos de vida relacionados con el riesgo cardiovascular en una población universitaria a su ingreso en la universidad”*. Realizaron un estudio descriptivo, observacional y transversal en los alumnos de la Universidad Católica San Antonio de Murcia. Para la misma seleccionaron una muestra de 672 estudiantes universitarios que cursaron el primer año de carrera. El instrumento utilizado para recoger los datos es un cuestionario de autocumplimiento, anónimo, con un total de 59 preguntas. Los resultados que dio que se destacan para nuestro estudio son: tabaquismo (36%) y ex-fumadores (17,4%). No fuman (46,6%). No identifican diferencias con respecto al sexo. Por grupo de carrera, la mayor frecuencia de no fumadores se observa en los estudiantes de ciencias de la actividad física (59,1%) frente a los de las carreras humanísticas (40,9%). El 87,4% de los estudiantes encuestados reconoce consumir bebidas alcohólicas, frente al 12,6% que no. Según el grupo de carrera, no se detecta asociación entre el grupo de carrera y el hecho de consumir o no bebidas alcohólicas. El 65,6% de los estudiantes encuestados refieren realizar ejercicio físico habitualmente, siendo mayor la frecuencia de ejercicio en los hombres que en las mujeres (81,7% frente al 49,4%).

Finalmente destacamos la investigación *“Estudio epidemiológico de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles prevalentes en un grupo de integrantes de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería”*⁸ Realizada en el año 2013. De los resultados del mismo se destacan a nuestro interés; que un 33% consume alcohol, el 24,4% consume tabaco, el 22,2% presenta sedentarismo, siendo que el 35,5% refiere caminar todos los días, el 22% camina tres veces por semana, un 15,4% anda en bicicleta todos los días, el 20% lo hace tres veces por semana y el 64,6% no realiza ejercicio en bicicleta, además el 20% presenta obesidad/sobrepeso, el 8,8% sufre de hipertensión.

⁷Castro Cuesta J, Abellán Huerta J, Leal Hernández M, Gómez Jara P, Enrique J, Ortíña O, et al. Estilos de vida relacionados con el riesgo cardiovascular en estudiantes universitarios. [Internet]. 2014. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e->

⁸Alonso R, Cutinella I, Gómez P, Gonzalez A, Ojeda F. Estudio epidemiológico de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles prevalentes en un grupo de integrantes de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería. [tesis]. Montevideo: Facultad de Enfermería, UdelaR; 2013.

Marco Teórico

Para hablar de factores de riesgo en la salud, tenemos que comenzar por definir Salud: *“Es 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 a su capacidad reaccional y a la situación Salud Enfermedad en que se encuentren. 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”*⁹, esta es una definición dinámica donde se considera a la salud y a la enfermedad conjuntamente y cómo estas interactúan entre sí, por lo tanto se entiende por proceso de salud-enfermedad.

El concepto está directamente asociado al de bienestar, en el cual el individuo percibe que ha sido beneficiario de una atención integral y permanente, en los temas de desarrollo social, económico y cultural, siendo esta una herramienta importante para que el individuo no se sienta aislado y forme parte activa de la comunidad en la que se halla alojado.

Para estudiar a estos individuos y sus hábitos, conceptualizamos los estilos de vida, que hacen referencia principalmente, a los *“comportamientos habituales y cotidianos que caracterizan el modo de vida de un individuo y que suelen ser permanentes en el tiempo”*¹⁰. En nuestra tesis presentaremos los comportamientos de riesgo, tales como, el sedentarismo, el consumo de tabaco y de alcohol; estos tienen una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades, comparadas con aquellas personas que no incluyen estas prácticas en su estilo de vida.

Definiremos los factores de riesgo como: *“Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar”*... *“la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol...”*¹¹

⁹Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Enfermería. Plan de Estudios 1993. [Internet]. Disponible en: <http://www.fenf.edu.uy/index.php/depto-educacion/99-el-plan> [consulta:29 nov 2016]

¹⁰Roth E. Aplicaciones comunitarias de la medicina conductual. [Internet]. 1990. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80522103.pdf> [consulta:29 nov 2016]

En nuestro objetivo nos planteamos identificar los factores de riesgo que desarrollen enfermedades cardiovasculares, las cuales son ECNT, definidas como: *“Las enfermedades crónicas que no se transmiten de persona a persona. Son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente. Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son las enfermedades cardiovasculares (como ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes.”*¹²

Epidemiológicamente en nuestro país *“Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles son la principal causa de enfermedad y muerte en el Uruguay. Son el origen de la mayor parte de las discapacidades que presentan los individuos y que incrementan sus necesidades asistenciales.”*

En nuestro país son responsables de:

- 60% de todas las defunciones
- 62% de las defunciones entre los 30 y 69 años (mortalidad precoz)¹³

Dentro de estas patologías mencionamos Enfermedades Cardiovasculares que la OMS define como: *“un grupo de trastorno del corazón y de los vasos sanguíneos, entre los que se incluyen: cardiopatía coronaria, enfermedades cerebrovasculares, arteriopatías periféricas, cardiopatía reumática, cardiopatías congénitas, trombosis venosa profunda, embolias pulmonares”*¹⁴

¹¹Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo. [Internet]. 2016. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/ [consulta:29 nov 2016]

¹²Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/> [consulta:29 nov 2016]

¹³Uruguay. Ministerio de Salud. Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles. [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/factores-de-riesgo-de-enfermedades-cr%C3%B3nicas-no-transmisibles> [consulta:29 nov 2016]

¹⁴Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares. [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/> [consulta:29 nov 2016]

Las ECV son la principal causa de muerte en el mundo. Tan así, que se calcula que en el 2012 murieron cerca de 17,5 millones de personas por esta causa, y que las mismas pueden prevenirse actuando sobre los factores de riesgo como son: obesidad, tabaquismo, alimentación saludable, inactividad física y consumo nocivo de alcohol.¹³

Los factores de riesgo que identificamos en nuestra investigación para el desarrollo de ECV son: debido a conductas (consumo de tabaco, consumo de alcohol, sedentarismo) y biológicos (presión arterial elevada, cifras de glucemia elevadas, sobrepeso-obesidad).

Cuando nos referimos al Consumo de Alcohol y Tabaco, los mismos serán presentados como drogas, visto que la OMS define las drogas como: *“toda sustancia, ya sea de origen natural o sintética, que una vez que es introducida al organismo es capaz de alterar una o más de sus funciones”* *“Las sustancias psicoactivas son aquellas cuyo efecto principal se ejerce el sistema nervioso central (SNC), provocando alteraciones del estado de ánimo, conducta, comportamientos, conciencia y percepciones. Y de acuerdo con el efecto preponderante que producen en el SNC las drogas se clasifican en Depresoras (entorpecer el funcionamiento habitual del SNC, ej ALCOHOL), Estimulantes (aceleran el funcionamiento habitual del SNC, ej NICOTINA) y Perturbadoras.”*¹⁵

En relación al consumo de alcohol, el mismo es un depresor del sistema nervioso central, que tiene tres aspectos principales de daño: la toxicidad, la intoxicación y la dependencia. En nuestro informe destacamos la toxicidad, visto que tiene efectos directos e indirectos sobre múltiples órganos y sistemas del cuerpo humano. De tal modo que tiene una asociación directa a

¹⁵Info Drogas. Qué son las drogas: sustancia psicoactiva / droga. [Internet]. 2016. Disponible en:<http://www.infodrogas.org/drogas/que-son-las-drogas?showall=1> [consulta: 13 dic 2016].

enfermedades como ser: cáncer, enfermedades neuropsiquiátricas, diabetes, ECV, enfermedades gastrointestinales, enfermedades infecciosas, entre otras.

El uso problemático es uno de los principales factores de riesgo, muerte y discapacidad en muchas partes del mundo. Su consumo está aumentando, especialmente en jóvenes y en edades más tempranas. En el mundo *“es un factor causal en más de 50 tipo de accidentes y enfermedades, y produce cerca de 2,5 millones de muertes anualmente”...“causaría entre el 20% y el 50% de problemas a la salud”*¹⁶. En Uruguay en base a la Sexta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Hogares del año 2014¹⁷, destacamos que el 52,1% declaran tener un consumo habitual. Y de la Quinta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Hogares del año 2011¹⁸, que un 92,4% refiere haber consumido una vez en la vida, un 74% en los últimos 12 meses y un 55,3% en los últimos 30 días. *“Epidemiológicamente el alcohol es la droga más consumida en nuestro entorno sociocultural.”*¹⁹

A continuación, hablaremos del tabaco y el consumo de este: *“El Tabaco es una planta americana que contiene Nicotina, de cuyas hojas se obtiene distintas formas destinadas al consumo humano, el más común el cigarrillo. Los componentes tóxicos del mismo son la Nicotina, Alquitrans (sustancias*

16Uruguay. Presidencia de la República Proyecto de Ley referido a la regulación, el consumo, distribución y expendio de bebidas alcohólicas en todo el territorio de la República Oriental del Uruguay. [Internet]. 2013. Disponible en: http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/proyectos/2013/07/msp_478.pdf [consulta:13 dic 2016]

17Uruguay. Presidencia de la República. Junta Nacional de Drogas. Sexta encuesta nacional sobre consumo de drogas en hogares. [Internet]. 2014. Disponible en: https://medios.presidencia.gub.uy/tav_portal/2015/noticias/NO_Q202/encuesta.pdf [consulta:13 dic 2016]

18Uruguay. Presidencia de la República. Junta Nacional de Drogas. Quinta encuesta nacional sobre consumo de drogas en hogares. [Internet]. 2011. Disponible en: http://www.sutabacologia.org.uy/secretaria/biblioteca/epidemiologia/5a_encuesta_hogares_drogas_jnd_2011.pdf [consulta:13 dic 2016]

19Uruguay. Presidencia de la República. Proyecto de Ley referido a la regulación, el consumo, distribución y expendio de bebidas alcohólicas en todo el territorio de la República Oriental del Uruguay. Op. Cit. p.2.

probablemente cancerígenas, como el benzopireno, que inhala el fumador y las personas que comparten con él en ambientes cerrados), Irritantes (tóxicos responsables de la irritación del sistema respiratorio), y Monóxido de carbono (sustancia que se adhiere a la hemoglobina, dificultando la distribución de oxígeno a través de la sangre).²⁰

Fumar produce enfermedades graves, especialmente ataques cardíacos y cáncer de pulmón, así como ataques cerebrovasculares. A nivel mundial según la OMS el Tabaco mata cerca de 6 millones de personas al año²¹ y en Uruguay más de 5 mil muertes por año.²²

La Quinta encuesta nacional sobre consumo de drogas en hogares (año 2011)²³ refiere que el tabaco es la segunda droga más consumida en Uruguay, de tal modo que un 57,3% de las personas entre 15 y 65 años ha consumido tabaco alguna vez en su vida. Un 33,9% refiere haberlo consumido en el último año y un 31% en el último mes. En la Sexta encuesta nacional sobre consumo de drogas en hogares (año 2014) ²⁴también un 33,9% de las personas entre 15 y 65 años consumió tabaco en el último año, lo que muestra estabilidad entre las dos encuestas.

20Uruguay. Presidencia de la República. Junta Nacional de Drogas. Guía más información. p. 37. [Internet]. 2007. Disponible en:

21Organización Mundial de la Salud. Tabaco. [Internet]. 2015. Disponible en:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/> [consulta:13 dic 2016]

22Uruguay. Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer. Tabaquismo. [Internet]. 2016. Disponible en: http://www.comisioncancer.org.uy/uc_171_1.html consulta:13 dic 2016]

23Uruguay. Presidencia de la República. Junta Nacional de Drogas. Quinta encuesta nacional sobre consumo de drogas en hogares. Op. Cit. p. 29.

24Uruguay. Presidencia de la República. Junta Nacional de Drogas. Sexta encuesta nacional sobre consumo de drogas en hogares. Op. Cit. .

A pesar de lo mismo, vale destacar que desde el 2004, empezó a regir en Uruguay la Ley N°18256 (ver anexo 4) para el Control del Tabaquismo, por lo cual disminuyeron las publicidades, al punto que para el 2010 había decrecido al 20%, y que más del 80% de los fumadores sabían que fumar causa, cáncer y enfermedades cardíacas.

“Más de 15.000 fumadores ingresaron a distintos programas de tratamiento para el control del tabaquismo”. “56% logró la abstinencia en algún momento del tratamiento.” También “Un relevamiento realizado entre 37 centros asistenciales que captan el 79% del total de los ingresos por infarto agudo de miocardio (IAM), indicó que mientras en los 24 meses anteriores al 1 de marzo 2006 se registraron 4.346 ingresos, en los 24 meses posteriores a dicha fecha, el número de ingresos por IAM descendió a 3.603 (17,1% menos)”.²⁵

Al Sedentarismo lo tomaremos en cuenta como: *“La Actividad Física, que se relaciona con el movimiento mientras que el sedentarismo es la conducta contraria. Hay multitud de actividades denominadas como sedentarias, con un gasto energético por debajo de lo requerido para ser consideradas como Actividad Física.”*²⁶ El sedentarismo se encuentra entre los 10 principales factores de riesgo de mortalidad a nivel mundial; es uno de los principales factores de riesgo de padecer ECNT. *“A nivel mundial, uno de cada cuatro adultos no tiene un nivel suficiente de actividad física. Más del 80% de la población adolescente del mundo no tiene un nivel suficiente de actividad física. El 56% de los Estados Miembros de la OMS ha puesto en marcha políticas para reducir la inactividad física.”*²⁷ En mayo del presente año a pedido de la Secretaría Nacional del Deporte, la consultora: Opción Consultores, la cual realiza una encuesta de hábitos deportivos y actividad física, destacando

25 Vázquez T. Políticas públicas contra el tabaquismo. Rev Urug Cardiol [Internet] 2010; 25(3): 241-4. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ruc/v25n3/v25n3a09.pdf> [consulta: 29 nov 2016].

26 Organización Mundial de la Salud. Actividad física. [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/es/> [consulta: 29 nov 2016]

27 Ibid. 26.

para este punto en los mayores de 18 años; que un 55% son sedentarios, de ellos, un 60% no realiza actividad física por falta de tiempo y cansancio que le genera el trabajo. Del 45% que realiza actividad física; un 73% trota o camina, un 21% anda en bicicleta regularmente, un 20% juega al fútbol y el 14% hace gimnasia. Los hombres jóvenes representan el sector más activo, siendo que el 67% de los comprendidos entre 18 y 29 realizan algún tipo de ejercicio, seguido por un 51% de la franja de 30 a 49 años. Con respecto a las mujeres de edades entre 18 y 29 años , el 39% realiza actividad física y entre los 30 y 49 años son las que hacen más actividad física con un 45%.²⁸

En cuanto al Sedentarismo como factor de riesgo para desarrollar ECV, La Comisión Honoraria de la Salud Cardiovascular en 2016, menciona que *“las recomendaciones mínimas para obtener beneficios en salud varían según la edad. Para adultos o adultos mayores: acumular 150 minutos por semana de actividad física moderada, en sesiones de al menos 10 minutos continuos.”*²⁹

Como Factores de riesgos Biológicos mencionaremos la HTA, esta se define como: *“una presión arterial sistólica superior a 140 mmHg y una diastólica superior a 90 mmHg por un período prolongado, con base en el promedio de dos o más mediciones de la presión arterial obtenidas en dos o más contactos con el proveedor de atención a la salud después de una prueba de detección inicial. La clasificación tiene una relación directa entre el riesgo de morbilidad y mortalidad por hipertensión y el nivel de las presiones arteriales sistólica y diastólica. Entre más alta es la presión, ya sea la sistólica o la diastólica, mayor es el riesgo. Se definen tres etapas de hipertensión (etapa 1: de 140/90 a 159/99 mmHg, etapa 2: de 160/100 a 179/109 mmHg, etapa 3: mayor a 180/110 mmHg). Los aumentos sostenidos de la presión arterial se vinculan con mayores riesgos a la salud. Incluso dentro de la clasificación normotenso*

²⁸Uruguay. Presidencia de la República. Encuesta. [Internet]. 2016. Disponible en:<https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/deporte-secretaria-nacional-encuesta-actividad-fisica-caceres-basso-zelarayan>[consulta:13 dic 2016]

²⁹Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. Sedentarismo. [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.cardiosalud.org/corazon-y-salud/factores-de-riesgo/sedentarismo> [consulta:29 dic 2016]

se especificaron tres niveles de presión arterial (óptima: 120/80 mmHg, normal: 130/85 mmHg, normal elevada: 130/85 a 139/89 mmHg) para indicar que entre más baja la , arterial, más bajo el riesgo.”³⁰La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo de muerte en el mundo y afecta al 30% de la población adulta. La misma aumenta el riesgo de sufrir infarto de miocardio, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal. Mediante el control de la hipertensión, se disminuye el riesgo de desarrollar cualquiera de estas enfermedades.³¹ En Uruguay en el año 2013³², se presentó un estudio que revela, que el 44% de la población adulta es hipertensa. De tal modo que prevén que, en los 10 años consecutivos, 1 de cada 5 personas sufrirá un evento cardiovascular.

La glucemia elevada está asociada a un trastorno metabólico, cuya patología crónica es la Diabetes y esta es tomada como factor de riesgo para el desarrollo de ECV, por tal motivo a continuación la definimos brevemente. *“La Diabetes mellitus constituye un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por niveles elevados de glucosa en la sangre (hiperglucemia) ocasionados por defectos de la secreción o la acción de la insulina, o ambas (American Diabetes Association. ADA). Son dos los tipos de diabetes: “La Diabetes tipo 1 se caracteriza por la destrucción de las células beta del páncreas. Se considera que una combinación de factores genéticos, inmunitarios y posiblemente ambientales (ej virales) contribuye a la destrucción de dichas células. Si bien no se conocen a fondo los fenómenos que llevan a la destrucción de la célula beta, en general se acepta que cierta susceptibilidad genética es un factor subyacente común en el desarrollo de la diabetes tipo 1. Las personas no heredan la diabetes tipo 1 en sí; más bien, heredan una*

30Smeltzer SC, Bare BG. Brunner y Suddarth: Tratado de enfermería Médico Quirúrgica. 9a.ed. México: Mc Graww-hill

31Uruguay. Ministerio de Salud. Día mundial de la hipertensión: 17 de mayo. [Internet]. 2014. Disponible en:<http://www.msp.gub.uy/noticia/d%C3%ADa-mundial-de-la-hipertensi%C3%B3n-17-de-mayo>[consulta:13 dic 2016]

32Uruguay. Presidencia de la República. Riesgo cardiovascular: estudio revela que el 44% de los uruguayos tienen hipertensión y el 21% colesterol elevado. [Internet]. 2013. Disponible en: <http://presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/estudio-cescas-i-sobre-riesgos-cardiovasculares-msp>

predisposición genética, o tendencia, al desarrollo de esta clase de diabetes”.
“En la Diabetes tipo 2, los dos problemas principales relacionados con insulina son resistencia insulínica y alteraciones de la secreción de insulina. La resistencia insulínica es la disminución de la sensibilidad de los tejidos a la insulina. En condiciones normales, la insulina se fija a los receptores especiales de la superficie de la célula e inicia una serie de reacciones implicadas en el metabolismo de la glucosa. En la diabetes tipo 2 tales reacciones intracelulares disminuyen y la insulina es menos efectiva para estimular la captación por los tejidos y para regular la liberación de glucosa por el hígado”. ³³*Criterio diagnóstico: “hipoglucemia <70 mg/dL, normoglucemia: 70 - 100 mg/dL, hiperglucemia >100 mg/dL. Se establece mediante la presencia de los signos clásicos de hiperglucemia y una prueba sanguínea anormal: una concentración plasmática de glucosa ≥ 7 mmol/L (o 126 mg/dL) o bien $\geq 11,1$ mmol/L (o 200 mg/dL) 2 horas después de beber una solución con 75 g de glucosa”.*³⁴

El número de personas que padecen diabetes en las América Latina fue estimado en 19 millones en el año 2000. Se espera que para el 2025 aumente a 40 millones y para el 2035 el número de personas con DM a nivel mundial llegue a 593 millones. En Uruguay la prevalencia de esta enfermedad en el año 2004 era de 8,0%. La DM es considerada un problema prioritario de salud pública a nivel mundial dado que incrementa el riesgo de ECV. ³⁵

Otro de los factores de riesgo biológicos que buscamos detectar es el sobrepeso/obesidad, los cuales podemos definir como: *“La medida de medir la obesidad es con el índice de masa corporal (IMC), que se calcula dividiendo los kilogramos de peso por el cuadrado de la talla en metros ($IMC = kg / m^2$). La medida de la cintura es una manera de calcular la grasa corporal. Se considera una cintura de alto riesgo aquella que mide más de 35 pulgadas (1*

³³Smeltzer SC, Bare BG. Brunner y Suddarth: tratado de enfermería médico quirúrgica. Op. Cit. p.1199.

³⁴Organización Mundial de la Salud. Qué es la diabetes. [Internet]. 2016. Disponible en: http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index1.html [consulta:29 nov 2016]

³⁵Ferrero R, García MV. Encuesta de prevalencia de la diabetes en Uruguay. Arch Med Int [Internet] 2005; 27(1): 7-12. Disponible en: <http://www.prensamedica.com.uy/docs/XXVII-Diabetes.pdf> [consulta: 13 dic 2016].

pulgada equivale a 2.5 centímetros) *en las mujeres y más de 40 pulgadas en los hombres.* .³⁶El sobrepeso y la obesidad son un factor de riesgo para el desarrollo de: ECV, la diabetes, trastornos del aparato locomotor y algunos cánceres.³⁷

Según el censo de 2011 de la OMS, afirma que las mujeres uruguayas mayor de 18 años presentan obesidad en un 30,6%, mientras que los hombres son el 22,2%. En el año 2014 la OMS publica el “Mapa de la Obesidad”, en la cual si se juntan los valores de hombres y mujeres mayores de edad, llegarían al 61,7% de sobrepeso/obesidad de la población, ubicando a Uruguay en el tercer puesto de Suramérica³⁸.

Nuestra investigación se orienta a la prevención y promoción en salud, en el marco del Primer Nivel de Atención, siendo este el nivel el más cercano a la población, donde debería realizarse el primer contacto con la población, debiendo resolver las necesidades básicas y problemas de salud frecuentes mediante actividades de promoción en salud, prevención de enfermedad y procedimientos de rehabilitación y recuperación.

La actividad de investigación la realizamos en el Marco de una Actividad de Extensión, por parte del Departamento de Adulto y Anciano. Entendiendo la extensión como actividades orientadas a generar *“un estrecho vínculo con el medio, descentralizando la acumulación del saber académico y apostando a la territorialización y diversificación de las acciones que lleva adelante la UdelaR”...“caracterizado por un marcado compromiso con los problemas del país, el desarrollo social y la generación de acciones y conocimiento de alto nivel académico.”*³⁹

³⁶Texas Heart Insitute. Obesidad y sobrepeso. [Internet]. 2016. Disponible en:

³⁷Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. [Internet]. 2016. Disponible en:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/> [consulta:13 dic 2016].

³⁸Es el segundo país de Sudamérica con mayor prevalencia: Uruguay obeso. El País. [Internet]. 2015 julio 2. Disponible en: <http://www.elpais.com.uy/vida-actual/uruguay-obeso-segundo-pais-sudamerica.html> [consulta: 29 nov 2016].

³⁹Universidad de la República. Misión y Visión. [Internet]. Montevideo: Comisión Sectorial de Extensión y Actividades en el Medio, c2016. Disponible en : <http://www.extension.edu.uy/node/6730> [consulta:29 nov 2016]

Trabajamos con población de estudiantes universitarios, por esto definiremos a continuación que es ser universitario.” *La educación universitaria es el espacio donde los individuos adquieren los conocimientos, las destrezas y habilidades que les permiten actuar al más alto nivel de sofisticación técnica y representa el espacio a partir del cual se forman los profesionales y académicos de mayor nivel, permitiendo que la investigación, la innovación y la creatividad encuentren su terreno más fértil. En este sentido, la proporción de población con estudios universitarios es indicativa de las capacidades con que cuenta un país para afrontar exitosamente los desafíos de la sociedad del conocimiento y de la información*⁴⁰.

Según el VII Censo de Estudiantes Universitarios de Grado que lleva como título “*Principales características de los estudiantes de grado de la Universidad de la República en 2012*” en el capítulo número 2 menciona en cuanto al sexo “*Se observa que casi el 64% de los estudiantes de la UdelaR son mujeres. Dicho de otro modo, por cada hombre que estudia en la UdelaR, lo hacen 1,76 mujeres*”.

En lo que respecta a la edad menciona que “*se encuentra en el límite superior del rango teórico (18 a 24 años) indicado por la UNESCO para la población de estudiantes universitarios. La edad promedio de los estudiantes de la UdelaR en el año 2012 es de 26 años aproximadamente, mientras que la mediana de edad es de 24 años, es decir, que más del 50% de los estudiantes de la UdelaR tienen 24 años y menos.*”

Por otro lado refiere que en cuanto al lugar de nacimiento “*El 58,5% de los estudiantes de grado de la UdelaR nació en Montevideo, el 38,6% nació en departamentos del interior del país, mientras que el restante 2,9% nació en el exterior*”⁴¹

40Uruguay. Ministerio de Educación y Cultura. Dirección de Educación. Panorama de la educación 2014. [Internet]. 2015. Disponible en:<http://educacion.mec.gub.uy/innovaportal/file/927/1/panorama-de-la-educacion-2014.pdf> [consulta: 29 nov 2016]

41Universidad de la República (Uruguay). Estadísticas básicas 2014 de la Universidad de la República. [Internet]. 2014. Disponible en: <http://planeamiento.udelar.edu.uy/files/2016/01/web-Estad%C3%ADsticas-b%C3%A1sicas-2014.pdf> [consulta: 29 dic 2016].

Metodología

Tipo de estudio: Descriptivo, de corte transversal, cuantitativo, no probabilístico.

Universo: Estudiantes de la UdelaR

Muestra: (n): Está conformado por estudiantes de la Universidad de la República que concurren al comedor de Bienestar Universitario en la Jornada de Diabetes en el mes de noviembre del 2016.

Tipo de muestreo: Muestreo no probabilístico a conveniencia según criterios de inclusión

Unidad de Análisis: Estudiantes de la Universidad de la República

Período: 16 de Noviembre de 2016.

Criterios de inclusión: Estudiantes pertenecientes a UdelaR; usuarios de ambos sexos; estudiantes en ayuno, previamente informados del mismo por sitio web oficial del Bienestar Universitario; estudiantes que den su consentimiento para formar parte de la investigación.

Criterios de exclusión: Funcionarios de la Universidad de la República que trabajen en el comedor y carezcan de calidad de estudiante de la UdelaR.

Recolección de la información: Se realizó el 16 de noviembre del 2016, previa firma de consentimiento informado. Los estudiantes asistieron en ayuno de 12 horas, con el fin de realizarse una muestra para glicemia capilar y paralelamente, se tomaron medidas antropométricas.

Instrumento de recolección de datos: La presente investigación tiene una modalidad de campo, utilizando como técnica de investigación la encuesta y como instrumento el cuestionario ETSA (Estudio transversal de la salud del Adulto y Adulto mayor), elaborado por el Departamento de Adulto y Anciano perteneciente a la Facultad de Enfermería. Consta de una serie de preguntas de opciones múltiples, con variables de tipo dicotómicas y politómicas organizadas en categorías.

Plan de tabulación: Se utilizó el sistema Excel de procesamiento de datos, estadística descriptiva univariada

Aspectos éticos y legales: Mediante aplicación del consentimiento informado a los individuos entrevistados, según Resolución 379/08, MSP-Poder Ejecutivo-Uruguay). Se garantiza la confidencialidad de acuerdo con la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, en cuanto a los principios éticos para las investigaciones en seres humanos. (Ver anexo: Consentimiento informado).

Operacionalización de las variables

Nombre	Definición	Escala de Medición	Codificación	Unidad de medición
--------	------------	--------------------	--------------	--------------------

Sexo	Conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo ⁴²	Cualitativa nominal dicotómica	-Masculino -Femenino	-Masculino -Femenino
Edad	Tiempo que ha vivido una persona. Cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana ⁴³	Cuantitativa continua politómica	-Adolescencia tardía -Adulto joven -Adulto maduro -Adulto mayor ⁴⁴	<20 años 20 a 40 años 41 a 65 años >66 años
Procedencia	Origen, principio de donde nace o se deriva algo ⁴⁵	Cualitativa nominal dicotómica	-Montevideo -Interior	-Montevideo -Interior
Antecedentes Personales	Aquella enfermedad o dolencia que padece una persona en un momento determinado ⁴⁶	Cualitativa nominal politómica	-Hipertensión -diabetes -obesidad	-Hipertensión -diabetes -obesidad
Tabaquismo	Es una enfermedad crónica causada por la adicción a la nicotina y la exposición permanente a más de 7.000 sustancias, muchas de ellas tóxicas y cancerígenas. ⁴⁷	Cualitativa nominal dicotómica	-no consume -consume	-no consume -consume
Alcoholismo	El alcoholismo es una enfermedad caracterizada por la dependencia física hacia el alcohol ⁴⁸	Cualitativa ordinal politómica	-no consume -consume	-no consume -consume (especificar si es mayor o igual a un vaso de 70 ml diario)

42Real Academia Española . Sexo. [Internet]. 2016. Disponible en : <http://dle.rae.es/?id=XlApmpe>[consulta:29 nov 2016]

43Real Academia Española . Edad. [Internet]. 2016. Disponible en : <http://dle.rae.es/?id=EN8xfff>[consulta:29 nov 2016]

44Erikson E. Infancia y sociedad. Buenos Aires: Paidós; 1976.

45Real Academia Española . Procedencia. [Internet]. 2016. Disponible en : <http://dle.rae.es/?id=UEFuBID> [consulta:29 nov 2016]

46Real Academia Española . Patología. [Internet]. 2016. Disponible en : <http://dle.rae.es/?id=SAIV5kB>[consulta:29 nov 2016].

47Uruguay. Presidencia de la República. Junta Nacional de Drogas. Guia más informacion. p. 37. [Internet]. 2007. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/html/material-educativo/documentos/tu_guia_6_edicion_2008.pdf [consulta:29 nov 2016]

48Uruguay. Presidencia de la República. Junta Nacional de Drogas. Guia más informacion. p. 37. [Internet]. 2007. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/html/material-educativo/documentos/tu_guia_6_edicion_2008.pdf [consulta:29 nov 2016]

Sedentarismo	La Actividad Física se relaciona con el movimiento mientras que el sedentarismo es la conducta contraria. ⁴⁹	Cualitativa nominal dicotómica	-realiza -no realiza	-realiza -no realiza
Actividad Física	Consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos, actividades ocupacionales, tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias que impliquen gasto de energía. ³¹	Cualitativa nominal politómica	-camina -corre -bicicleta -gimnasio	-Todos los días -3 veces por semana -no realiza
IMC	Índice que valora el estado nutricional y que resulta de dividir el peso corporal, expresado en kilogramos, entre el cuadrado de la talla, expresado en metros ⁵⁰ .	Cuantitativa continuo politómica	-bajo peso -normopeso -sobrepeso -obesidad	< 18,49 18,5-24,9 25 - 29,9 >30 ⁵¹

⁴⁹Organización Mundial de la Salud. Actividad física. [Internet]. 2016. Disponible

⁵⁰Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. [Internet]. 2016. Disponible en:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>[consulta:29 nov 2016].

⁵¹Texas Heart Insitute. Obesidad y sobrepeso. [Internet]. 2016. Disponible en: http://www.texasheart.org/HIC/Topics_Esp/HSmart/obesity_sp.cfm[consulta:29 nov 2016]

Cifras de tensión arterial	Presión o fuerza que ejerce contra la pared la sangre que circula por el sistema arterial. Se expresa en milímetros de mercurio (mmHg) por encima de la presión barométrica o atmosférica, que se toma como presión 0. La presión arterial depende de la presión ejercida por la sangre expulsada por el ventrículo en cada sístole ⁵²	Cuantitativa continuo, dicotómica.	-hipotenso -normotenso -hipertenso .	<120/80 mmHg 120/80 mmHg 140/90 mmHg >140/90 mmHg ⁵³
Cifras de glucemia capilar	Medida del nivel de glucosa mediante la punción capilar ⁵⁴	Cuantitativa continua, politómica.	-hipoglucemia -glucemia normal -hiperglucemia .	<70 mg/dL 70 - 100 mg/dL >100 mg/dL ⁵⁵

⁵²Organización Mundial de la Salud. Preguntas y respuestas sobre la hipertensión. [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/82/es/> [consulta:29 nov 2016].

⁵³Brunner L, O'Connell S, Bare B. Tratado de enfermería Médico Quirúrgica. 9a.ed. México: Mc Graww-hill interamericana; 2013. p.890

⁵⁴Brunner L, O'Connell S, Bare B. Tratado de enfermería Médico Quirúrgica. 9a.ed. México: Mc Graww-hill interamericana; 2002. p.1199

⁵⁵Organización Mundial de la Salud. Qué es la diabetes. [Internet]. 2016. Disponible en: http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index1.html [consulta:29 nov 2016]

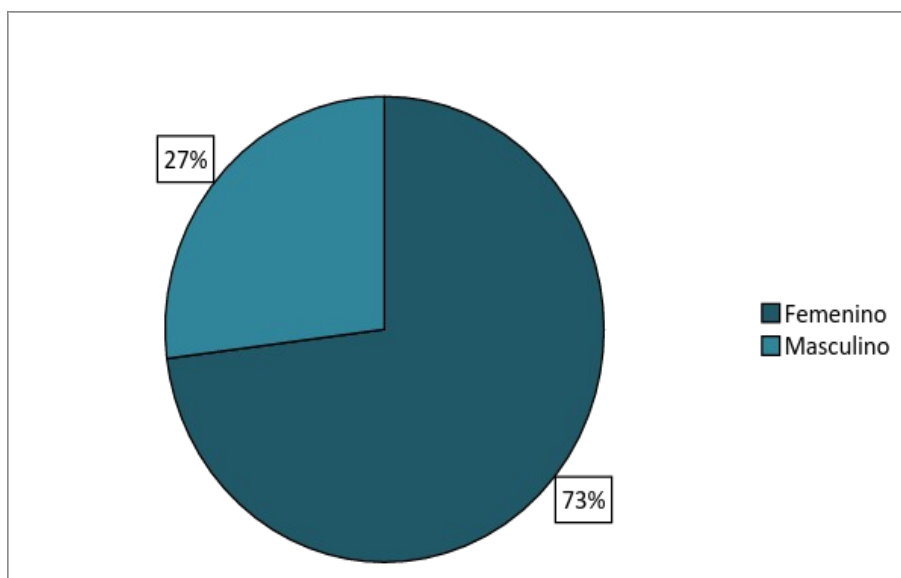
Plan de Tabulación.

Tabla N°1- Distribución de la población según Sexo

Sexo	FA	FR%
Femenino	91	73
Masculino	34	27
N=	125	100

Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Gráfica N°1- Distribución de la población según Sexo



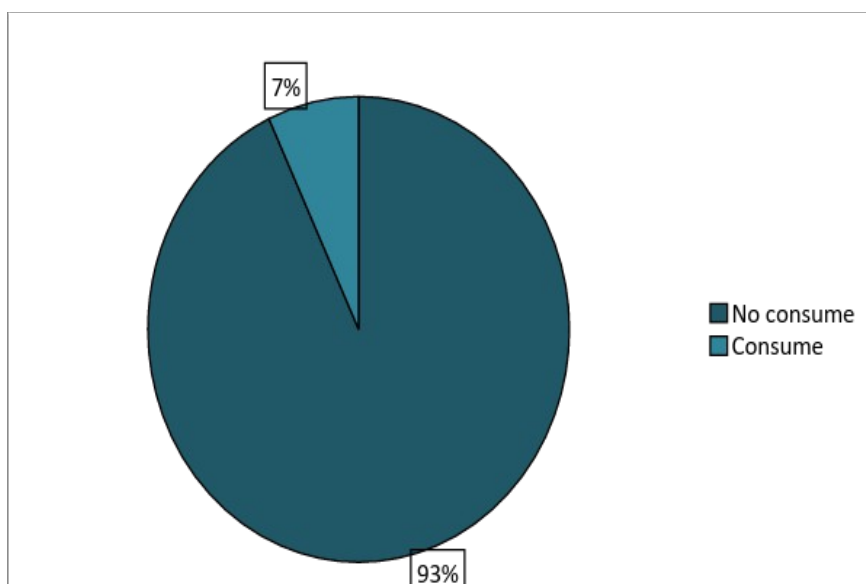
Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Tabla N°11- Distribución de la población en relación a la presencia de Tabaquismo

Tabaquismo	FA	FR%
No consume	116	93
Consume	9	7
N=	125	100

Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Gráfica N°11 - Distribución de la población en relación a la presencia de Tabaquismo



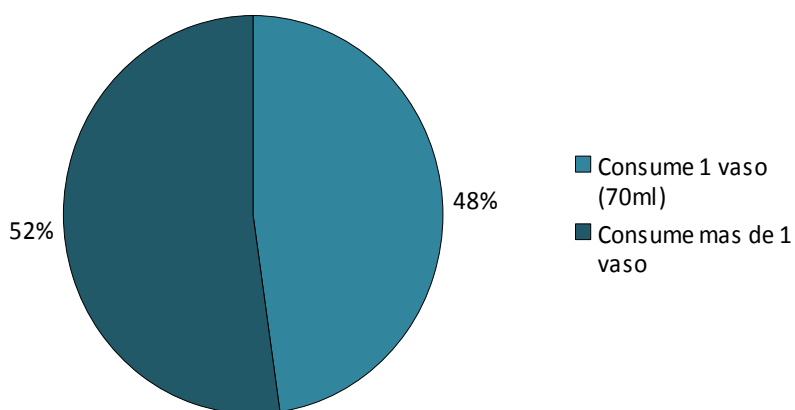
Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Tabla N°12- Distribución de la población masculina en relación a la presencia de Tabaquismo

Tabaquismo	FA	FR%
No consume	32	94
Consume	2	6
N=	34	100

Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Gráfica N°12 - Distribución de la población masculina en relación a la presencia de Tabaquismo



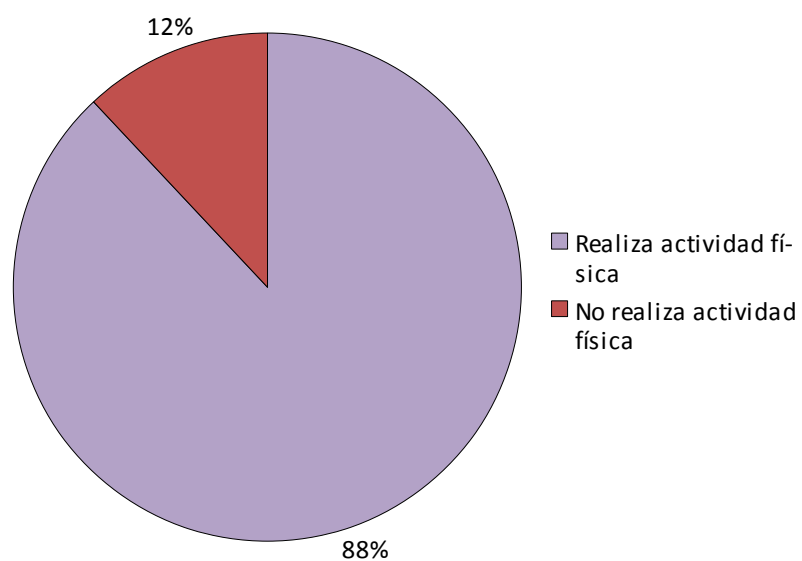
Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Tabla N°13- Distribución de la población femenina en relación a la presencia de Tabaquismo

<u>Tabaquismo</u>	FA	FR%
No consume	84	92
Consume	7	8
N=	91	100

Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Gráfica N°13- Distribución de la población femenina en relación a la presencia de Tabaquismo



Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

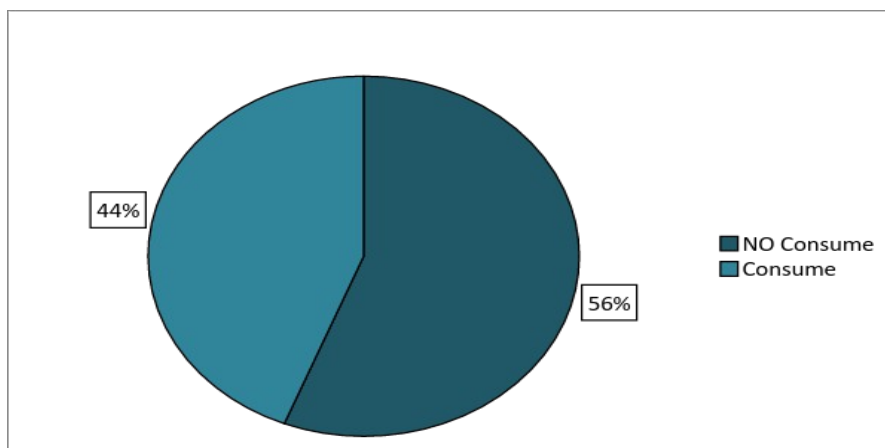
Tabla N°14- Distribución de la población en relación a la presencia de Alcoholismo

<u>Alcoholismo</u>	FA	FR%
NO Consume	70	56
Consume	55	44
N=	125	100

Consume 1 vaso (70ml)	26	21
Consume mas de 1 vaso	29	23
N=	55	100

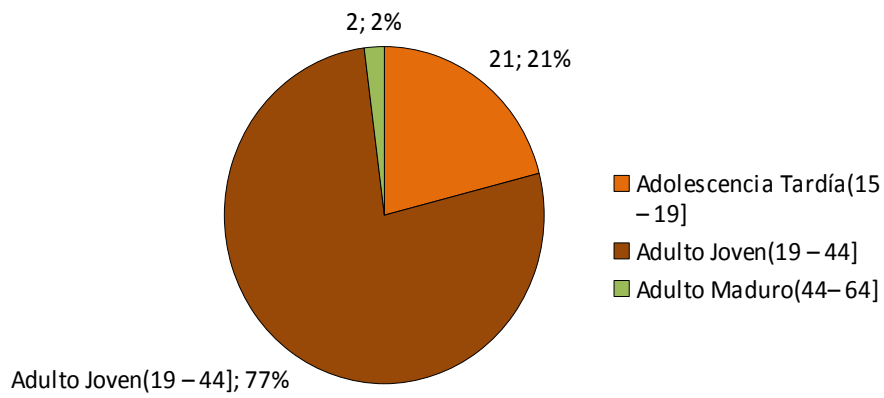
Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Gráfica N° 14 - Distribución de la población en relación a la presencia de Alcoholismo



Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Gráfica N°14A- Distribución de la población en relación a la presencia del Volumen de alcohol ingerido



Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

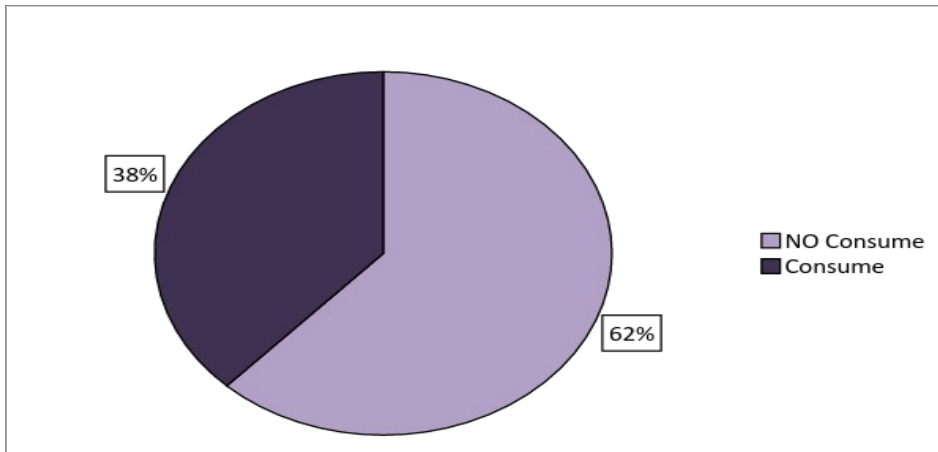
Tabla N°15- Distribución de la población masculina en relación a la presencia de Alcoholismo

Alcoholismo	FA	FR%
NO Consume	21	62
Consume	13	38
N=	34	100
Consume 1 vaso (70ml)	6	18

Consume más de 1 vaso	7	21
N=	13	100

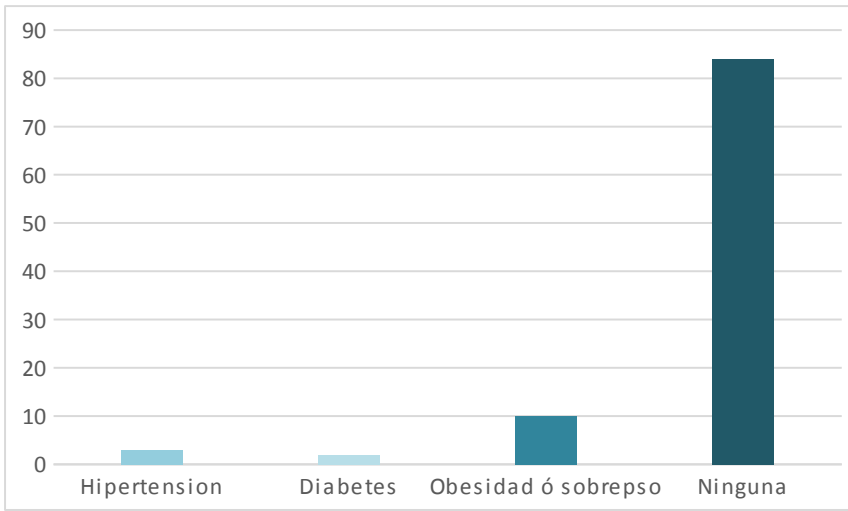
Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Gráfica N°15 - Distribución de la población masculina en relación a la presencia de Alcoholismo



Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Grafica N°15A - Distribución de la población masculina en relación a la presencia del Volumen de alcohol ingerido



Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

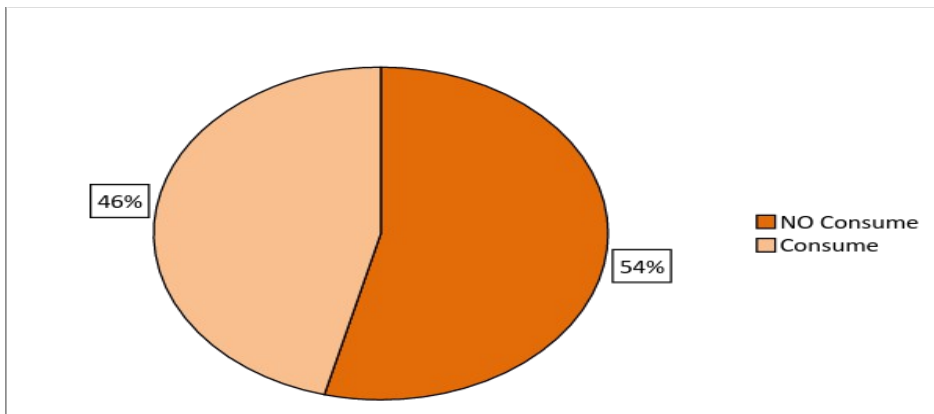
Tabla N°16- Distribución de la población femenina en relación a la presencia de Alcoholismo

Alcoholismo	FA	FR%
NO Consume	49	54
Consume	42	46
N=	91	100
Consume 1 vaso (70ml)	20	22

Consume mas de 1 vaso	22	24
N=	42	100

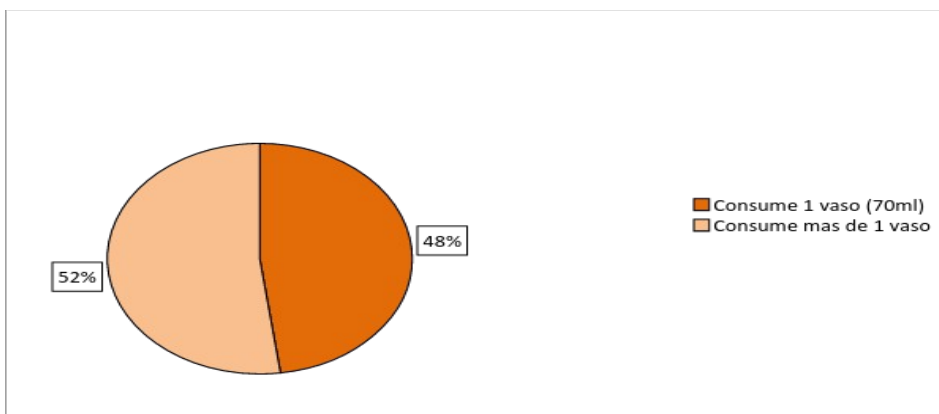
Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Grafica N°16 - Distribución de la población femenina en relación a la presencia de Alcoholismo



Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Grafica N°16A - Distribución de la población femenina en relación al Volumen de Alcohol ingerido



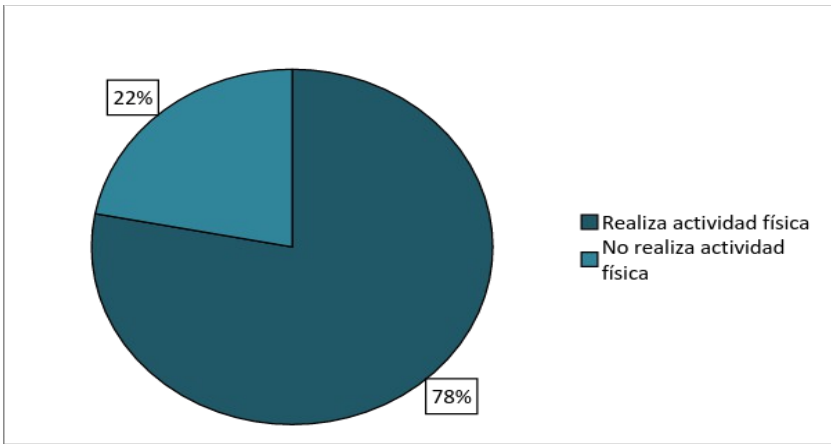
Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Tabla N°17- Distribución de la población en relación a la presencia de Sedentarismo

Sedentarismo	FA	FR%
Realiza actividad física	97	78
No realiza actividad física	28	22
N=	125	100

Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Grafica N° 17 - Distribución de la población en relación a la presencia de Sedentarismo



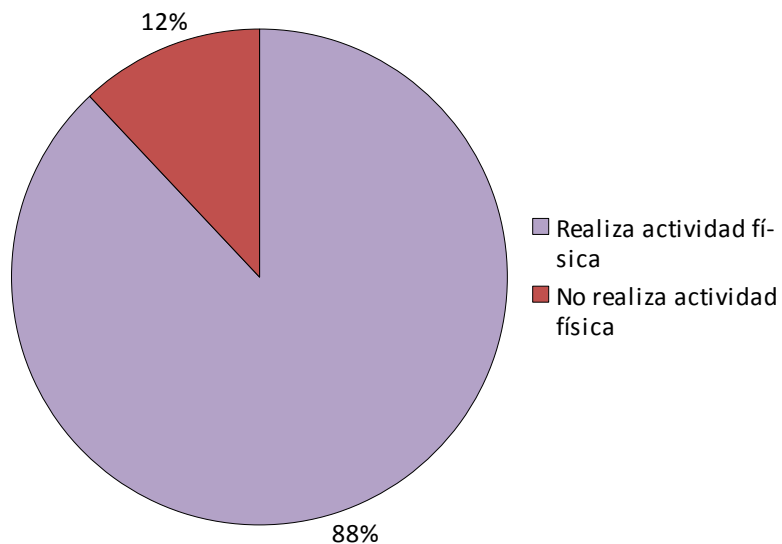
Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Tabla N°18- Distribución de la población masculina en relación a la presencia de Sedentarismo

Sedentarismo	FA	FR%
Realiza actividad física	30	88
No realiza actividad física	4	12
N=	34	100

Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Grafica N°18 - Distribución de la población masculina en relación a la presencia de Sedentarismo



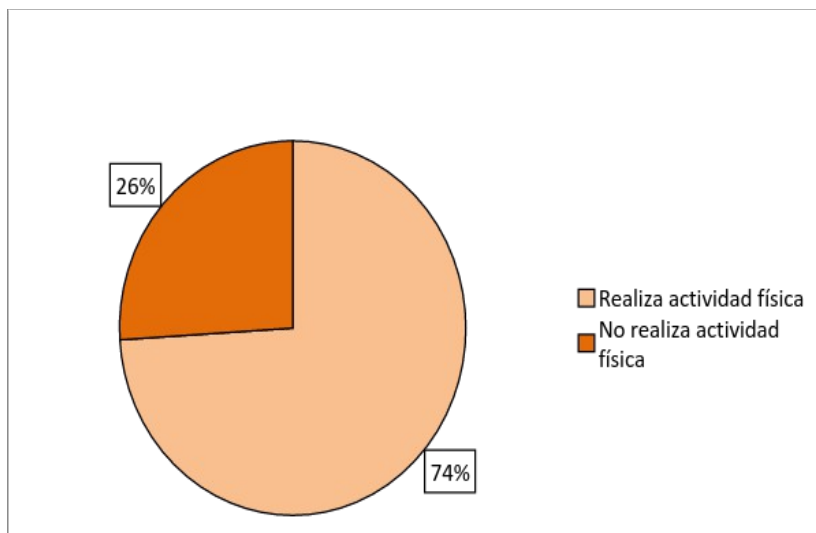
Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Tabla N°19- Distribución de la población femenina en relación a la presencia de Sedentarismo

Sedentarismo	FA	FR%
Realiza actividad física	67	74
No realiza actividad física	24	26
N=	91	100

Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Grafica N°19 -Distribución de la población femenina en relación a la presencia de Sedentarismo



Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

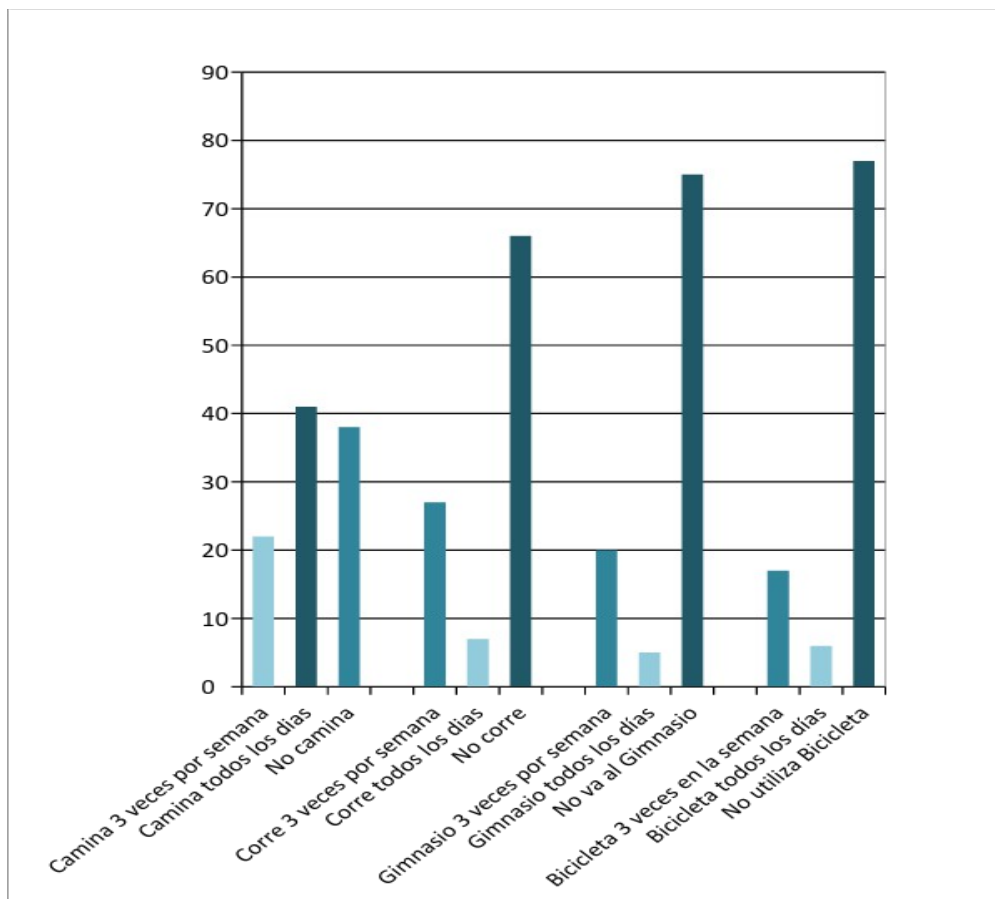
Tabla N°20- Distribución de la población en relación a la presencia de Actividad Física

Actividad Física	FA	FR%
Camina 3 veces por semana	27	22
Camina todos los días	51	41
No camina	47	38
N=	125	100
Corre 3 veces por semana	34	27
Corre todos los días	9	7
No corre	82	66
N=	125	100
Gimnasio 3 veces por semana	25	20
Gimnasio todos los días	6	5
No va al Gimnasio	94	75
N=	125	100
Bicicleta 3 veces en la semana	21	17

Bicicleta todos los días	8	6
No utiliza Bicicleta	96	77
N=	125	100

Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Grafica N°20 - Distribución de la población en relación a la presencia de Actividad física



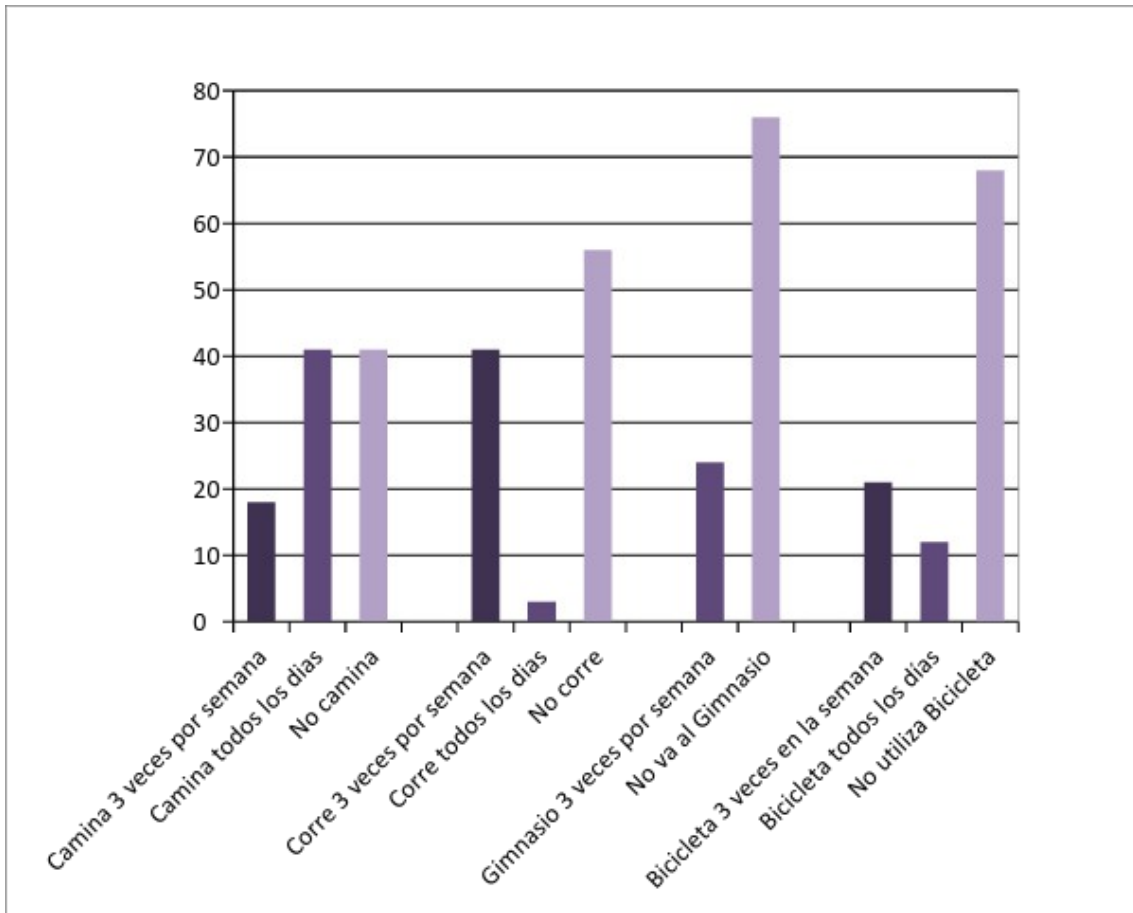
Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Tabla N°21- Distribución de la población masculina en relación a la presencia de Actividad física

Actividad Física	FA	FR%
Camina 3 veces por semana	6	18
Camina todos los días	14	41
No camina	14	41
N=	34	100
Corre 3 veces por semana	14	41
Corre todos los días	1	3
No corre	19	56
N=	34	100
Gimnasio 3 veces por semana	8	24
Gimnasio todos los días	0	0
No va al Gimnasio	26	76
N=	34	100
Bicicleta 3 veces en la semana	7	21
Bicicleta todos los días	4	12
No utiliza Bicicleta	23	68
N=	34	100

Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Grafica N°21- Distribución de la población masculina en relación a la presencia de Actividad física



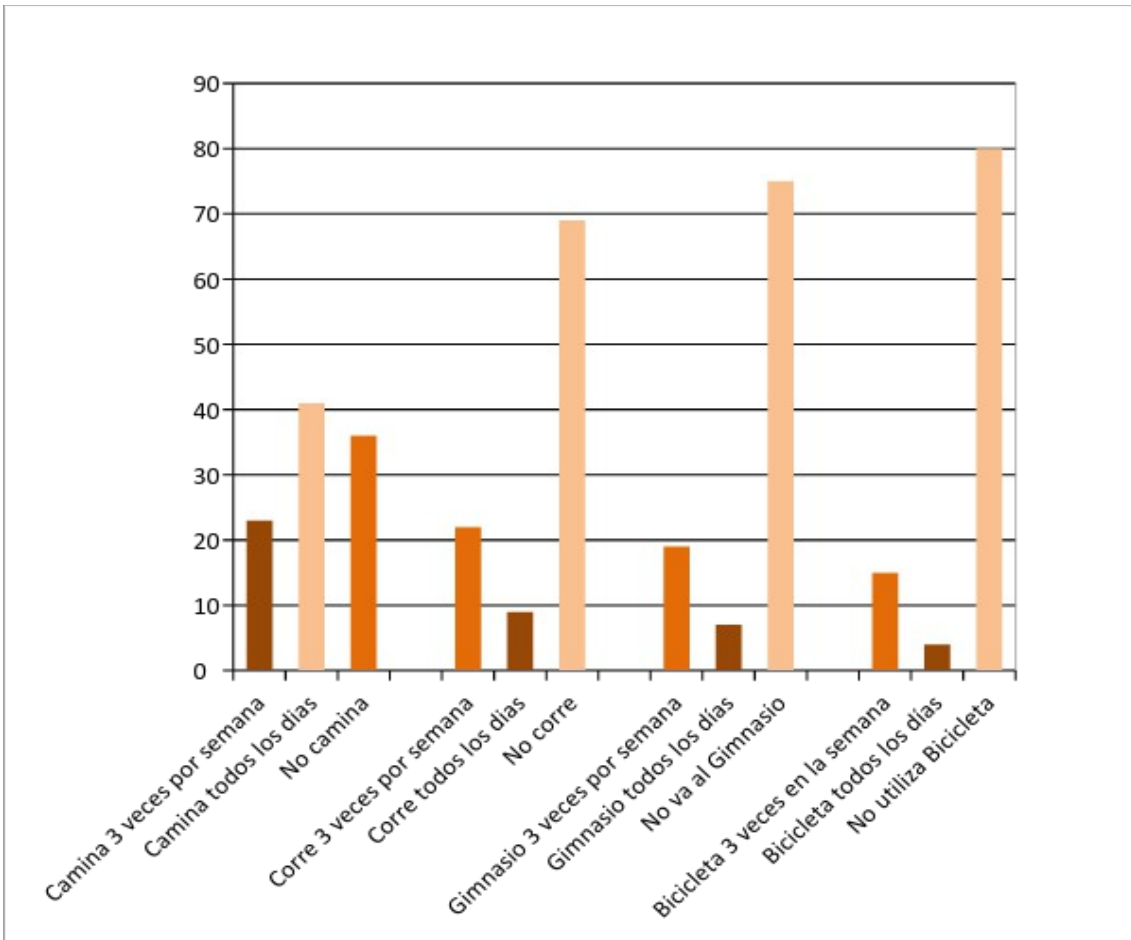
Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Tabla N°22- Distribución de la población femenina en relación a la presencia de Actividad física

Actividad Física	FA	FR%
Camina 3 veces por semana	21	23
Camina todos los días	37	41
No camina	33	36
N=	91	100
Corre 3 veces por semana	20	22
Corre todos los días	8	9
No corre	63	69
N=	91	100
Gimnasio 3 veces por semana	17	19
Gimnasio todos los días	6	7
No va al Gimnasio	68	75
N=	91	100
Bicicleta 3 veces en la semana	14	15
Bicicleta todos los días	4	4
No utiliza Bicicleta	73	80
N=	91	100

Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Grafica N°22 - Distribución de la población femenina en relación a la presencia de Actividad física



Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

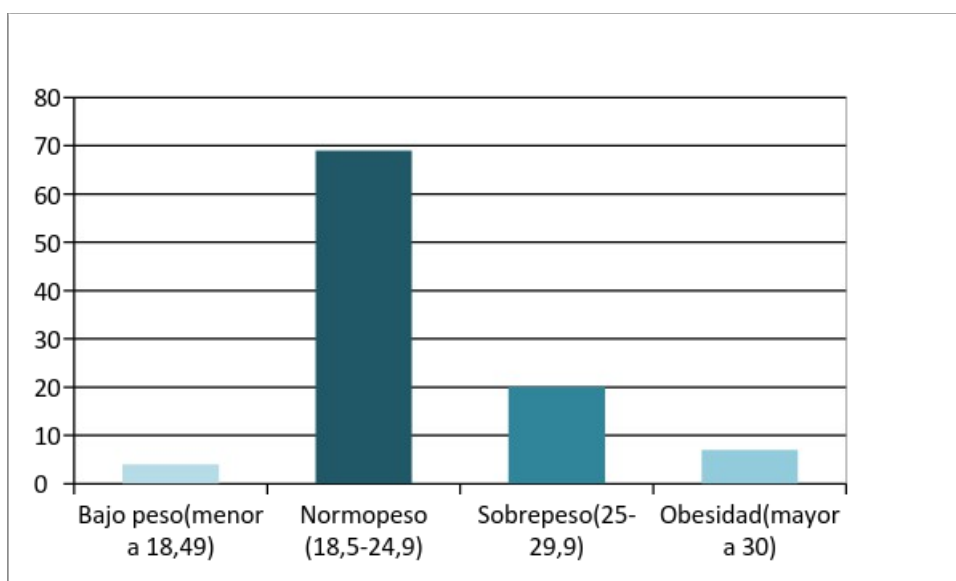
Tabla N°23- Distribución de la población en relación al IMC

IMC	FA	FR%
Bajo peso(menor a 18,49)	5	4

Normopeso (18,5-24,9)	86	69
Sobrepeso(25-29,9)	25	20
Obesidad(mayor a 30)	9	7
N	125	100

Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Grafica N°23 - Distribución de la población en relación IMC



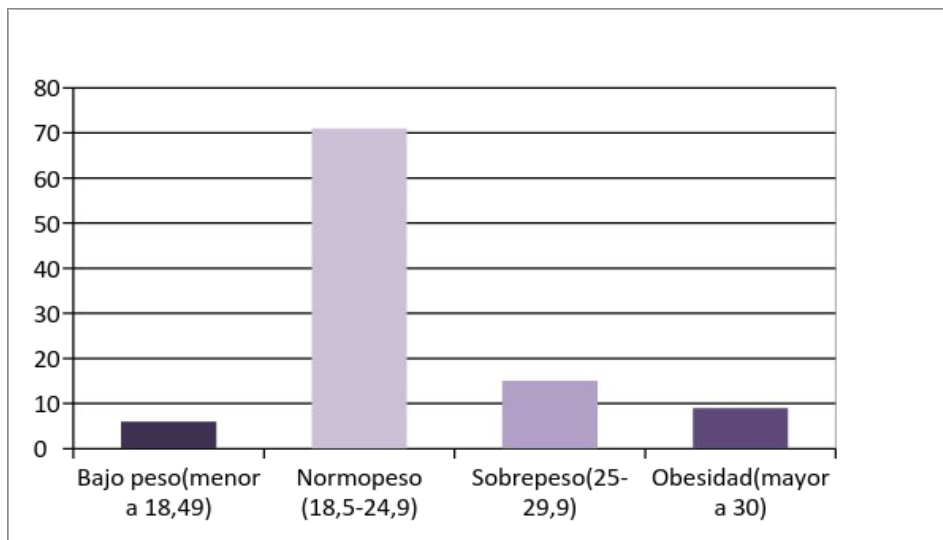
Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Tabla N°24- Distribución de la población masculina en relación IMC

IMC	FA	FR%
Bajo peso(menor a 18,49)	2	6
Normopeso (18,5-24,9)	24	71
Sobrepeso(25-29,9)	5	15
Obesidad(mayor a 30)	3	9
N	34	100

Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Grafica N°24 - Distribución de la población masculina en relación al IMC



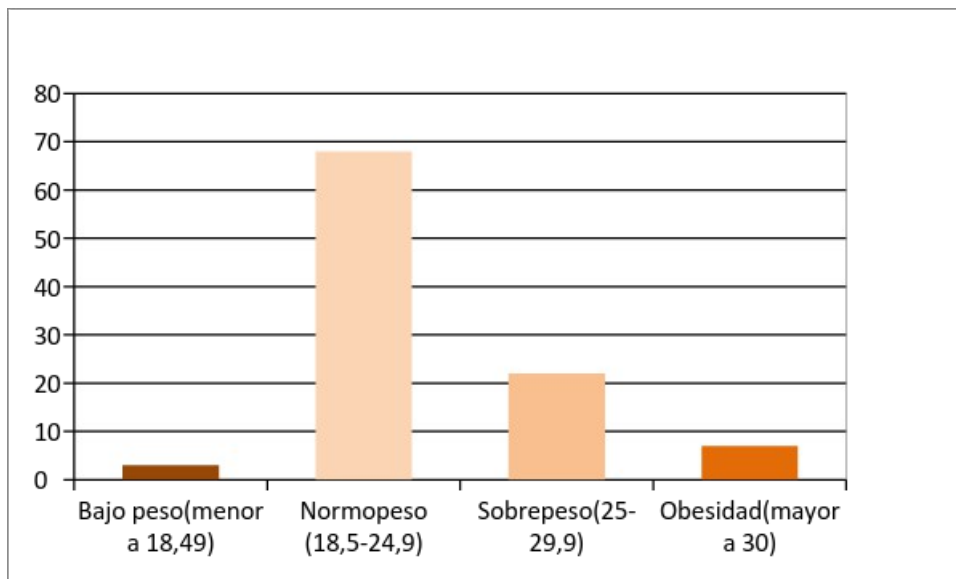
Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Tabla N°25- Distribución de la población femenina en relación al IMC

IMC	FA	FR%
Bajo peso (menor a 18,49)	3	3
Normopeso (18,5-24,9)	62	68
Sobrepeso (25-29,9)	20	22
Obesidad (mayor a 30)	6	7
N	91	100

Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Grafica N°25- Distribución de la población femenina en relación al IMC



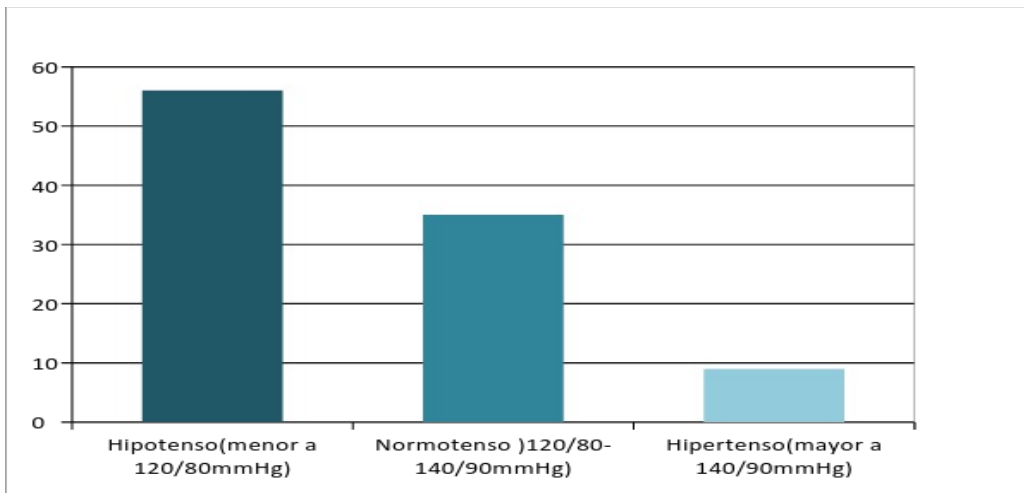
Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Tabla N°26- Distribución de la población en relación a las cifras de tensión arterial

HTA	FA	FR%
Hipotenso (menor a 120/80 mmHg)	70	56
Normotenso (120/80-140/90 mmHg)	44	35
Hipertenso (mayor a 140/90 mmHg)	11	9
N	125	100

Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Grafica N°26 - Distribución de la población en relación a las cifras de tensión arterial



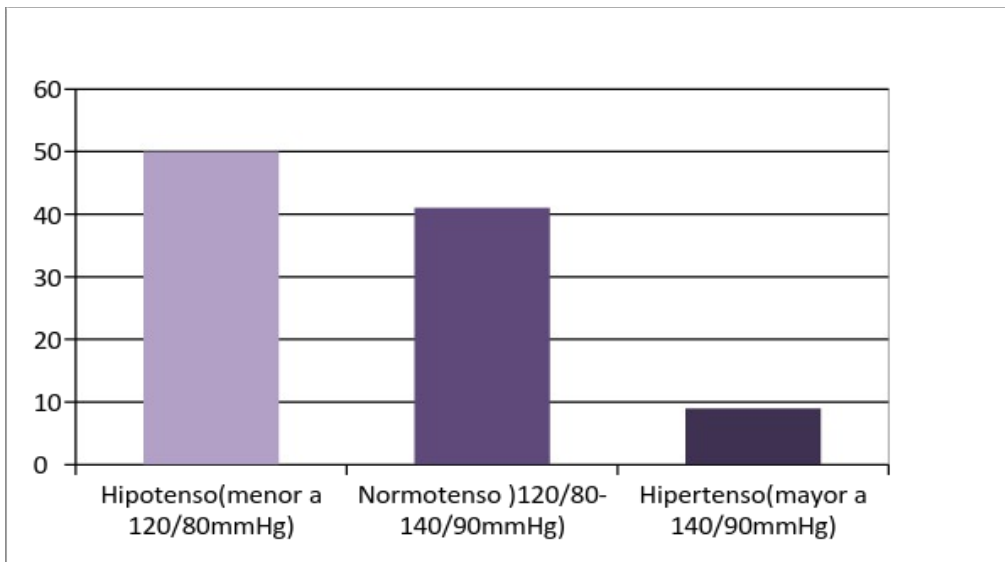
Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Tabla N°27- Distribución de la población masculina en relación a las cifras de tensión arterial

HTA	FA	FR%
Hipotenso (menor a 120/80 mmHg)	17	50
Normotenso (120/80-140/90 mmHg)	14	41
Hipertenso (mayor a 140/90 mmHg)	3	9
N	34	100

Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Gráfica N°27 - Distribución de la población masculina en relación a las cifras de tensión arterial



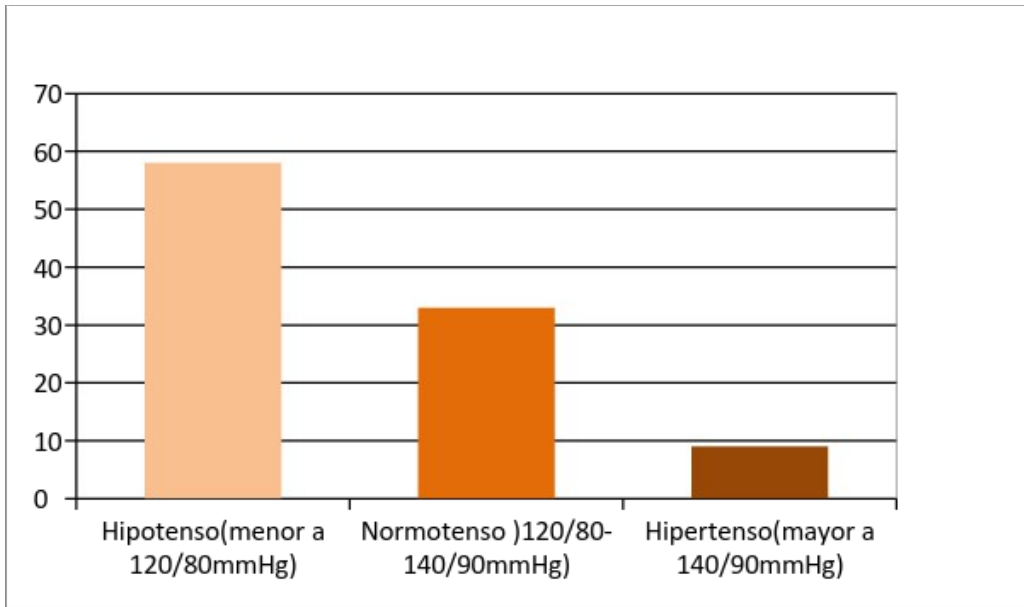
Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Tabla N°28- Distribución de la población femenina en relación a las cifras de tensión arterial

HTA	FA	FR%
Hipotenso (menor a 120/80mmHg)	53	58
Normotenso (120/80-140/90mmHg)	30	33
Hipertenso (mayor a 140/90mmHg)	8	9
N	91	100

Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Grafica N°28 - Distribución de la población femenina en relación a las cifras de tensión arterial



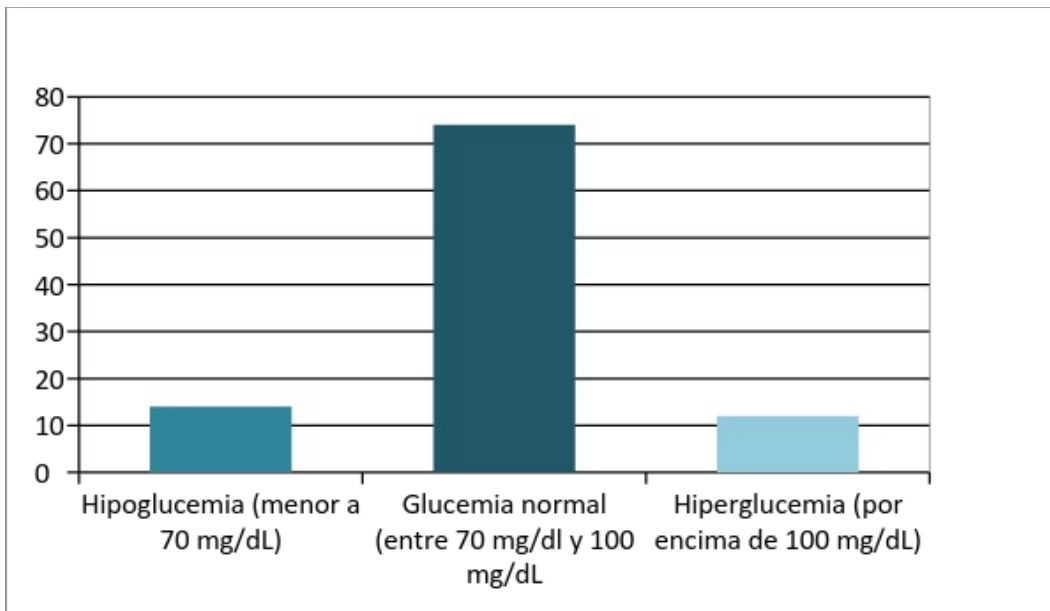
Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Tabla N°29- Distribución de la población en relación a las cifras de Glucemia capilar

Glucemia Capilar	FA	FR%
Hipoglucemia (menor a 70 mg/dL)	18	14
Glucemia normal (entre 70 mg/dl y 100 mg/dL)	92	74
Hiperglucemia (por encima de 100 mg/dL)	15	12
N	125	100

Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Grafica N°29 - Distribución de la población en relación a las cifras de Glucemia capilar



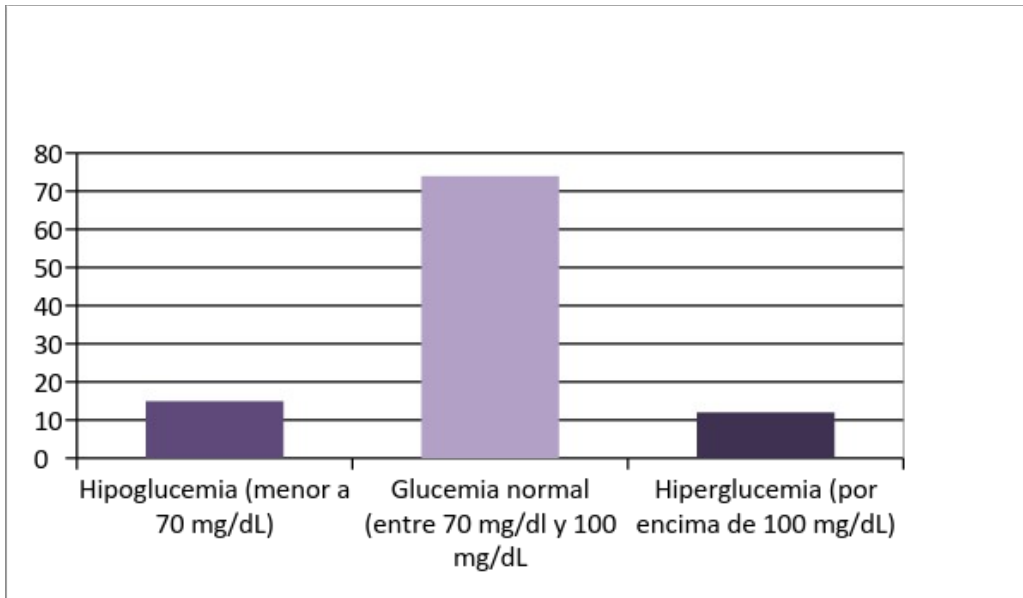
Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Tabla N°30- Distribución de la población masculina en relación a las cifras de Glucemia capilar

Glucemia Capilar	FA	FR%
Hipoglucemia (menor a 70 mg/dL)	5	15
Glucemia normal (entre 70 mg/dl y 100 mg/dL)	25	74
Hiperglucemia (por encima de 100 mg/dL)	4	12
N	34	100

Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Grafica N°30 - Distribución de la población masculina en relación a las cifras de Glucemia capilar



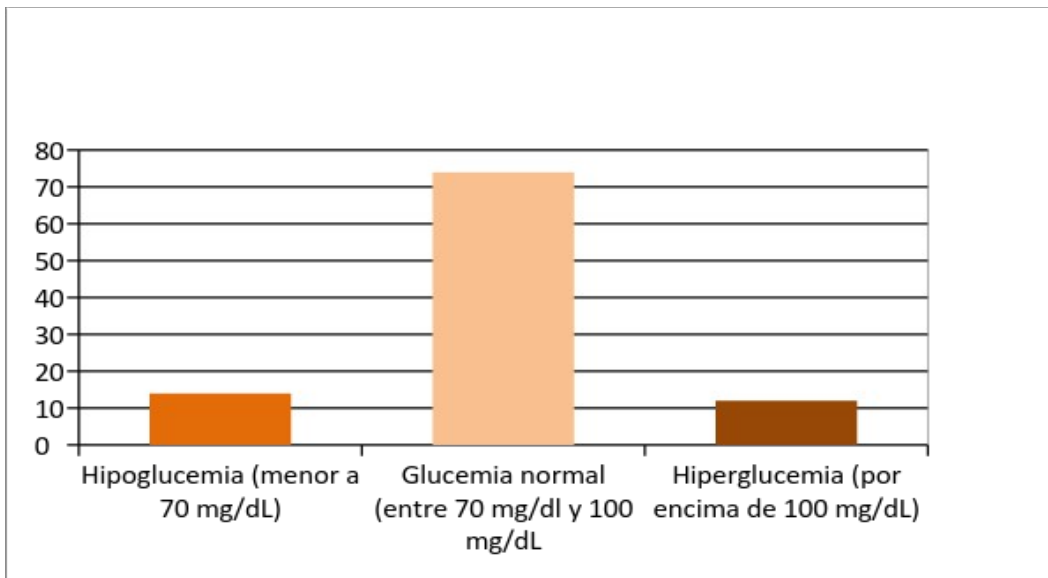
Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Tabla N°31- Distribución de la población femenina en relación a las cifras de Glucemia capilar

HGT	FA	FR%
Hipoglucemia (menor a 70 mg/dL)	13	14
Glucemia normal (entre 70 mg/dl y 100 mg/dL)	67	74
Hiperglucemia (por encima de 100 mg/dL)	11	12
N	91	100

Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Grafica N°31 -Distribución de la población femenina en relación a las cifras de Glucemia capilar



Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Análisis e Interpretación de los resultados

A partir de la búsqueda bibliográfica de evidencias científicas sobre factores de riesgo de ECV, conjuntamente con la información obtenida del instrumento ETSA en base 125 estudiantes que concurren al Comedor de Bienestar Universitario, en la Jornada de Diabetes el 16 de Noviembre de 2016 pertenecientes a UdelaR.

Los datos que resultaron del relevamiento fueron presentados mediante gráficos (barras y circular) y tablas, de las cuales se deduce las frecuencias relativas porcentuales para el análisis y la discusión de los mismos.

Distribución según Sexo: A partir de los resultados se observó que el 73% de la población que concurre corresponde al sexo femenino, siendo el 27% restante del sexo masculino.

Este dato se relaciona directamente al VII Censo de Estudiantes Universitarios de Grado en 2012 *“Principales características de los estudiantes de grado de la Universidad de la República”* donde menciona que el 64% de los estudiantes de la UdelaR son mujeres. Dicho de otro modo, por cada hombre que estudia en la UdelaR, lo hacen 1,76 mujeres.

Distribución según Edad: Con respecto a la edad observamos que el mayor porcentaje de estudiantes se encuentra ubicado en la etapa del ciclo vital correspondiente al Adulto joven (19-44 años] con un 79 % (85% en hombres y el 77% en mujeres).

Con respecto a esta cifra coincide lo mencionado en el VII Censo de Estudiantes Universitarios de Grado en 2012 *“Principales características de los estudiantes de grado de la Universidad de la República”* que refiere que la edad de la población de estudiantes de grado de la UdelaR se encuentra en el límite superior del rango teórico (18 a 24 años) indicado por la UNESCO para la población de estudiantes universitarios.

La edad promedio de los estudiantes de la UdelaR en el año 2012 es de 26 años aproximadamente, mientras que la mediana de edad es de 24 años, es decir, que más del 50% de los estudiantes de la UdelaR tiene 24 años y menos.

Distribución según Procedencia: Referente a la procedencia el 81 % (82% hombres y 80% mujeres) son del Interior y el 19 % es de Montevideo. Sin embargo, en el VII Censo de Estudiantes Universitarios de Grado en 2012 *“Principales características de los estudiantes de grado de la Universidad de la República”* menciona que en cuanto al lugar de nacimiento el 58,5% de los estudiantes de grado de la UdelaR nació en Montevideo, el 38,6% nació en departamentos del interior del país, mientras que el restante 2,9% nació en el exterior.

Distribución según Antecedentes Personales: En cuanto a los antecedentes personales (hipertensión, diabetes, obesidad o sobrepeso), un 84 % de los estudiantes que concurren al comedor no presenta antecedentes personales (85% mujeres y 82% hombres) considerando este dato como un factor protector debido al alto porcentaje de estudiantes que no presentan factores de riesgo biológicos que puedan desarrollar ECV.

Un 90 % presenta normopeso considerándose como otro factor protector, porque según el Censo de 2011 de la OMS, afirma que las mujeres uruguayas mayor de 18 años presentan obesidad en un 30,6%, mientras que los hombres son el 22,2%.

Un 97% se encontraban normotensos al momento del control, otro de los factores protectores que se diferencia con el informe de la Semana del Corazón del año 2015 en el cual se menciona lo siguiente: *“hipertensión es la principal patología que sufren los uruguayos tanto en hombres como en mujeres, uno de cada tres es hipertenso, pero solo un tercio sabe que lo es y se trata médicamente”*.

Distribución según Consumo de Tabaco: Con respecto al consumo de tabaco el porcentaje dio como resultado un 7% refiere consumir tabaco (8% mujeres y 6 % hombres).

En otros estudios se ha evidenciado que: un 34% consume tabaco (40% mujeres y 27% hombres) en la Universidad de Alicante en 2001, un 36% sin diferencia de sexo en la Universidad Católica de San Antonio de Murcia en 2013, un 24,4% en la Facultad de Enfermería-UdelaR en 2013, un 33,9% en la Sexta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Hogares realizada en el año 2014 y la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular que determinó en el 2002, que morían aproximadamente 4.500 personas por año en Uruguay a causa del tabaquismo.

Según los datos mencionados observamos que el consumo de tabaco está disminuyendo, relacionado en nuestro país a que desde el 2004, empezó a regir en Uruguay la Ley N°18256 (ver anexo 4) para el Control del Tabaquismo.

Cabe mencionar que se sostiene un predominio del sexo femenino en el consumo de tabaco, tanto en nuestra investigación como en la de la Universidad de Alicante en 2001, con diferentes porcentajes.

Distribución según el Consumo de Alcohol: El consumo de alcohol, fue otro de los factores que identificamos, con un porcentaje de 44%. (46% mujeres y 38% hombres) dentro de esta un 23 % consume más de un vaso (24% mujeres y 21% hombres) y un 21 % consume un vaso (70 ml)

Los antecedentes nos indican un consumo de: 68% (74% varones y 64% mujeres) en la Universidad de Alicante-España en 2001, 49% presentando un riesgo elevado en los hombres en la Universidad de Manizales en 2006, 87,4% en la Universidad Católica de San Antonio de Murcia en 2013, 33% en la Facultad de Enfermería en 2013 y 52,1% en la Sexta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Hogares del año 2014.

Esta orientación hacia el consumo de alcohol se confirma en nuestra población de investigación.

No coincide el predominio del sexo masculino tanto en la Universidad de Alicante en 2001, como en la Universidad de Manizales en 2006 con nuestra investigación que da como resultado un predominio del sexo femenino con un 46%.

Distribución según Sedentarismo/ Actividad Física: Con respecto al sedentarismo/actividad física, un 78% refiere realizar actividad física (88% hombres y 74% mujeres).

La frecuencia de los distintos ejercicios fue:

- Caminar con 78% (64% mujeres y 59% hombres) que refiere que camina todos los días o tres veces por semana.
- la concurrencia al Gimnasio con un 20% (24% hombres y 19% mujeres) que concurre 3 veces por semana
- andar en bicicleta con un 17% (21% hombres y 15% mujeres) que la utiliza al menos 3 veces por semana
- correr con un 27 % (41% hombres y 22% mujeres) que refieren correr 3 veces por semana.

Destacamos los antecedentes de actividad física en mayores de edad con: un 65,4% en la Universidad de Manizales en 2006, un 65,6% (81,7 hombres y 49,4 mujeres) en la Universidad Católica de San Antonio de Murcia en 2013, un 35,5% en la Facultad de Enfermería-UdelaR en 2013 y un 45% (67% hombres y 39% mujeres) en la Encuesta de hábitos deportivos y actividad física en Uruguay-año 2016.

En nuestra población de investigación se observa que la variable que sí presentó un mayor porcentaje fue la de caminar todos los días o tres veces por semana considerado como un factor protector conductual para no desarrollar ECV.

Entendemos que, las personas encuestadas asocian fuertemente la actividad física con la actividad de caminar, pero que no contemplan ni realizan en su mayoría ejercicios de alta intensidad.

Además, se sigue observando un predominio del sexo masculino a realizar actividad física, tanto en nuestra investigación como en la Universidad Católica de San Antonio de Murcia en 2013 y en la Encuesta de hábitos deportivos y actividad física en Uruguay-año 2016.

Distribución según cifras de IMC: Los resultados predominantes de IMC fueron un 69% normopeso (71 % hombres y 68% mujeres), 20% sobrepeso (22% mujeres y 15% hombres), 7% obesidad (9% hombres y 7 % mujeres) y 4% bajo peso (6% hombres y 3 % mujeres).

Lo cual nuestra investigación difiere con lo que venían mostrando los estudios de la OMS (año 2014) con respecto a nuestro país, los cuales sitúan a Uruguay con un 61,7% de sobrepeso/obesidad.

Distribución según cifras de Tensión Arterial: Referente a las cifras obtenidas de tensión arterial de los estudiantes, observamos que:

- un 56 % (58% mujeres y 50% hombres) se presentaban Hipotenso (menor a 120/80 mmHg)
- un 35 % (41% hombres y 33% mujeres) se presentaban Normotenso (120/80-140/90 mmHg)
- un 9 % en ambos sexos se presentaba Hipertenso (mayor a 140/90 mmHg)

Lo cual lo podemos entender como cifras decrecientes, referido a que en la Encuesta de Riesgo Cardiovascular en Uruguay-año 2013, menciona que un 44% de la población adulta presentaba cifras tensionales mayor a 140/90 mmHg

Distribución según cifras de Glucemia capilar: De acuerdo a las cifras obtenidas de glucemia capilar de los estudiantes, encontramos que, en ambos sexos, un 74 % tiene niveles de glucemia normal (70-100 mg/dl), seguido de un 14 % tiene hipoglucemia (menor a 70 mg/dl) y por último un 12 % tiene hiperglucemia (por encima de 100mg/dl).

Por lo tanto, estos datos se relacionan con la Encuesta de prevalencia de la diabetes en Uruguay en 2004 (Ferrero R, García M) donde menciona que en Uruguay el porcentaje de la DM en el año 2004 era de 8,0%.

Conclusiones

Logramos alcanzar los objetivos planteados, identificando factores de riesgo que pueden desarrollar ECV, como también encontramos factores protectores.

Como factor de riesgo de ECV se ha identificado: el consumo de alcohol en un 44% de la población encuestada, que demuestra la orientación del consumo en la sexta encuesta nacional sobre Consumo de Drogas en Hogares realizada en el año 2014, que afirma que el 52,1% de los encuestados entre 15 y 65 años, presentan consumo de alcohol.

Cabe destacar que, al realizar un análisis discriminado por sexo, encontramos diferencias con respecto a las evidencias científicas buscadas en las cuales se encontró que los hombres consumen más que las mujeres, siendo que en nuestra población existe un predominio del sexo femenino con un 46%.

Como factores protectores para no desarrollar ECV destacamos: cifras decrecientes en el consumo de tabaco en los adultos jóvenes (7% consume tabaco), que se ve reflejado en la Quinta y Sexta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Hogares realizada en el año 2011 y 2014 respectivamente.

Otros factores protectores fueron que un 97% de estudiantes encuestados se encontraban normotensos al momento del control, un 90 % presentaban normopeso y un 74% presentaban cifras normales de glicemia.

En la Actividad física, un 78% de la población encuestada camina todos los días o 3 veces por semana (factor protector), lo cual se relaciona directamente con lo que menciona La Comisión Honoraria de la Salud Cardiovascular *“Las recomendaciones mínimas para obtener beneficios en salud varían según la edad. Para adultos: acumular 150 minutos por semana de actividad física moderada, en sesiones de al menos 10 minutos continuos.”*

Sugerencias

Desde el Rol del Profesional de Enfermería planteamos trabajar con los factores de riesgo de las ECV, de este modo:

Con respecto al consumo de alcohol, entendemos necesario un plan de acción desde la UdelaR que involucre un trabajo interdisciplinario de diferentes Facultades como ser Enfermería, Medicina, Psicología, Nutrición, e ISEF, entre otras. Que busque en una primera instancia, ratificar lo identificado con respecto a la orientación hacia el consumo evidenciado en nuestra investigación y en los antecedentes, para poder plantear de este modo, campañas de Promoción en

Salud, centradas en las consecuencias que conlleva el consumo de alcohol. Procurando acciones de Prevención Primaria, que intenten eliminar o al menos disminuir, la exposición de los individuos al consumo de alcohol.

Asesorar sobre redes de apoyo que provee la Junta Nacional de Drogas y el Ministerio de Salud Pública como ser:

-Teléfono de asesoramiento en consumo de sustancias: *1020

-Información sobre Espacios Adolescentes de todo el territorio nacional disponible en: http://www.msp.gub.uy/uc_6016_1.html

Con respecto a la actividad física, planteamos que sería conveniente una mayor difusión de actividades que otorga gratuitamente la Secretaría Nacional del Deporte, Intendencia de Montevideo y Bienestar Universitario.

De la Intendencia de Montevideo informar sobre las diversas plazas de deportes que hay en todo Montevideo con libre acceso.

De la Secretaría Nacional del Deporte, informar sobre los programas de, ko a las drogas.

También sobre los programas de verano (diciembre - febrero), de enseñanza y práctica de natación en las plazas de Montevideo.

De Bienestar Universitario informar sobre las actividades permanentes que realiza desde el año 2008, destinadas al conjunto universitario en su totalidad (estudiantes, trabajadores y egresados), así como familiares de trabajadores y futuros estudiantes.

Las actividades que brindan son; artes marciales, handball femenino, básquetbol, vóley social mixto, fútbol femenino, fútbol interfacultades masculino (f11), fútbol 8 interhogares y gimnasia laboral.

Además de los diversos beneficios que ofrecen para concurrir a diversos clubes deportivos como son: Club Neptuno, Club BPS, Club AEBU, Club Bohemios y Asociación Cristiana de Jóvenes.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. ¿Cómo define la OMS la salud? [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/> [consulta: 29 nov 2016].
2. Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo. [Internet]. 2016. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/ [consulta: 29 nov 2016].
3. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Segunda encuesta nacional de factores de riesgo no transmisibles. Ibid. 1.
4. Uruguay. Presidencia de la República. Enfermedades cardiovasculares son culpables de 27 % de las muertes en Uruguay. [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/mujeres-semana-corazon-patologia-cardiovascular-lucha-honoraria-dighiero> [consulta: 29 nov 2016].
5. Reig Ferrer A, Cabrero García J, Ferrer Cascales R, Richart Martínez M. La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes

- universitarios. [Internet]. 2003 Disponible en: <http://www.biblioteca.org.ar/libros/88711.pdf> [consulta: 29 nov 2016].
6. Navas Calvis C, Valderrama Betancourt AM, Páez Cala ML, Marín Viatela JG, Noreña Vidal P V, Toro Franco N, et al. Estilos de vida en estudiantes de la Universidad de Manizales. [Internet]. 2006. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273820398005> [consulta: 29 nov 2016].
 7. Castro Cuesta J, Abellán Huerta J, Leal Hernández M, Gómez Jara P, Enrique J, Ortina O, et al. Estilos de vida relacionados con el riesgo cardiovascular en estudiantes universitarios. [Internet]. 2014. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-arteriosclerosis-15-articulo-estilos-vida-relacionados-con-el-S0214916813001186> [consulta: 29 nov 2016].
 8. Alonso R, Cutinella I, Gómez P, Gonzalez A, Ojeda F. Estudio epidemiológico de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles prevalentes en un grupo de integrantes de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería. [tesis] [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.bvsenf.org.uy/local/tesis/2013/FE-0507TG.pdf> [consulta: 29 nov 2016].
 9. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Enfermería. Plan de Estudios 1993. [Internet]. Disponible en: <http://www.fenf.edu.uy/index.php/depto-educacion/99-el-plan> [consulta: 29 nov 2016].
 10. Roth E. Aplicaciones comunitarias de la medicina conductual. Rev Latinoamericana Psicología [Internet] 1990; 22 (1): 27-50. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80522103.pdf> [consulta: 29 nov 2016].
 11. Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo. [Internet]. 2016. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/ [consulta: 29 nov 2016].
 12. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/> [consulta: 29 nov 2016].
 13. Uruguay. Ministerio de Salud. Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles. [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/factores-de-riesgo-de-enfermedades-cr%C3%B3nicas-no-transmisibles> [consulta: 29 nov 2016].
 14. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares. [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/> [consulta: 29 nov 2016].
 15. Info Drogas. Qué son las drogas: sustancia psicoactiva / droga. [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.infodrogas.org/drogas/que-son-las-drogas?showall=1> [consulta: 13 dic 2016].
 16. Uruguay. Presidencia de la República. Proyecto de Ley referido a la regulación, el consumo, distribución y expendio de bebidas alcohólicas en todo el territorio de la República Oriental del Uruguay. [Internet]. 2013. p. 3. Disponible en: http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/proyectos/2013/07/msp_478.pdf [consulta: 13 dic 2016].

17. Uruguay. Presidencia de la República. Junta Nacional de Drogas. Sexta encuesta nacional sobre consumo de drogas en hogares. [Internet]. 2014. Disponible en:

https://medios.presidencia.gub.uy/tav_portal/2015/noticias/NO_Q202/encuesta.pdf [consulta: 13 dic 2016].
18. Uruguay. Presidencia de la República. Junta Nacional de Drogas. Quinta encuesta nacional sobre consumo de drogas en hogares. [Internet]. 2012. p. 16. Disponible en:

http://www.sutabacologia.org.uy/secretaria/biblioteca/epidemiologia/5a_encuesta_hogares_drogas_jnd_2011.pdf [consulta: 13 dic 2016].
19. Uruguay. Presidencia de la República. Proyecto de Ley referido a la regulación, el consumo, distribución y expendio de bebidas alcohólicas en todo el territorio de la República Oriental del Uruguay. Op. Cit. p.2.
20. Uruguay. Presidencia de la República. Junta Nacional de Drogas. Drogas: mas información menos riesgos, problema drogas compromiso de todos. [Internet]. 2007. p. 37. Disponible en:

http://www.infodrogas.gub.uy/html/material-educativo/documentos/tu_guia_6_edicion_2008.pdf [consulta: 29 nov 2016].
21. Organización Mundial de la Salud. Tabaco. [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/> [consulta: 13 dic 2016].
22. Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer. Tabaquismo. [Internet]. 2016. Disponible en: http://www.comisioncancer.org.uy/uc_171_1.html [consulta: 13 dic 2016].
23. Uruguay. Presidencia de la República. Junta Nacional de Drogas. Quinta encuesta nacional sobre consumo de drogas en hogares. Op. Cit. p. 29.
24. Uruguay. Presidencia de la República. Junta Nacional de Drogas. Sexta encuesta nacional sobre consumo de drogas en hogares. Op. Cit.
25. Vázquez T. Políticas públicas contra el tabaquismo. Rev Urug Cardiol [Internet] 2010; 25(3): 241-4. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ruc/v25n3/v25n3a09.pdf> [consulta: 29 nov 2016].
26. Organización Mundial de la Salud. Actividad física. [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/es/> [consulta: 29 nov 2016].
27. Ibid. 26.
28. Uruguay. Presidencia de la República. El 53 % de los uruguayos practica actividad física, 13 % más que en 2005. [Internet]. 2016. Disponible en:

<https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/deporte-secretaria-nacional-encuesta-actividad-fisica-caceres-basso-zelarayan> [consulta: 13 dic 2016].
29. Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. Sedentarismo. [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.cardiosalud.org/corazon-y-salud/factores-de-riesgo/sedentarismo> [consulta: 29 dic 2016].
30. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner y Suddarth: tratado de enfermería

- médico quirúrgica. 9a.ed. México: Mc Graww-hill interamericana; 2013. p.890.
31. Uruguay. Ministerio de Salud. Día mundial de la hipertensión: 17 de mayo. [Internet]. 2014. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/noticia/d%C3%ADa-mundial-de-la-hipertensi%C3%B3n-17-de-mayo> [consulta: 13 dic 2016].
 32. Uruguay. Presidencia de la República. Riesgo cardiovascular: estudio revela que el 44% de los uruguayos tienen hipertensión y el 21% colesterol elevado. [Internet]. 2013. Disponible en: <http://presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/estudio-cescas-i-sobre-riesgos-cardiovasculares-msp> [consulta: 13 dic 2016].
 33. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner y Suddarth: tratado de enfermería médico quirúrgica. Op. Cit. p.1199.
 34. Organización Mundial de la Salud. Qué es la diabetes. [Internet]. 2016. Disponible en: http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index1.html [consulta: 29 nov 2016].
 35. Ferrero R, García MV. Encuesta de prevalencia de la diabetes en Uruguay. Arch Med Int [Internet] 2005; 27(1): 7-12. Disponible en: <http://www.prensamedica.com.uy/docs/XXVII-Diabetes.pdf> [consulta: 13 dic 2016].
 36. Texas Heart Insitute. Obesidad y sobrepeso. [Internet]. 2016. Disponible en: http://www.texasheart.org/HIC/Topics_Esp/HSmart/obesity_sp.cfm [consulta: 29 nov 2016].
 37. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/> [consulta: 13 dic 2016].
 38. Es el segundo país de Sudamérica con mayor prevalencia: Uruguay obeso. El País. [Internet]. 2015 julio 2. Disponible en: <http://www.elpais.com.uy/vida-actual/uruguay-obeso-segundo-pais-sudamerica.html> [consulta: 29 nov 2016].
 39. Universidad de la República (Uruguay). Comisión Sectorial de Extensión y Actividades en el Medio. Misión y visión. [Internet]. 2016. Disponible en : <http://www.extension.edu.uy/node/6730> [consulta: 29 nov 2016].
 40. Uruguay. Ministerio de Educación y Cultura. Dirección de Educación. Panorama de la educación 2014. [Internet]. 2015. Disponible en: <http://educacion.mec.gub.uy/innovaportal/file/927/1/panorama-de-la-educacion-2014.pdf> [consulta: 29 nov 2016].
 41. Universidad de la República (Uruguay). Estadísticas básicas 2014 de la Universidad de la República. [Internet]. 2014. Disponible en: <http://planeamiento.udelar.edu.uy/files/2016/01/web-Estad%C3%ADsticas-b%C3%A1sicas-2014.pdf> [consulta: 29 dic 2016].
 42. Diccionario de la Real Academia Española. [Internet]. 2016. Sexo. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=XIApmpe> [consulta: 29 nov 2016].
 43. Diccionario de la Real Academia Española. [Internet]. 2016. Edad. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=EN8xffh> [consulta: 29 nov 2016].
 44. Erikson E. Infancia y sociedad. Buenos Aires: Paidós; 1976.
 45. Diccionario de la Real Academia Española. [Internet]. 2016. Procedencia. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=UEfuBID> [consulta: 29 nov 2016].

46. Diccionario de la Real Academia Española. [Internet]. 2016. Patología. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=SAIV5kB> [consulta: 29 nov 2016].
47. Uruguay. Presidencia de la República. Junta Nacional de Drogas. Drogas: mas información menos riesgos, problema drogas compromiso de todos. Op. Cit. p. 37.
48. Uruguay. Presidencia de la República. Junta Nacional de Drogas. Guia más informacion. p. 37. [Internet]. 2007. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/html/material-educativo/documentos/tu_guia_6_edicion_2008.pdf [consulta:29 nov 2016]
49. Organización Mundial de la Salud. Actividad física. [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/es/> [consulta: 29 nov 2016].
50. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/> [consulta: 29 nov 2016].
51. Texas Heart Insitute. Obesidad y sobrepeso. [Internet]. 2016. Disponible en: http://www.texasheart.org/HIC/Topics_Esp/HSmart/obesity_sp.cfm[consulta:29 nov 2016]
52. Organización Mundial de la Salud. Preguntas y respuestas sobre la hipertensión. [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/82/es/> [consulta: 29 nov 2016].
53. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner y Suddarth: Tratado de enfermería Médico Quirúrgica. 9a.ed. México: Mc Graww-hill interamericana; 2013. p.890
54. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner y Suddarth: Tratado de enfermería Médico Quirúrgica. 9a.ed. México: Mc Graww-hill interamericana; 2013. p.1199
55. Organización Mundial de la Salud. Qué es la diabetes. [Internet]. 2016. Disponible en: http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index1.html [consulta: 29 nov 2016].

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES REALIZADAS POR LOS ESTUDIANTES

Matriz de programación.

Actividad	Cobertura	Rendimiento	RRHH	Total de Actividades	Total de horas
Selección del tema de investigación	100%	180 minutos	5 Estudiantes de Lic.Enfermería.	1	3 horas
Presentación del esquema de Trabajo de investigación	100%	120 minutos	5 Estudiantes de Lic.Enfermería.	1	2 horas
Reunión de coordinación, contextualización del problema de la realidad a estudiar	100%	120 minutos	5 Estudiantes de Lic.Enfermería. 1 Prof.Agdo.Lic 1 Prof.Adj.Lic	6	12 horas
Pautas para búsqueda de información bibliográfica	100%	180 minutos	5 Estudiantes de Lic.Enfermería 2 Prof. Asist. Biblioteca.	1	3 horas
Agradecimientos, Siglas, Introducción, Resumen	100%	300 minutos	5 Estudiantes de Lic.Enfermería.	4	6 horas
Problema de investigación, objetivo general y específico	100%	300 minutos	5 Estudiantes de Lic.Enfermería.	3	6 horas
Antecedentes, justificación	100%	180 minutos	5 Estudiantes de Lic.Enfermería.	2	4 horas
Fundamento Teórico		600 minutos	5 Estudiantes de Lic.Enfermería.	1	12 horas
Diseño metodológico, Bibliografía, Anexos	100%	50 minutos	5 Estudiantes de Lic.Enfermería.	3	10 horas
Presentación del primer Avance	100%	120 minutos	5 Estudiantes de Lic.Enfermería. 1 Prof.Agdo.Lic 1 Prof.Adj.Lic	1	2 horas
Corrección de las observaciones	100%	420 minutos	5 Estudiantes de Lic.Enfermería.	1	8 horas
Presentación del nuevo avance	100%	120 minutos	5 Estudiantes de Lic.Enfermería. 1 Prof.Agdo.Lic 1 Prof.Adj.Lic	1	2 horas
Corrección de las	100%	300 minutos	5 Estudiantes de		6 horas

observaciones			Lic.Enfermeria.		
---------------	--	--	-----------------	--	--

N	Actividad	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
1	Organización del equipo	X				
2	Selección del tema			X		
3	Elaboración del protocolo			X	X	X

N	Actividad	Jul.	Ago.	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene	Feb.	Mar.
3	Elaboración del protocolo	X	X	X	X	X				
4	Elaboración de instrumento				X	X				
5	Validación de instrumento					X				
6	Observación					X				
7	Aplicación de entrevistas					X				
8	Procesamiento de la información					X				
9	Análisis de la Información					X	x			
10	Organización del Informe Final					X	x	x	x	
11	Correcciones del Informe Final					x	x	x	x	X
12	Defensa de Trabajo de									X

investigación									
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CRONOGRAMA DE ENCUENTROS TUTORIALES

Matriz de programación.

Actividad	Cobertura	Rendimiento	RRHH	Total de Actividades	Total de horas
Encuentro de Tutoría número 1 (14/4/16)	100%	120 minutos	5 Estudiantes de Lic.Enfermería. 1Prof.Agdo.Lic 1Prof.Adj.Lic	1	2 horas
Encuentro de Tutoría número 2 (17/10/16)	100%	150 minutos	5 Estudiantes de Lic.Enfermería. 1Prof.Agdo.Lic 1Prof.Adj.Lic	1	2½ horas
Encuentro de Tutoría número 3 (31/10/16)	100%	120 minutos	5 Estudiantes de Lic.Enfermería. 1Prof.Agdo.Lic 1Prof.Adj.Lic	1	2 horas
Encuentro de tutoría número 4 (08/11/16)	100%	90 minutos	5 Estudiantes de Lic. Enfermería. 1Prof.Adj..Lic.	1	1½ horas
Encuentro de tutoría número 5 (10/11/16)	100%	90 minutos	5 Estudiantes de Lic. Enfermería. 1Prof.Adj.Lic	1	1½ horas
Encuentro de Tutoría número 6 (13/12/16)	100%	120 minutos	5 Estudiantes de Lic.Enfermería. 1Prof.Agdo.Lic 1Prof.Adj.Lic	1	2 horas
Encuentro de Tutoria numero 7 (28/12/16)	100%	120 minutos	5 Estudiantes de Lic.Enfermería. 1Prof.Agdo.Lic 1Prof.Adj.Lic	1	2 horas
Encuentro de Tutoria numero 8 (20/02/17)	100%	120 minutos	5 Estudiantes de Lic.Enfermería. 1Prof.Agdo.Lic 1Prof.Adj.Lic	1	2 horas

Anexos

Anexo 1-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 República. La meta de este estudio es: Conocer qué factores de riesgo modificables relacionados al desarrollo enfermedades crónicas no transmisibles, presentan los estudiantes de la de la universidad de la república.

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 ___ 15 ___ 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 enfermedades crónicas no transmisibles presentan los estudiantes de la universidad de la república. Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente ___ 15 ___ 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 Firma del Participante (En imprenta)Fecha

Anexo- 2 Tablas

Tabla N°1- Edad

Definición conceptual:Tiempo que ha vivido una persona. Cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana.

Definición operacional:Individuos cuyas edades son menores de 20(Adolescencia tardía), de 20

a 40(Adulto joven), de 41 a 65(Adulto maduro) y mayores de 65 años(Adulto mayor)

Tipo: Cuantitativa continua politómica.

Edad	FA	FR%
Adolescencia Tardía(menores de 20]		
Adulto Joven(20 – 40]		
Adulto Maduro(40– 65]		
Adulto Mayor(65-...)		
S/D		
N=		100

Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF.

TABLA Nº 2- SEXO

Definición conceptual: Conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo. Sexo masculino, femenino.

Definición operacional: Masculino y Femenino

Tipo: Cualitativa nominal dicotómica

Sexo	FA	FR%
Femenino		
Masculino		
N=		100

Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF.

TABLA Nº 3- LUGAR DE PROCEDENCIA

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

Definición operacional: Montevideo, interior

Tipo: Cualitativa nominal dicotómica

Procedencia	FA	FR%
Montevideo		
Interior		
N=		100

Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF.

TABLA Nº 4- ANTECEDENTES PERSONALES

Definición conceptual: Aquella enfermedad o dolencia que padece una persona en un

momento determinado

Definición operacional: Hipertensión, diabetes, obesidad o sobrepeso.

Tipo: Cualitativa nominal politómica

Antecedentes personales	FA	FR%
Hipertension		
Diabetes		
Obesidad ó sobrepeso		
Ninguna		
N=		100

Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF.

TABLA N° 5- TABAQUISMO

Definición conceptual: Es una enfermedad crónica causada por la adicción a la nicotina y la exposición permanente a más de 7.000 sustancias, muchas de ellas tóxicas y cancerígenas.

Definición operacional: presencia o no de consumo de tabaco, no consume, consume.

Tipo: Cualitativa nominal dicotómica

Tabaquismo	FA	FR%
No consume		
Consume		
N=		100

Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF.

TABLA N° 6- ALCOHOLISMO

Definición conceptual: El alcoholismo es una enfermedad caracterizada por la dependencia física hacia el alcohol.

Definición Operacional : Primero se realiza una discriminación si consume o no, para luego especificar si es mayor o igual a un vaso de 70 ml.

Tipo: Cualitativa ordinal politómica

Alcoholismo	FA	FR%
NO Consume		
Consume		
Consume 1 vaso (70ml)		
Consume mas de 1 vaso		
N=		100

Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF.

TABLA N°7- SEDENTARISMO

Definición conceptual: es el estilo de vida más cotidiano que incluye poco o nada de Actividad física, es decir actividad metódica, regular que implique que todos los órganos del cuerpo se pongan en movimiento, fortalezcan los músculos y revitalizan el sistema circulatorio

Definición operacional: presencia o no de actividad física, realiza actividad física, no realiza actividad física.

Tipo: Cualitativa nominal dicotómica

Sedentarismo	FA	FR%
Realiza actividad física		
No realiza actividad física		
N=		100

Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF.

TABLA N° 8- REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA, PARA LA POBLACIÓN DE ENCUESTADOS
ACTIVIDAD FÍSICA

Definición conceptual: Consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos, actividades ocupacionales, tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias que impliquen gasto de energía.

Definición operacional: se consulta si; camina, corre, utiliza bicicleta y/o concurre al gimnasio gimnasio, y dentro de cada una si lo realiza todos los días, 3 veces por semana o nunca.

Tipo: Cualitativa nominal politómica

Actividad Física	FA	FR%
Camina 3 veces por semana		
Camina todos los días		
No camina		
Corre 3 veces por semana		
Corre todos los días		
No corre		
Gimnasio 3 veces por semana		
Gimnasio todos los días		
No va al Gimnasio		
Bicicleta 3 veces en la semana		
Bicicleta todos los días		
No utiliza Bicicleta		
N		100

Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF.

TABLA Nº 9- ÍNDICE DE MASA CORPORAL, PARA LA POBLACIÓN DE ENCUESTADOS

ÍNDICE DE MASA CORPORAL

Definición conceptual: Índice que valora el estado nutricional y que resulta de dividir el peso corporal, expresado en kilogramos, entre el cuadrado de la talla, expresado en metros. El intervalo normal oscila entre 18,5 y 24,9; los valores inferiores a 18,5 indican mal nutrición calórica; los valores situados entre 25 y 29,9 indican sobrepeso, y los superiores a 30, obesidad.

Definición operacional: se realiza el cálculo de masa en kg sobre altura en metros cuadrados, y el resultado se adjudica a una de las categorías; bajo peso inferior a 18,49, normopeso entre 18,5 y 24,9, entre 25 y 29,9 sobrepeso y obesidad si es superior a 30 .

Tipo: Cuantitativa continuo politómica

IMC	FA	FR%
Bajo peso(menor a 18,49)		
Normopeso (18,5-24,9)		
Sobrepeso(25-29,9)		
Obesidad(mayor a 30)		
N		100

Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF.

TABLA Nº 10- CIFRAS DE TENSIÓN ARTERIAL CONTROLADAS, PARA LA POBLACIÓN DE ENCUESTADOS

CIFRAS DE TENSIÓN ARTERIAL

Definición conceptual: Presión o fuerza que ejerce contra la pared la sangre que circula por el sistema arterial. Se expresa en milímetros de mercurio (mmHg) por encima de la presión barométrica o atmosférica, que se toma como presión 0. La presión arterial depende de la presión ejercida por la sangre expulsada por el ventrículo en cada sístole.

1. **Definición operacional:** se realiza los controles de cifras tensionales y se agrupara en distintas categorías; como normotenso entre 120/80 mmHg y 140/90 mmHg, cifras inferiores como hipotenso y superiores como hipertenso.

Tipo: Cuantitativa continuo, dicotómica.

HTA	FA	FR%
Hipotenso (menor a 120/80mmHg)		
Normotenso)120/80-140/90mmHg)		
Hipertenso (mayor a 140/90mmHg)		
N		100

Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF.

TABLA N° 11- CONTROLES DE GLUCEMIA CAPILAR PARA LA POBLACION DE ENCUESTADOS

Definición conceptual: constituye un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por niveles elevados de glucosa en la sangre.⁵⁶

Definición operacional: se realiza controles de glucosa capilar y se agrupara en distintas categorías; glucemia normal entre 70 mg/dL y 100 mg/dL, por encima de 100 mg/dL hiperglucemia y por debajo de 70 hipoglucemia.

Tipo: Cuantitativa continuo, politómica.

HGT	FA	FR%
Hipoglucemia (menor a 70 mg/dL)		
Glucemia normal (entre 70 mg/dl y 100 mg/dL)		
Hiperglucemia (por encima de 100 mg/dL)		
N		100

Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF.

⁵⁶Definicion Diabetes. Brunner. L, O'Connell. S, Bare. B, "Tratado de enfermería Médico Quirúrgica", Mexico: Mc Graww-hill interamericana editores, 2003 novena edición. Pag: 1265



**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																
Tiene hijos												Si		No			
Con quien vive																	
Solo			Cónyuge			Hijo/a			Nieta			Otros					
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			Tios		

Obesidad			Tabaquismo			Sedentarismo			Estrés			Diabetes			Hipertensión Arterial			Dislipemia			
	Padre	Madre	Tios	Padre	Madre	Tios	Padre	Madre	Tios	Padre	Madre	Tios	Padre	Madre	Tios	Padre	Madre	Tios	Padre	Madre	Tios
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	Cant. minutos
Bicicleta					
Concurre al gimnasio					
Camina					
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 (anilinas, barniz, cadmium)				

CONTROL MÉDICO

	Si	No	6 meses	2 años
Tiene carnet de salud vigente				

Realiza control médico										Preventivo	Rutina
Cardiólogo	Si	No	Geriatra	Si	No	Medicina Genl.	Si	No	Otros		



ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO

Exámenes	Control P/A (1)	ECG (2)	ECOCAR (3)	HOLTER (4)	Orina (5)	ECO. Ap. Urinario (6)	Dopler de vasos de cuello (7)	Sangre (8)	R. TX. (9)	Alterado (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

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			



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		
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		
Antecedentes Familiares								
Padre	Si	No	Madre	Si	No	Tíos	Si	No
Tiene sangre tipo A			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 contienen nitratos y nitritos (acelga, lechuga, sin 3 veces lavados)		
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 C.P.	
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 (kg)	Talla ²	IMC>25

EXÁMENES PREVENTIVOS A PARTIR DE LOS 40 AÑOS

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

PRESENCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS

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

IV) FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER DE MAMA

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

	Si	No
Menarca precoz		
Antecedentes familiares de cáncer de mama		
Nulípara		

CONTROL DEL TABAQUISMO

NORMAS

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General,

DECRETAN:



CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1º. (Principio general).- Todas las personas tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, al mejoramiento en todos los aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente, así como a la prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades, de conformidad con lo dispuesto en diversos convenios, pactos, declaraciones, protocolos, y convenciones internacionales ratificados por ley.

Artículo 2º. (Objeto).- La presente ley es de orden público y su objeto es proteger a los habitantes del país de las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco.

A tal efecto, se disponen las medidas tendientes al control del tabaco, a fin de reducir de manera continua y sustancial la prevalencia de su consumo y la exposición al humo del mismo, de acuerdo a lo dispuesto por el [Convenio Marco](#) de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco, ratificado por la [Ley N° 17.793](#), de 16 de julio de 2004.

CAPÍTULO II

MEDIDAS RELACIONADAS CON LA

REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE TABACO

Artículo 3º. (Protección de espacios).- Prohíbese fumar o mantener encendidos productos de tabaco en:

- A) Espacios cerrados que sean un lugar de uso público.
- B) Espacios cerrados que sean un lugar de trabajo.
- C) Espacios cerrados o abiertos, públicos o privados, que correspondan a dependencias de:

- i. Establecimientos sanitarios e instituciones del área de la salud de cualquier tipo o naturaleza.

- ii. Centros de enseñanza e instituciones en las que se realice práctica docente en cualquiera de sus formas.

Artículo 4º. (Sujetos obligados).- El propietario o quien tenga la explotación o titularidad u obtenga algún provecho del uso de los espacios comprendidos en el artículo 3º de la presente ley, según su naturaleza jurídica y en lo que corresponda, deberá adoptar todas las medidas necesarias para su efectivo cumplimiento.

A tales efectos, los establecimientos comprendidos en el precitado artículo estarán obligados a la colocación de avisos alusivos, comprensibles, en idioma español, que podrán o no contener imágenes y que contengan la leyenda "Prohibido fumar, ambiente 100% libre de humo de tabaco". Asimismo estará prohibida en dichos establecimientos la existencia en su interior de ceniceros o elementos de uso similar.

Artículo 5º. (Contenido y emisiones).- Autorízase al Ministerio de Salud Pública la adopción de las directrices que, sobre el análisis y la medición del contenido y las emisiones de productos de tabaco y la reglamentación de esos contenidos y emisiones, se recomiende por la Conferencia de las Partes, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 9 del [Convenio Marco](#) precitado.

Artículo 6º. (Información).- Los fabricantes e importadores de productos de tabaco deberán dar cuenta al Ministerio de Salud Pública, en las condiciones que establezca la reglamentación, de toda información que se juzgue necesaria relativa al contenido y a las emisiones de los productos de tabaco.

Los fabricantes e importadores de productos de tabaco que se expendan en el país, quedan obligados a divulgar cada tres meses, en los principales medios de comunicación, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación, la información relativa a los componentes tóxicos de los productos de tabaco y de las emisiones que éstos pueden producir.

La reglamentación dictada por el Poder Ejecutivo, en base a las directrices que al respecto recomiende la Conferencia de las Partes (artículo 9 del [Convenio Marco](#) de la Organización Mundial de la Salud - OMS), establecerá las normas sobre difusión de la información referida a los aditivos y sustancias incorporadas al tabaco, así como respecto a sus efectos en la salud de los consumidores. Asimismo, podrá prohibir el uso de los aditivos o sustancias que aumenten el daño o riesgo del consumidor de dichos productos.

Artículo 7º. (Publicidad, promoción y patrocinio).- Prohíbese toda forma de publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco por los diversos medios de comunicación: radio, televisión, diarios, vía pública u otros medios impresos.

Se exceptúa de lo dispuesto en el inciso anterior a los locales donde se expendan estos productos. El decreto reglamentario establecerá las condiciones de los espacios disponibles a esos efectos como, asimismo, de la información del Ministerio de Salud Pública que advierta sobre el perjuicio causado por el consumo y por el humo de los productos de tabaco.

La prohibición dispuesta en el inciso primero comprende el patrocinio de actividades nacionales o internacionales, culturales, deportivas o de cualquier otra índole, o de participantes de las mismas, por parte de la industria tabacalera.

Artículo 8º. (Empaquetado y etiquetado).- Queda prohibido que en los paquetes y etiquetas de los productos de tabaco se promocionen los mismos de manera falsa, equívoca o engañosa o que pueda inducir a error con respecto a sus características, efectos para la salud, riesgos o emisiones.

Asimismo, queda prohibido el empleo de términos, elementos descriptivos, marcas de fábrica o de comercio, signos figurativos o de otra clase que tengan el efecto directo o indirecto de crear la falsa impresión de que un determinado producto de tabaco es menos nocivo que otros.

Artículo 9º. (Advertencias sanitarias).- En todos los paquetes y envases de productos de tabaco y en todo empaquetado y etiquetado externo de los mismos, deberán figurar advertencias sanitarias e imágenes o pictogramas, que describan los efectos nocivos del consumo de tabaco u otros mensajes apropiados. Tales advertencias y mensajes deberán ser aprobados por el Ministerio de Salud Pública, serán claros, visibles, legibles y ocuparán por lo menos el 50% (cincuenta por ciento) de las superficies totales principales expuestas. Estas advertencias deberán modificarse periódicamente de acuerdo a lo establecido por la reglamentación.

Todos los paquetes y envases de productos de tabaco y todo empaquetado y etiquetado externos de los mismos, además de las advertencias especificadas en el inciso anterior, contendrán información de la totalidad de los componentes de los productos de tabaco y de sus emisiones, de conformidad con lo dispuesto por el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 10. (Promoción).- El Poder Ejecutivo deberá diseñar, ejecutar y evaluar los diversos programas, proyectos y campañas contra el consumo de tabaco.

Los servicios de salud públicos y privados incorporarán el diagnóstico y el tratamiento de la dependencia del tabaco en sus programas, planes y estrategias nacionales de atención primaria de la salud, promoviendo los tratamientos de rehabilitación y dependencia. Asimismo, deberán publicar adecuadamente los servicios básicos disponibles para el tratamiento a la dependencia del tabaco, incluyendo los productos farmacéuticos, sean éstos medicamentos, productos usados para administrar medicamentos y medios diagnósticos cuando así proceda.

CAPÍTULO III

MEDIDAS RELACIONADAS CON LA REDUCCIÓN DE LA OFERTA DE TABACO

Artículo 11. (Prohibiciones).- Queda prohibido:

- A) La venta de productos de tabaco a menores y por menores de dieciocho años de edad. Tal prohibición deberá constar en un aviso destacado y claro, tanto en el interior como en el exterior del local. Cuando se tengan dudas respecto a la edad del comprador de estos productos, se deberá solicitar la acreditación correspondiente a través del documento de identidad.

- B) La comercialización de productos de tabaco a través de máquinas expendedoras.

- C) La venta de cigarrillos sueltos o en paquetes de cigarrillos que contengan menos de 10 (diez) unidades.

- D) La distribución gratuita de productos de tabaco.

Artículo 12. (Implementación).- El Poder Ejecutivo dispondrá los recursos humanos y materiales necesarios para propender a la eliminación de todas las formas de comercio ilícito de productos de tabaco.

En tal sentido, dispondrá las medidas apropiadas para garantizar que todos los cigarrillos y productos de tabaco falsificados o de contrabando y todo equipo de fabricación de éstos que se haya decomisado, se destruyan aplicando, cuando sea factible, métodos inocuos para el medio ambiente.

Asimismo, adoptará y aplicará las medidas que sean necesarias para vigilar, documentar y controlar el almacenamiento y la distribución de productos de tabaco que se encuentren o se desplacen dentro del territorio nacional, en régimen de suspensión de impuestos o derechos aduaneros.

CAPÍTULO IV

COOPERACIÓN TÉCNICA Y CIENTÍFICA

Y COMUNICACIÓN DE INFORMACIÓN

Artículo 13. (Cooperación).- Cométese al Ministerio de Salud Pública el cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 20, 21 y 22 del [Convenio Marco](#) de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco, ratificado por la [Ley N° 17.793](#), de 16 de julio de 2004.

CAPÍTULO V

FISCALIZACIÓN, INFRACCIONES Y SANCIONES

Artículo 14. (Fiscalización).- El Ministerio de Salud Pública en el ejercicio de las atribuciones conferidas por su [Ley Orgánica N° 9.202](#), de 12 de enero de 1934, controlará, a través de los diferentes cuerpos inspectivos que se designen al efecto, el cumplimiento de esta ley y estará facultado para la aplicación de sanciones cuando constate violaciones a la misma.

Serán sus cometidos:

- A) Elaborar un informe anual sobre la situación, aplicación, resultados y cumplimiento de esta ley.

- B) Llevar un "Registro de Infractores", cuyo cometido será registrar, procesar y documentar los datos identificatorios de los infractores y de las sanciones aplicadas.

Artículo 15. (Infracciones).- A los efectos de esta ley, constituyen infracciones toda acción u omisión en su cumplimiento. Asimismo, quienes permitan, fomenten o toleren alguna de estas conductas, sean particulares o autoridades públicas, se considerarán infractores en lo que correspondiere.

El Poder Ejecutivo dictará las reglas de procedimiento para el adecuado cumplimiento de este capítulo.

Artículo 16. (Sanciones).- Las infracciones según su gravedad serán objeto de las siguientes sanciones:

- A) Apercibimiento.

- B) Multa, que se regulará entre las 10.000 a 100.000 UI (diez mil a cien mil unidades indexadas).

- C) Clausura temporal.

Artículo 17. (Faltas graves).- Constituyen faltas graves el incumplimiento, de cualquier modo, de las obligaciones dispuestas en los artículos 7º, 8º, 9º, 11 y 12 de la presente ley.

Artículo 18. (Sujeto pasible).- De las infracciones previstas en esta ley es responsable su autor, en lo que correspondiere.

Artículo 19. (Agravantes).- Constituyen circunstancias agravantes:

- A) La acumulación de más de dos infracciones.

- B) La venta o entrega a personas o por personas menores de dieciocho años de productos de tabaco o productos que lo imiten e induzcan a consumir los mismos.

- C) Fumar en lugares de concurrencia habitual de niños, gestantes o personas con patologías de alto riesgo a la exposición del humo de tabaco.

Artículo 20. (Sanciones a las faltas graves).- Facúltase al Ministerio de Salud Pública a promover, ante los órganos jurisdiccionales competentes, la clausura, por hasta un lapso de cinco días corridos, de los espacios referidos en el artículo 3º de la presente ley, en los cuales se comprobare que se permite, fomenta o tolera de manera pertinaz, la violación de los deberes y obligaciones establecidos por los artículos 4º, 7º, 8º, 9º, 11 y 12 de la presente ley, de conformidad con lo dispuesto en los literales siguientes:

A) La clausura deberá decretarse dentro de los diez días hábiles siguientes a aquél en que la hubiere solicitado el Ministerio de Salud Pública, quedando éste habilitado a disponer por sí la clausura si el Juez no se pronunciare dentro de dicho término.

En este último caso, si el Juez denegare posteriormente la clausura, ésta deberá levantarse de inmediato por el Ministerio de Salud Pública.

B) Los recursos que se interpongan contra la resolución judicial que hiciera lugar a la clausura, no tendrán efecto suspensivo.

C) Para hacer cumplir su resolución, el Ministerio de Salud Pública podrá requerir el auxilio de la fuerza pública.

-D) En caso de reincidencia, el Ministerio de Salud Pública podrá solicitar clausuras de hasta treinta días corridos, no pudiendo disponerlas en ausencia de fallo judicial, sino hasta por el máximo de diez días corridos.

Artículo 21. (Otras medidas).- Podrán adoptarse además de las sanciones dispuestas en los artículos precedentes las siguientes medidas:

A) El precinto, el depósito o la incautación de los productos de tabaco.

B) Advertir al público de la existencia de las conductas infractoras.

Artículo 22. (Destino de las multas).- La recaudación por concepto de multas será administrada por el Ministerio de Salud Pública y se destinará a lo siguiente:

- A) 50% (cincuenta por ciento) al programa prioritario "Control de Tabaco" del Ministerio de Salud Pública.

- B) 30% (treinta por ciento) a las Intendencias Municipales, que se asignará según los cometidos establecidos en el artículo 6° de la [Ley N° 9.202](#), de 12 de enero de 1934 y en el numeral 24 del artículo 35 y en el artículo 36 de la [Ley N° 9.515](#), de 28 de octubre de 1935, así como a programas específicos que los Gobiernos Departamentales instrumenten en cumplimiento de los preceptos fundamentales de la presente ley.

- C) 10% (diez por ciento) a las asociaciones de enfermos portadores de patologías directamente vinculadas al tabaquismo.

- D) 10% (diez por ciento) a asociaciones, instituciones u organismos que por su naturaleza nucleen a personas que trabajen con el exclusivo fin de coadyuvar en el cumplimiento de los preceptos fundamentales de la presente ley.

La reglamentación establecerá las condiciones exigibles a las entidades mencionadas en los literales C) y D).

CAPÍTULO VI

DISPOSICIONES FINALES

Artículo 23. (Interpretación).- En la interpretación de las disposiciones de esta ley, con la finalidad de proteger por igual a todos los grupos de población de la exposición al humo de tabaco, prevalecerá el derecho a la protección de la salud colectiva.

Artículo 24. (Reglamentación).- El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley en un plazo de noventa días contados desde la fecha de su promulgación.

Artículo 25. (Derogaciones).- Deróganse las siguientes disposiciones legales: [decreto-ley N° 15.361](#), de 24 de diciembre de 1982, [decreto-ley N° 15.656](#), de 25 de octubre de 1984, y [Ley N° 17.714](#), de 28 de noviembre de 2003.

Sala de Sesiones de la Cámara de Representantes, en Montevideo, a 29 de febrero de 2008.

ENRIQUE PINTADO,

Presidente.

Marti Dalgarrondo Añón,

Secretario.

Montevideo, 6 de marzo de 2008.

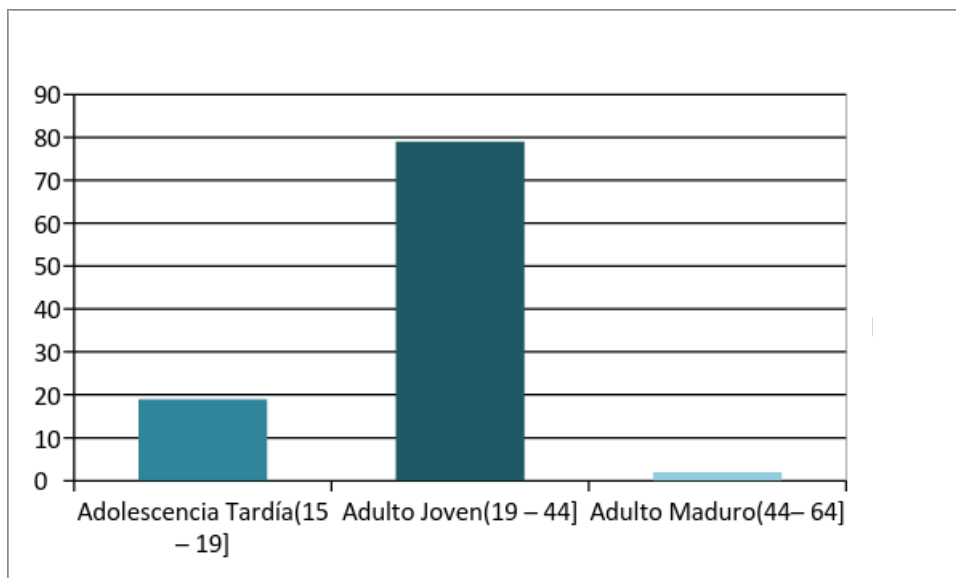
Anexo N 5: Tablas y Graficas

Tabla N°2- Distribución de la población según Edad

Edad	FA	FR%
Adolescencia Tardía(15 – 19]	24	19
Adulto Joven(19 – 44]	99	79
Adulto Maduro(44– 64]	2	2
Adulto Mayor(64-...)	0	0
S/D	0	0
N=	125	100

Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Gráfica N°2- Distribución de la población según Edad



Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

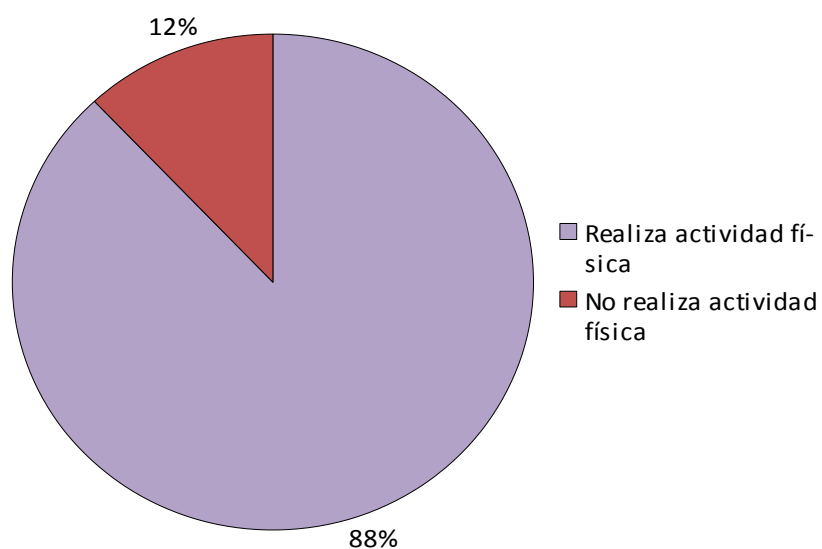
Tabla N°3- Distribución de la población masculina según Edad

Edad	FA	FR%
------	----	-----

Adolescencia Tardía(15 – 19]	5	15
Adulto Joven(19 – 44]	29	85
Adulto Maduro(44– 64]	0	0
Adulto Mayor(64-...)	0	0
S/D	0	0
N=	34	100

Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Gráfica N°3 - Distribución de la población masculina según Edad



Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

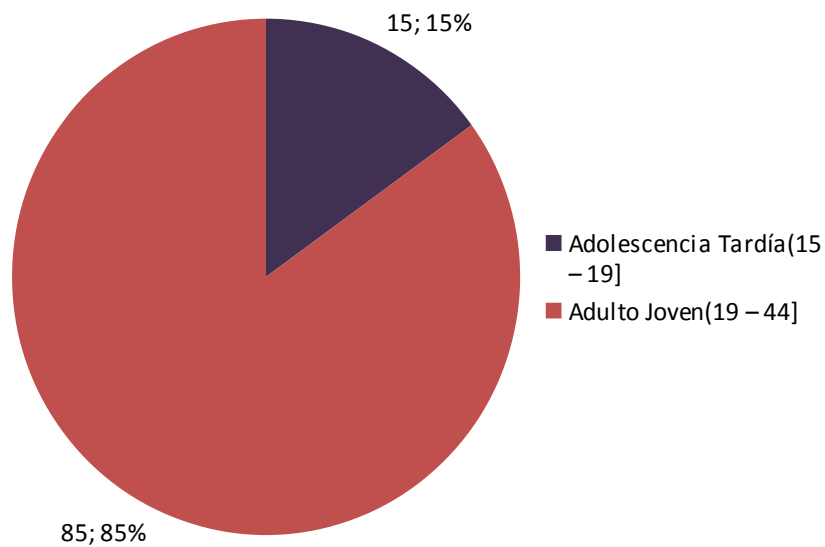
Tabla N°4- Distribución de la población femenina según Edad

Edad	FA	FR%
Adolescencia Tardía(15 – 19]	19	21
Adulto Joven(19 – 44]	70	77
Adulto Maduro(44– 64]	2	2

Adulto Mayor(64-...)	0	0
S/D	0	0
N=	91	100

Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Gráfica N°4- Distribución de la población femenina según Edad



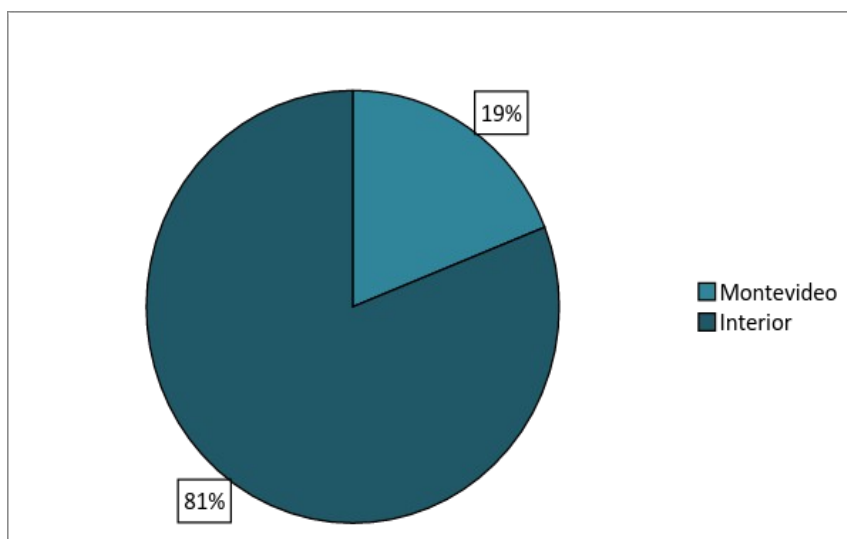
Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Tabla N°5- Distribución de la población según Procedencia

Procedencia	FA	FR%
Montevideo	24	19
Interior	101	81
N=	125	100

Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Gráfica N°5- Distribución de la población según Procedencia



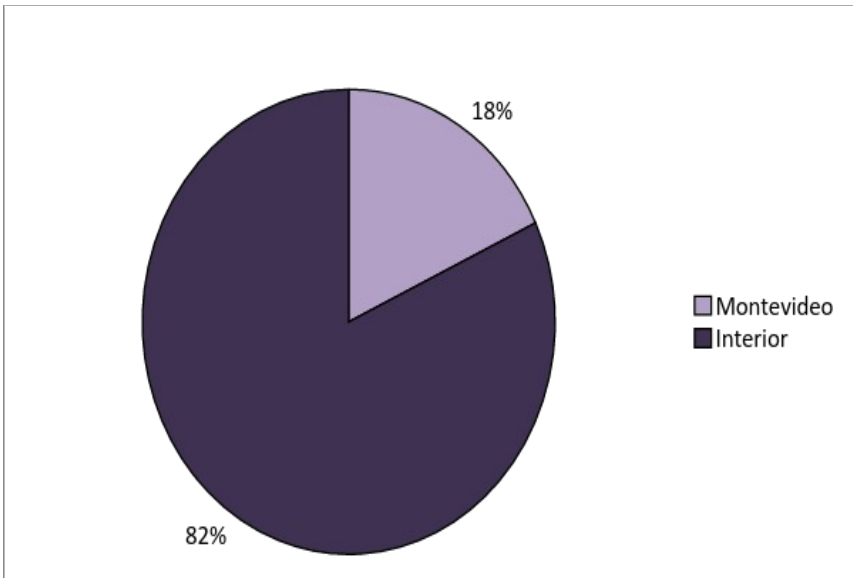
Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Tabla N°6- Distribución de la población masculina según Procedencia

Procedencia	FA	FR%
Montevideo	6	18
Interior	28	82
N=	34	100

Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Gráfica N°6 - Distribución de la población masculina según Procedencia



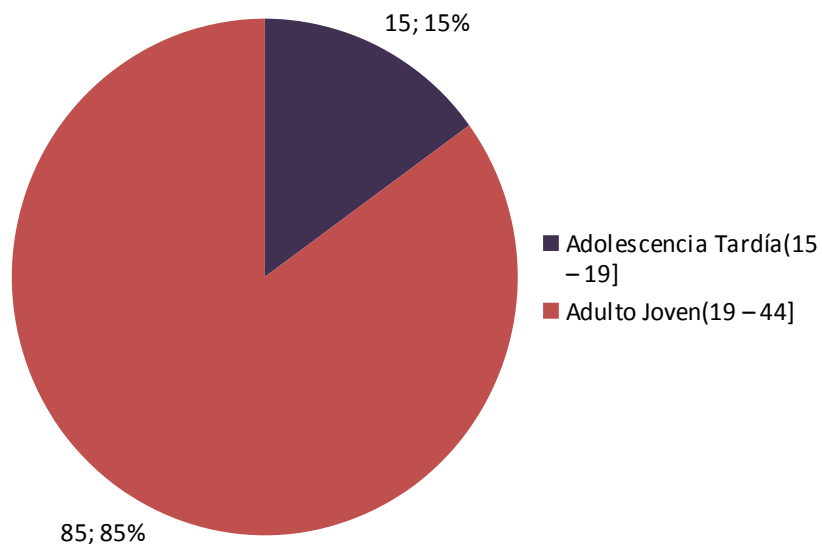
Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Tabla N°7- Distribución de la población femenina según Procedencia

Procedencia	FA	FR%
Montevideo	18	20
Interior	73	80
N=	91	100

Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Gráfica N°7 - Distribución de la población femenina según Procedencia



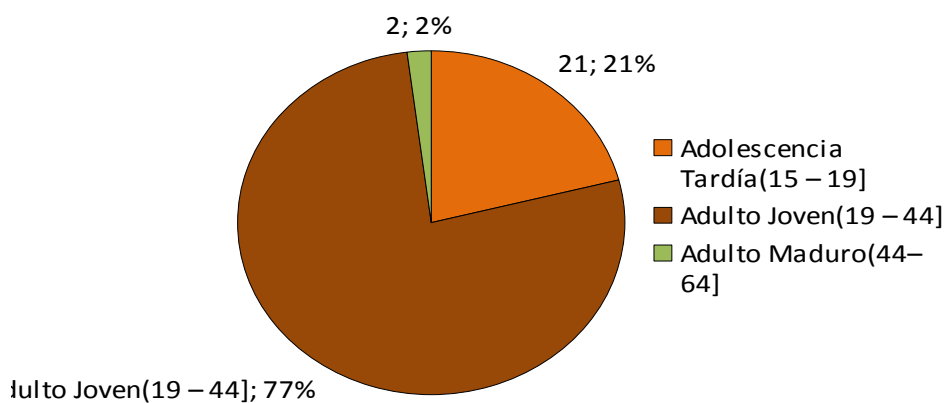
Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Tabla N°8- Distribución de la población según Antecedentes Personales

Antecedentes personales	FA	FR%
Hipertensión	4	3
Diabetes	3	2
Obesidad o sobrepeso	13	10
Ninguna	107	84
N=	127	100

Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Gráfica N°8 Distribución de la población según Antecedentes Personales



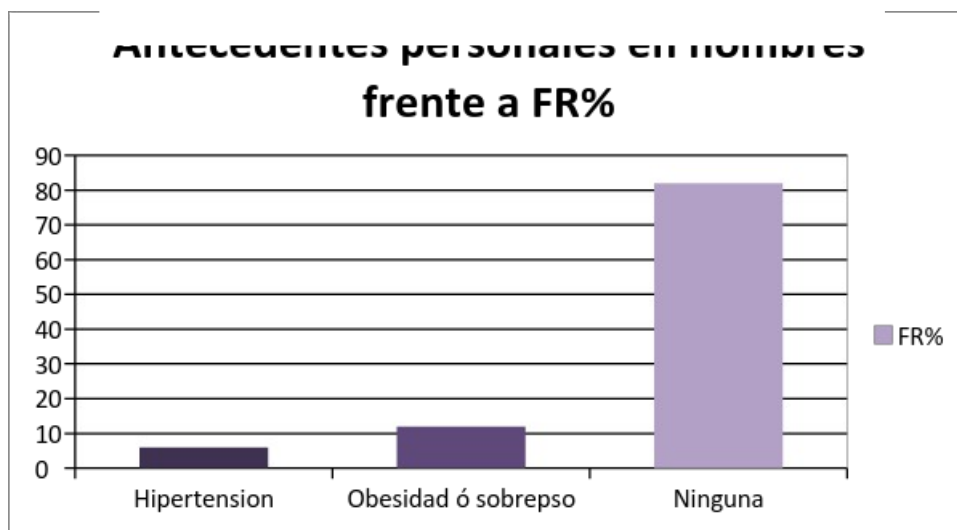
Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Tabla N°9- Distribución de la población masculina según Antecedentes personales

Antecedentes personales	FA	FR%
Hipertensión	2	6
Diabetes	0	0
Obesidad o sobrepeso	4	12
Ninguna	28	82
N=	34	100

Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Gráfica N°9 - Distribución de la población masculina según Antecedentes personales



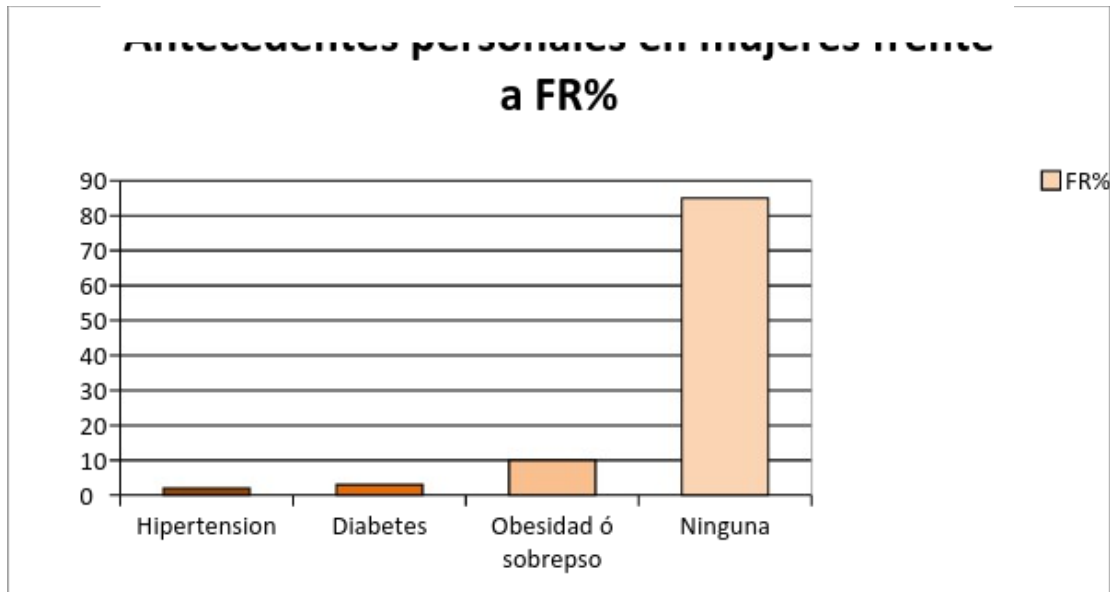
Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Tabla N°10- Distribución de la población femenina según Antecedentes personales

Antecedentes personales	FA	FR%
Hipertensión	2	2
Diabetes	3	3
Obesidad o sobrepeso	9	10
Ninguna	79	85
N=	93	100

Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.

Gráfica N°10- Distribución de la población femenina según Antecedentes personales



Fuente: Instrumento ETSA, del Dpto. ADAN de FENF. Montevideo 16 de noviembre de 2016 en Comedor de Bienestar Universitario.