



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CÁTEDRA ADULTO Y ANCIANO



DEMANDA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LOS ADULTOS MAYORES PORTADORES DE MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO

Autoras:

María Pía Arias García
Natalia Pauline Pérez González
María José Rivarola Varela
Magela Rossi Villar
Paula Andrea Silva Amaro

Tutores:

Prof. Adj. Virginia Aquino
Prof. Adj. Mariela Balbuena

Montevideo, 2015

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



Índice

Glosario_____	Pág. 1
Agradecimientos_____	Pág. 2
Resumen_____	Pág. 3-4
Introducción_____	Pág. 5-6
Pregunta problema_____	Pág. 7
Objetivo de la investigación_____	Pág. 8
• General y específico	
Justificación_____	Pág. 9-11
Marco Teórico_____	Pág. 12-19
Metodología de la investigación_____	Pág. 20-21
• Tipo muestra	
• Universo de estudio	
• Muestra	
• Criterios de inclusión	
• Criterio de exclusión	
• Procedimiento para la recolección de información	
Operacionalización de Variables_____	Pág. 22-23
Resultados_____	Pág. 24-30
Discusión_____	Pág. 31-34
Limitaciones del estudio_____	Pág. 35
Conclusión_____	Pág. 36-37
Bibliografía_____	Pág. 38-40
Anexos_____	Pág. 41-53

Glosario

AM: Adulto mayor

BPS: Banco previsión social

DM: Diabetes Mellitus

ECV: Enfermedades cardiovasculares

ENHA: Encuesta Nacional de Hogares Ampliada

ENT: Enfermedades no transmisibles

ETSA: Estudio transversal epidemiológico de salud del Adulto

JNC: Joint National Committee on the Prevention

NANDA: Nor American Nursing Diagnosis Association

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PA: Presión arterial

PAE: Proceso de Atención de Enfermería

PTGO: Prueba tolerancia oral a la glucosa

SABE: Salud, Bienestar y Envejecimiento.



Agradecimiento

En primer lugar se quiere agradecer a la Facultad de Enfermería, quienes como Institución han proporcionado los conocimientos metodológicos necesarios para lograr el desarrollo del presente trabajo.

A la Cátedra de Salud del Adulto y Anciano, por brindar la base de datos epidemiológica y a la vez, dar la oportunidad de realizar la investigación en dicha cátedra.

Agradecer a la Prof. Mg. Lic. En Enf. Miriam Costabel, por su constante dedicación académica hacia los estudiantes y a nuestras tutoras Virginia Aquino y Mariela Balbuena, por el compromiso y dedicación que demostraron para con el grupo, guiándonos durante esta última etapa.

Por último, agradecer a nuestras familias, quienes durante este crecimiento como profesional, fueron el principal sustento para el logro de nuestro objetivo, convertirnos en Licenciadas en Enfermería, proporcionando su apoyo incondicional durante todos los momentos de la carrera.

Resumen

El presente trabajo de investigación fue realizado por cinco estudiantes de la Licenciatura en Enfermería, Plan 93, Facultad de Enfermería UdelaR, tutoriado por las profesoras adjuntas Virginia Aquino y Mariela Balbuena. El mismo se llevó a cabo en la República Oriental del Uruguay, en el departamento de Montevideo.

A modo de hallar una respuesta a la interrogante planteada, ¿Cuál es la demanda de cuidados de enfermería en Adultos Mayores hipertensos, portadores de múltiples factores de riesgos cardiovasculares modificables, en la ciudad de Montevideo en el período comprendido entre los años 2010-2013. El objetivo planteado es determinar la demanda de cuidados de enfermería en dicha población Adulta Mayor. El estudio que se realizó es de carácter descriptivo, cuantitativo de corte transversal.

El universo correspondió a 578 adultos mayores y la muestra fue constituida por 389 adultos mayores hipertensos portadores de múltiples factores de riesgo cardiovasculares, la selección de la misma fue no probabilística.

Como herramienta se utilizó el instrumento ETSA (ver anexo 1, Estudio Transversal Epidemiológico de Salud del Adulto), la cual fue validada y proporcionada por la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, Cátedra Salud del Adulto y Anciano en su proceso de educación.

A través de métodos estadísticos y de un plan de análisis univariado, se destacan los principales resultados; la edad media del total de la población es de 78 años, predomina el sexo femenino en un 76%. Se identificaron diversos factores de riesgo cardiovasculares destacándose principalmente la hipertensión arterial con un 32%. Del total de hipertensos se detectan los múltiples factores asociados que esta población presenta, de esto se destaca que el 27% presenta obesidad, el 25 % presenta Diabetes Mellitus, el 25% presenta hipercolesterolemia y un 23% es sedentaria.



El conocimiento de estos factores de riesgo permite planificar, distintas actividades como ser; la realización de consulta de enfermería desde el contexto de APS y posterior seguimiento, mediante la visita domiciliaria. Dichas actividades estarán dirigidas a la promoción de conductas generadoras de salud, que estimulen cambios positivos en el estilo de vida y fomenten la adhesión al tratamiento, haciendo énfasis en los pilares del tratamiento de la hipertensión: dieta, actividad física, controles médicos y tratamiento farmacológico.

Palabras Claves:

Anciano, anciano de 80 o más años, factores de riesgo, enfermedades cardiovasculares.

Introducción

El presente trabajo de investigación fue elaborado por cinco estudiantes de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, Plan de estudio 1993, el mismo tutoriado por las Profesoras Adjuntas Virginia Aquino y Mariela Balbuena.

La elaboración del mismo es un requisito fundamental para obtener el título de Licenciadas en Enfermería.

La investigación está orientada a determinar la demanda de cuidados de enfermería en la población de estudio, portadores de múltiples factores de riesgo cardiovasculares. Dentro de los factores de riesgo relacionados se consideran importantes las enfermedades no transmisibles como la hipertensión y diabetes. La muestra surge de la base de datos ETSA, proporcionada por la Cátedra de Salud de l Adulto y Anciano, la cual incluye a los adultos mayores que residen en los complejos Habitacionales del BPS y aquellos que concurren a las jornadas cardiovasculares entre los años 2010 y 2013.

Según la OMS, las enfermedades no transmisibles (ENT) constituyen la principal causa de muerte a nivel mundial. De los 57 millones de muertes que tuvieron lugar en el mundo en 2008, el 80% se debieron a enfermedades cardiovasculares.

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), son la principal causa de morbimortalidad en Uruguay, siendo responsables de más del 60% de las defunciones. De estas, las enfermedades cardiovasculares representan el 34% de las causas de defunción, y de ellas la más frecuente es la HTA. La ENHA (Encuesta Nacional de Hogar Ampliada, 2006) a su vez revela que el 36% de los adultos mayores presentan hipertensión arterial, un 9% presenta diabetes y un 12% es fumador. En lo que respecta a la obesidad y la actividad física, los datos disponibles provienen de la Encuesta SABE (Salud, Bienestar y envejecimiento); Los resultados indican que un 35% de los adultos mayores presentan obesidad existiendo un mayor porcentaje en las mujeres y que el 44% de los mismos no realizan algún tipo de ejercicio físico.



El conocimiento de estos factores de riesgo permite planificar distintas estrategias dirigidas a la promoción de conductas generadoras de salud, que estimulen cambios positivos en el estilo de vida y fomenten la adhesión al tratamiento, haciendo énfasis en una de las funciones del profesional de enfermería como lo es la docencia, fundada en el conocimiento científico y metodológico. Para ello se identifican cuidados los cuales tendrán como finalidad, brindar al usuario desde el contexto de la Atención Primaria de Salud, una asistencia integral mediante la consulta de enfermería, incentivar la creación de un grupo de autoayuda en el que se fomente en el usuario la adopción de conductas saludables y se fortalezca el conocimiento e importancia de incorporar hábitos saludables y proporcionar un seguimiento del usuario hipertenso a través de la visita domiciliaria.

Se pretende con esto asegurar en el anciano un envejecimiento activo, participativo y saludable. Brindándole un cuidado integral, interdisciplinario, basado en conocimientos científicos y humanísticos.



Pregunta problema

¿Cuál es la demanda de cuidados de enfermería en Adultos Mayores hipertensos, portadores de múltiples factores de riesgos cardiovasculares modificables, en la ciudad de Montevideo en el periodo comprendido entre los años 2010-2013?

Objetivos de la investigación

Objetivo general

Determinar la demanda de cuidados de enfermería en la población Adulta Mayor hipertensa portadora de múltiples factores de riesgo cardiovasculares asociados, en el periodo comprendido entre los años 2010-2013.

Objetivos específicos

1. Caracterizar a la población Adulta Mayor a partir de la muestra obtenida de la base de datos ETSA.
2. Detectar la población hipertensa y la asociación de factores de riesgo cardiovasculares que esta presenta.
3. Identificar la demanda de cuidados en dicha población.

Justificación

El envejecimiento es un proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente. Podría también definirse como todas las alteraciones que se producen en un organismo con el paso del tiempo y que conducen a pérdidas funcionales y a la muerte.¹

Es de esta manera que a medida que el ser humano envejece, aumenta su vulnerabilidad y por tanto, las probabilidades de padecer distintas patologías que afecten su calidad de vida.

Las personas de 65 años y más representan un importante segmento de la población total del Uruguay. La misma asciende según el último censo realizado por el INE en el año 2011 a 463.370 personas en un total de 3.286.314, y representa el 14% de la población total. Dentro de la población de personas adultas mayores, el 53% tiene entre 65 y 74 años y un 27% de estas tiene 80 años o más. Cabe destacar que las personas de este último tramo etario representan 4% del total de la población.¹⁸

Actualmente Uruguay se ubica en el segundo lugar de América Latina— luego de Cuba— en relación con las tasas de crecimiento bajo y la estructura envejecida de la población.²

A esto se le agrega que la principal causa de defunciones a nivel nacional está relacionada con la presencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles en un 60%, siendo lo más prevalente las Enfermedades Cardiovasculares, las cuales tienden a desarrollarse en la edad adulta y en su mayoría pueden prevenirse mediante la reducción de sus factores de riesgo más importantes: hipertensión, tabaquismo, sedentarismo, obesidad, hipercolesterolemia y estrés.



Los estilos de vida no saludables tienen alta prevalencia y entre los adultos mayores, el 83% refiere sedentarismo y más del 50% padece diversos grados de sobrepeso y obesidad.³

A su vez, la prevalencia de hipertensión arterial es del 58% situándose como la primera causa de mortalidad en la población mencionada.²

De la muestra analizada, obtenida de la base de datos ETSA, proporcionada por la cátedra de salud del Adulto y Anciano, y a través de métodos estadísticos es que se obtuvo como principal factor de riesgo la hipertensión arterial con el 36%.

De la revisión de los datos epidemiológicos mencionados se fundamenta la necesidad de realizar planes de cuidados de enfermería para contribuir a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores hipertensos.

Teniendo en cuenta que el principal factor de riesgo es la Hipertensión arterial y para la realización del plan de cuidado, es que se hace hincapié en el cumplimiento de los pilares del tratamiento del usuario hipertenso los cuales son; dieta hiposódica, mediación, control médico y ejercicio físico.

Para el mismo se plantean distintas actividades, una de ellas es la consulta de enfermería desde el marco de la APS, herramienta fundamental para el conocimiento del estado de salud. Las funciones propias del personal de enfermería en la APS están dirigidas a la consecución de la promoción de la salud, la prevención, la recuperación y la rehabilitación de las enfermedades, de forma tal que sitúe los servicios al alcance del individuo, la familia y la comunidad, para satisfacer así las demandas de salud a lo largo del ciclo vital.

Otra de las estrategias planteadas es la creación de un grupo de autoayuda para contribuir con el autocuidado y el empoderamiento de su salud. Como tercera actividad se planificó la visita domiciliaria, otro de los instrumentos que posee



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO**



enfermería para el conocimiento del hogar, entorno familiar y personal, con el fin de aportar cuidados con conocimientos fundados científicamente así como el fortalecimiento de las redes de apoyo.

Marco teórico

En dicho marco seleccionamos los conceptos que apoyan nuestra investigación. Por tratarse de un estudio que se centra en los Adultos Mayores con enfermedades no transmisibles, se define en primer lugar **ADULTO MAYOR**, el cual según la OMS, es toda persona mayor de 65 años. Es un actor social, al igual que las personas de otros grupos etarios, con capacidades para aportar y con necesidades propias.³

La **VEJEZ** se presenta como un fenómeno social que avanza en forma silenciosa, constante e irreversible, invadiendo todos los campos de la estructura global de la sociedad.³

En el 2004 en Uruguay fue promulgada la ley 17.796 de “promoción integral del Adulto Mayor”, la misma contempla principalmente a los derechos del adulto mayor. Mediante la creación de dicha ley es que el Ministerio de Salud Pública (MSP) implementa el **PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR**, el cual tiene como propósito “Favorecer un Envejecimiento Activo Saludable, que se traduzca en una vida digna, plena y participativa, colaborando en el mantenimiento del adulto mayor en la comunidad durante el mayor tiempo posible y en adecuadas condiciones de salud”, y cuyo objetivo principal es “Promover y asegurar la calidad de vida de las personas adultas mayores, mediante la satisfacción integral de sus necesidades, su participación activa y la promoción de sus derechos, a través de respuestas articuladas del Estado y la comunidad, favoreciendo su inserción como ciudadanos desde la perspectiva socio cultural, y en sus derechos a la salud”.³

Es con la implementación del Programa Nacional del Adulto Mayor (PRONAM) que se pretende asegurar un envejecimiento activo, participativo y saludable, entendiéndose como envejecimiento, al proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente.

La **ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS)**, es según la Declaración de Alma-Ata “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundado y socialmente aceptable, puesta al alcance de todos los

individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal como del desarrollo social y económico global de la comunidad”.

Se puede decir que la APS constituye una estrategia en la que se propone resolver problemas mediante una manera determinada de reorganizar y reorientar los recursos del sector salud.

La **ENFERMERÍA** se define según el Plan de estudios 1993 de la Facultad de Enfermería como “una disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano (persona-familia, grupo poblacional). La misma está dada por la lucha continua por mantener su equilibrio con el medio; es una respuesta individual o grupal frente a alteraciones bio-psico-sociales. Enfoca la atención a través de un proceso integral, humano, continuo interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria”.⁴

La base de conocimiento de la enfermería moderna plantea sus cimientos en el **PROCESO ATENCIÓN ENFERMERO (PAE)**, el método científico aplicado a los cuidados. Además de aplicar un método de trabajo sistemático, las enfermeras necesitan delimitar su campo de actuación. El desarrollo de modelos de cuidados enfermeros permite una conceptualización o visión fundamentada de la enfermería, definir su naturaleza, misión y objetivos, centrando el pensamiento y actuación desde una determinada visión o marco conceptual.

El **CUIDADO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA** se lo define como, la esencia de la disciplina, tiene como fin el cuidado integral del paciente en condiciones de salud y enfermedad, mediante acciones de cuidado y enseñanza en el mantenimiento y conservación de la vida, con conocimientos científicos y humanísticos que permiten mantener el bienestar del ser.⁵

Dado la temática de estudio, se considera importante destacar el significado de **DEMANDA**, el cual se entiende como, la percepción de una necesidad de atención

de salud para ayudar a prevenir, tratar o rehabilitar alguna situación que haya quebrantado la salud. Esta necesidad responde a factores físicos y/o factores ligados al ciclo de vida ¹⁹

Dentro de las acciones de enfermería se encuentran la **VISITA DOMICILIARIA** (anexo 2), que es el conjunto de actividades de carácter social y sanitario, que se presta en el domicilio a las personas. Esta atención permite detectar, valorar, apoyar y controlar los problemas de salud del individuo y la familia, potenciando la autonomía y mejorando la calidad de vida de las personas (Roca y Úbeda, 1999); y la **CONSULTA DE ENFERMERÍA** (anexo 3), ⁶ “Es la instancia de encuentro directo (entrevista cara a cara) entre el profesional de enfermería y el usuario - familia, donde realiza actividades de promoción, prevención y rehabilitación en salud en forma integral con participación activa del usuario buscando el autocuidado.

Desde el punto de vista sanitario, las principales causas de muertes se asocian a las enfermedades no transmisibles prevalentes. ⁷

Un modelo es el de **VIRGINIA HENDERSON**, quien pensó en el paciente como una persona que necesita asistencia para recuperar la salud, independencia o una muerte tranquila.

El **MODELO DE VIRGINIA HENDERSON** se ubica en los Modelos de las necesidades humanas, en la categoría de enfermería humanística. Este modelo cuenta con 14 necesidades;

Respiración	Higiene Corporal
Comer y beber	Seguridad del entorno
Eliminación	Comunicación
Movimiento	Religión
Descansar y dormir	Trabajo
Vestimenta	Ocio
Temperatura corporal	Aprendizaje

El papel de la enfermera se aboca a la realización de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada. Al respecto ella dice: "La única función de la enfermera es asistir al individuo sano o enfermo, incorporando las categorías de persona, salud, rol profesional y entorno, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la preservación o recuperación de la salud, mismas actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesarias, de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible".²⁰

Las **ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (ENT)**, también conocidas como enfermedades crónicas, 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 (ECV) el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes.⁸

Actualmente en nuestro país la mortalidad por enfermedades cardiovasculares representa el 30% del total de defunciones, lo cual la señala como la principal causa de muerte. Por el momento estas patologías presentan mayor mortalidad que tumores, enfermedades respiratorias y accidentes.⁹

En la actualidad, se define un **FACTOR DE RIESGO** como un elemento o una característica mensurable que tiene una relación causal con un aumento de frecuencia de una enfermedad y constituye factor predictivo independiente y significativo del riesgo de contraer una enfermedad.¹⁰

En la actualidad los factores de riesgo para ECV han sido agrupados en modificables y no modificables.

Los **FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES** son aquellos que son susceptibles de cambiar bien sea mejorando el estilo de vida o con terapia farmacológica (Hipertensión arterial, dislipemia, tabaquismo, sedentarismo y estrés) y los **FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES** son aquellos imposibles de cambiar como la edad, el género, la herencia y diabetes.

La **HIPERTENSIÓN ARTERIAL** es el principal factor de riesgo cardiovascular. El Joint National Committee on the Prevention (JNC 7), define hipertensión como una presión arterial sistólica mayor de 140 mmHg y una presión diastólica mayor a 90 mmHg con base en el promedio de dos o más mediciones exactas de la presión arterial tomadas durante dos o más contactos con el médico.¹¹

El JNC 7 define como normal una presión arterial menor de 120/80 mmHg, 120 a 129/80 a 89 mmHg como pre hipertensión y 140/90 mmHg o más alta como hipertensión. El término etapa se utiliza para definir dos niveles de hipertensión.

Cerca del 31 % de la población de Estados Unidos tiene hipertensión y la prevalencia aumenta de modo importante conforme las personas envejecen o tienen otros factores de riesgo cardiovascular.¹¹

La hipertensión a menudo se acompaña de otros factores de riesgo de cardiopatía aterosclerótica, como dislipemia, obesidad, diabetes Mellitus, síndrome metabólico y estilo de vida sedentario. La prevalencia también es más alta en personas con otros padecimientos cardiovasculares, incluidos insuficiencia cardíaca, enfermedad de arterias coronarias o antecedentes de haber sufrido un accidente vascular cerebral.

La presión arterial alta se considera de tres formas distintas: como un signo, un factor de riesgo cardiovascular o enfermedad. Como signo distintos profesionales de salud vigilan el estado clínico del paciente, como factor de riesgo, la hipertensión contribuye a la velocidad con que se acumula la placa de ateroma dentro de las paredes arteriales; y como enfermedad es el mayor contribuyente de muerte por enfermedad cardíaca, vascular, cerebral, renal y vascular periférica.

La presión arterial es el producto del gasto cardíaco multiplicado por la resistencia periférica. El gasto cardíaco es el producto de la frecuencia cardíaca multiplicada por el volumen sistólico.

La hipertensión se debe al incremento del gasto cardíaco, aumento de la resistencia periférica (constricción de los vasos sanguíneos) o ambos. Aunque en la mayoría de los casos la hipertensión no es posible identificar una causa precisa, se sabe que la hipertensión es un padecimiento multifactorial.¹¹

Clasificación de la PA	P.A Sistólica (mmHg)	P.A Diastólica (mmHg)
Normal	<120	<80
Pre Hipertensión	120-139	80-89
Hipertensión en etapa 1	140-159	90-99
Hipertensión en etapa 2	>igual 160	>igual 100

Clásicamente se ha definido la **OBESIDAD** como el incremento del peso debido al aumento de la grasa corporal, y se produce cuando el número de calorías ingeridas es mayor que el número de calorías gastadas.

Muchos estudios han demostrado que los pacientes obesos presentan más enfermedad cardiovascular que las personas de peso normal.¹²

La **DISLIPEMIA** se la puede definir como la concentración anormales de lípidos en sangre, que incluyen elevación de las concentraciones de colesterol total, y de las lipoproteínas de baja densidad y los triglicéridos, así como disminución de la concentración del colesterol de las lipoproteínas de alta densidad.¹³

Establecer una cifra “normal” de colesterol es difícil, pero se sabe que las personas con nivel de colesterol en la sangre mayor a 240 mg/dl tienen doble riesgo de tener un infarto al miocardio que aquellas con niveles menores de 200 mg/dl.

En cuanto al **SEDENTARISMO**, hace referencia a la inactividad física y se considera uno de los mayores factores de riesgo en el desarrollo de las enfermedades cardiacas; incluso se ha establecido una relación directa entre el estilo de vida sedentario y la mortalidad cardiovascular.¹²

El **ESTRÉS** es aquel originado por un cambio en el ambiente que se percibe como un desafío, una amenaza o un daño al equilibrio dinámico de un individuo. La persona

puede sentir la incapacidad para satisfacer las demandas de una nueva situación. El cambio o el estímulo que desencadena este estado es el factor estrés: ¹⁴

El factor de estrés puede definirse como un acontecimiento interno o externo, o una situación que crea la posibilidad de cambios fisiológicos, emocionales, cognitivos o conductuales en un individuo, como lo puede ser la frustración o los problemas cotidianos que han mostrado mayor efecto sobre la salud que los acontecimientos mayores de la vida, porque tienen un efecto acumulativo con el paso del tiempo. Así, pueden ocasionar un incremento de la presión arterial.¹

El **TABAQUISMO** es una enfermedad crónica causada por la adicción al tabaco, principalmente a uno de sus componentes más activos a la nicotina. El fumar o estar expuesto al humo de tabaco, daña las paredes internas de las arterias y permite el depósito de colesterol en ellas.

Anualmente mueren casi 5 millones de personas en el mundo por ser fumadores. De mantenerse los patrones actuales de consumo, la OMS estima que para la década del 2020 esta cifra aumentará a 10 millones de personas por año en el mundo y que 70% de las mismas ocurrirá en los países en vías de desarrollo.¹⁵

Está demostrado que la incidencia de enfermedad coronaria es tres veces mayor en los fumadores que en las personas que no tienen este hábito.

En Uruguay 4500 muertes al año, son atribuibles al tabaquismo, o sea 14 personas por día, constituyendo el 14.5% de la mortalidad anual.

La **DIABETES MELLITUS** es una enfermedad metabólica caracterizada por altas concentraciones de glucosa en sangre, asociadas a un deterioro de la producción de insulina (tipo I) o de su acción (tipo II) que resulta en una incapacidad del organismo para utilizar los nutrientes. ¹⁵ Es una enfermedad crónica caracterizada por una insuficiente producción de insulina por las células beta del páncreas, lo que produce una elevación de la glucosa en sangre (hiperglucemia). Existen dos tipos de diabetes:

DIABETES MELLITUS TIPO I o insulino-dependiente, que ocurre en niños y población juvenil principalmente, caracterizada por un déficit total de producción de insulina endógena y como tratamiento requiere de insulina para su sobrevivencia. ¹⁶

DIABETES MELLITUS TIPO II o no insulino-dependiente, que ocurre en población adulta y anciana, con un déficit parcial de producción de insulina endógena y fenómenos de resistencia a su acción y que es tratada con agentes orales. ¹⁶

Desarrollado cada uno de los factores de riesgo que se relacionan con las ECV, se cree importante destacar que la presencia de uno de ellos o más puede propiciar a una disminución en la Calidad de Vida de las personas que lo padecen, afectando no solo a la salud física, sino también el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.

La OMS define a la **CALIDAD DE VIDA** “como la percepción del individuo sobre su posición en la vida, dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones”. ¹⁷

Metodología

Tipo de estudio

El estudio que se realizó es de carácter descriptivo, cuantitativo, de corte transversal.

Área de estudio

La investigación se llevó a cabo en la República Oriental del Uruguay, en el departamento de Montevideo.

Universo

El universo se encuentra conformado por 578 Adulto Mayores, que participaron de forma voluntaria en el Estudio Transversal Epidemiológico de Salud (ETSA), aplicado por la Cátedra Salud del Adulto y Anciano en su Proceso Educativo, en el período 2010 - 2013.

Muestra

La muestra se encuentra conformado por 389 Adultos Mayores hipertensos con múltiples factores de riesgos asociados, extraídos de la base de datos ETSA.

Tipo de muestra

Es de tipo no probabilístico.

Criterio de inclusión

Se incluyeron a los Adultos mayores o iguales de 65 años y que presenta uno o más factores de riesgo cardiovasculares modificables.

Procedimiento para recolección de datos

Se utilizó una base de datos ETSA proporcionada por la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, Cátedra de Adulto y Anciano.

A modo de organizar la información, se construye una tabla univariada con el fin de unificar los datos, en donde se captan las variables que se consideran viables para la investigación.

Posterior a esta etapa, se procede a analizar y graficar los datos adquiridos mediante el programa Microsoft Excel, en donde se identifica el perfil sociodemográficos de nuestra población y se detectan aquellos adultos mayores hipertensos con múltiples factores de riesgo cardiovasculares asociados.

Finalizando esto se procede a la identificación de la demanda de cuidados en dicha población, los cuales hacen referencia a la promoción y el fortalecimiento de conductas saludables en cuanto a los pilares del tratamiento de la hipertensión (dieta, medicación, ejercicio y control médico), incluyendo en esto actividades como la consulta de enfermería, visita domiciliaria y creación de un grupo de autoayuda.

Operacionalización de variables

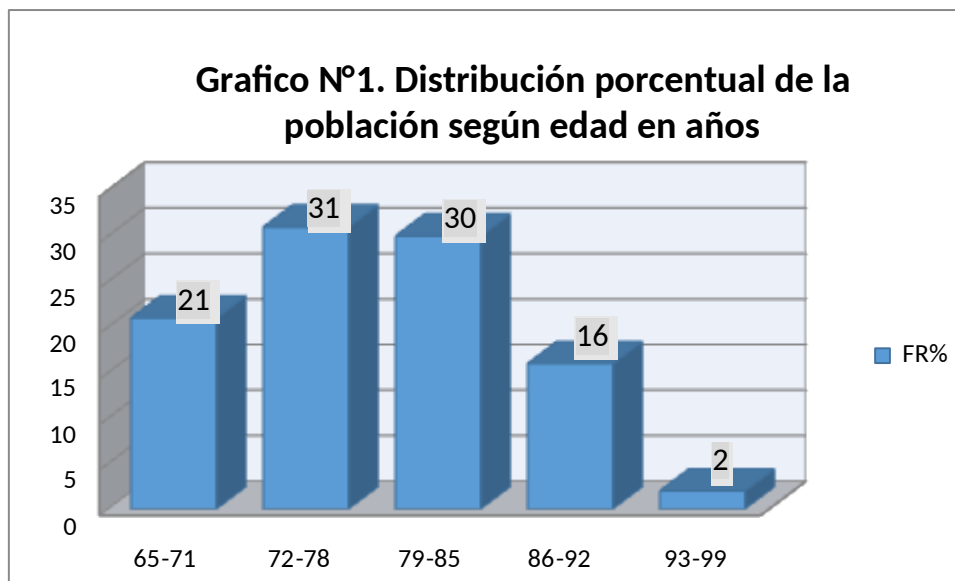
VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	VALORES O CATEGORIAS
Edad	Periodo cronológico expresado en años desde el momento del nacimiento hasta el momento actual	Cuantitativa, discreta, nominal.	65-71 72-78 79-85 86-92 93-99
Sexo	Refiere a las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer.	Cualitativa, nominal.	Masculino o Femenino
Hipertensos controlado	Realización de controles de salud correspondiente a la hipertensión arterial	Cualitativa, nominal.	Se controla, No se controla, sin dato
Hipertensos que toman su medicación	Persona hipertensa que cumple con su tratamiento medicamentoso.	Cualitativa, nominal.	Cumple con tratamiento medicamentoso, no cumple con tratamiento medicamentoso, sin dato
Hipertensos que realizan ejercicio	Persona hipertensa que realiza actividad física ya sea pasiva o activa	Cualitativa, nominal.	Realizan ejercicio, No realiza ejercicio, sin dato

Hipertensos que padecen obesidad	Hipertensos que padecen obesidad	Cualitativa, nominal.	Presenta obesidad, no presenta obesidad, sin dato
Hipertensos sedentarios	Hipertensos que son sedentarios	Cualitativa, nominal.	SI, NO, Sin dato
Hipertensos con Diabetes Mellitus	Hipertensos que padecen Diabetes Mellitus	Cualitativa, nominal.	Presenta diabetes Mellitus, no presenta diabetes Mellitus, sin dato
Hipertensos con hipercolesterolemia	Hipertensos que padecen hipercolesterolemia	Cualitativa, nominal.	Presenta Hipercolesterolemia, no presenta hipercolesterolemia, sin dato
Cifras de presión arterial en hipertensos	Valor de la presión que ejerce a sangre en las paredes de las arterias, medida con esfigmomanómetro, unidad de medición milímetros de Mercurio	Cuantitativa, nominal.	< 140/90 mmHg ≥140/90 mmHg Sin dato

Resultados

Tabla 1. Distribución de la población según edad en años.

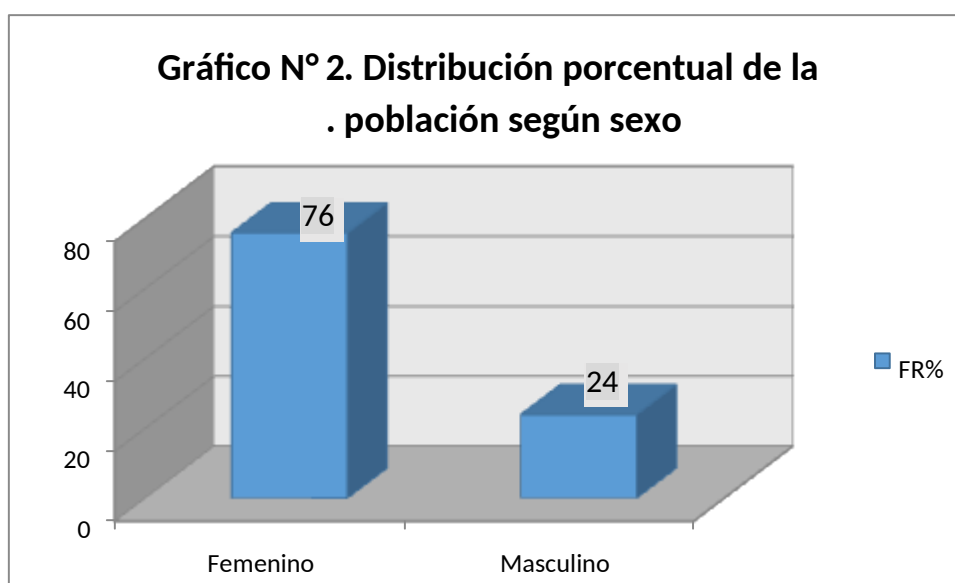
EDAD	FA	FR%
65-71	83	21
72-78	120	31
79-85	118	30
86-92	61	16
93-99	7	2
TOTAL	389	100



FUENTE: Base de Datos compendiada de ETSA, Cátedra de Salud del Adulto y Anciano, año 2010-2013

Tabla 2. Distribución de la población según sexo

SEXO	FA	FR%
Femenino	297	76
Masculino	92	24
TOTAL	389	100



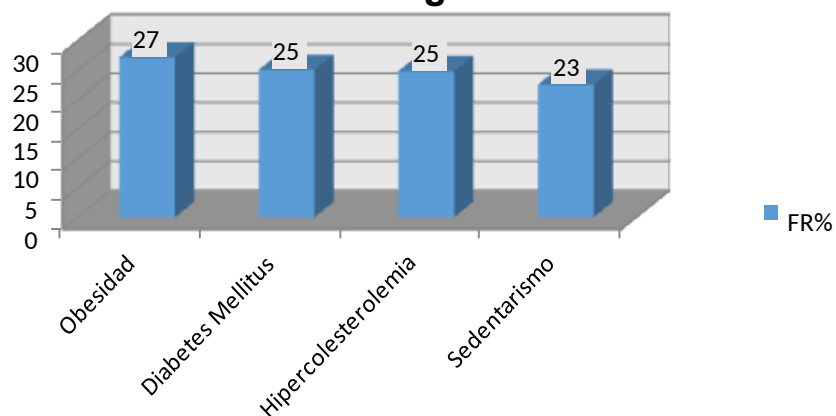
FUENTE: Base de Datos compendiada de ETSA, Cátedra de Salud del Adulto y Anciano, año 2010-2013

Tabla N°3: Distribución de la población hipertensa según factores de riesgo asociados

HTA con factores asociados	FA	FR%
Obesidad	129	27
Diabetes Mellitus	119	25
Hipercolesterolemia	118	25
Sedentarismo	107	23
TOTAL	473	100

* Se observa un N alterado ya que más de un usuario hipertenso presenta más de un Factor asociado

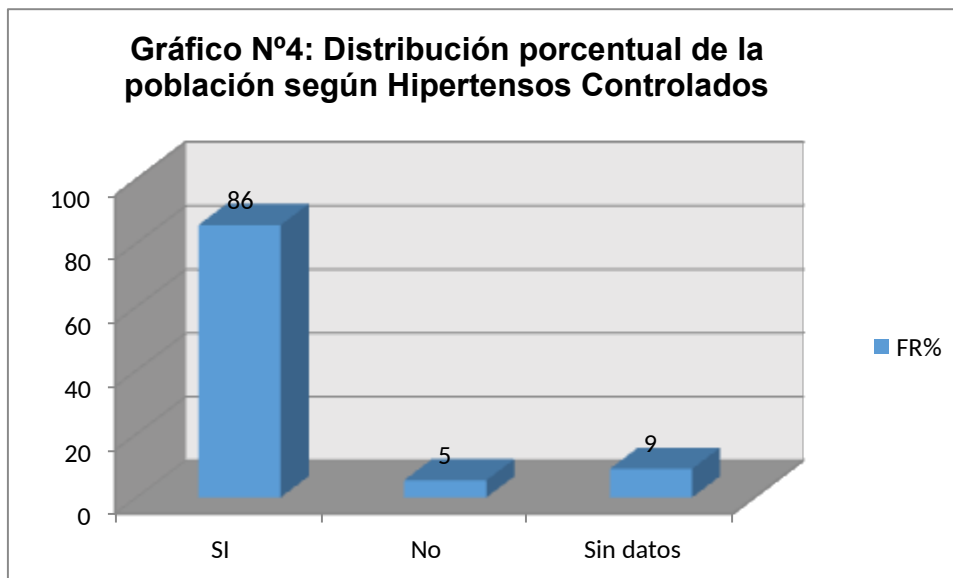
Gráfico N°3: Distribución porcentual de la población según Hipertensos portadores de factores de riesgo asociados



FUENTE: Base de Datos compendiada de ETSA, Cátedra de Salud del Adulto y Anciano, año 2010-2013

Tabla N°4: Distribución de la población según hipertensos controlados

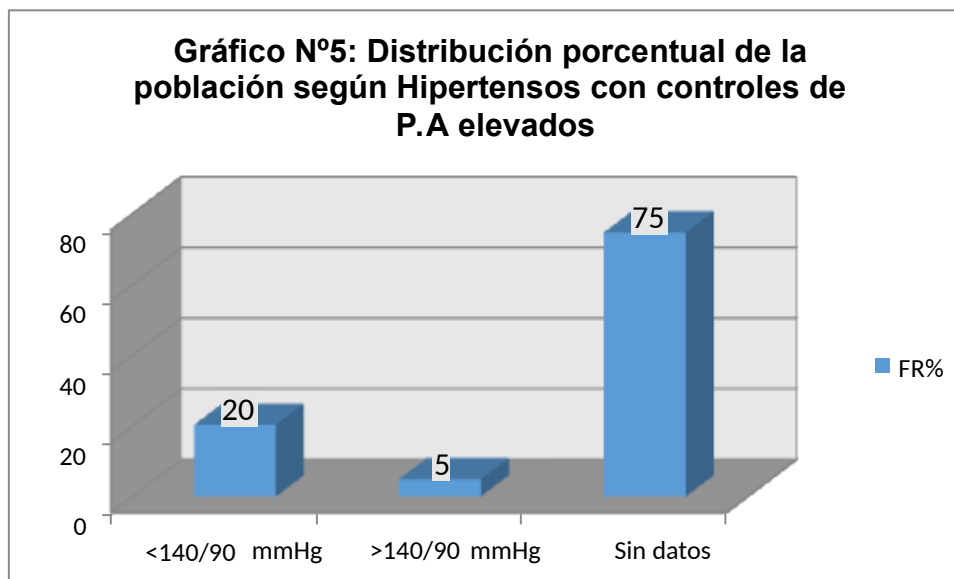
HTA Controlados	FA	FR%
SI	333	86
No	21	5
Sin datos	35	9
TOTAL	389	100



FUENTE: Base de Datos compendiada de ETSA, Cátedra de Salud del Adulto y Anciano, año 2010-2013

Tabla N°5: Distribución de la población según Hipertensos con controles de P.A elevados

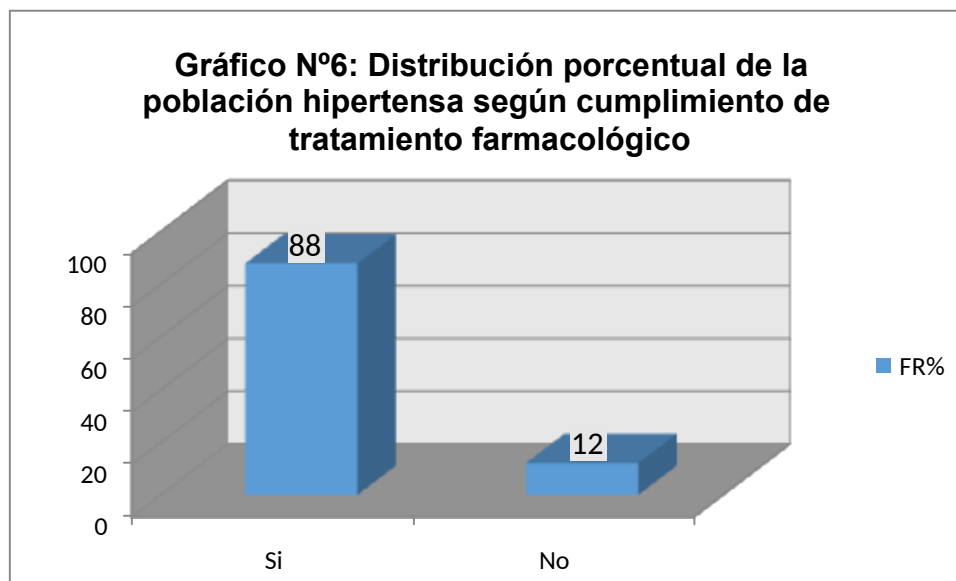
HTA con controles elevados	FA	FR%
<140/90 mmHg	79	20
≥140/90 mmHg	19	5
Sin datos	291	75
TOTAL	389	100



FUENTE: Base de Datos compendiada de ETSA, Cátedra de Salud del Adulto y Anciano, año 2010-2013

Tabla N°6: Distribución de la población hipertensa según cumplimiento de tratamiento farmacológico

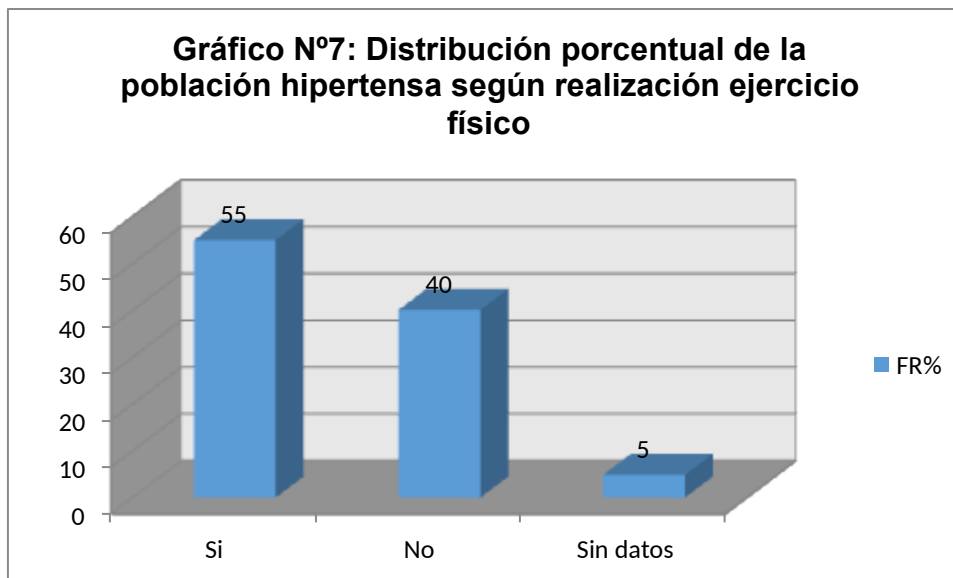
HTA Toma medicación	FA	FR%
Si	342	88
No	47	12
TOTAL	389	100



FUENTE: Base de Datos compendiada de ETSA, Cátedra de Salud del Adulto y Anciano, año 2010-2013

Tabla N°7: Distribución de la población hipertensa según realización de ejercicio físico

HTA realizan ejercicio físico	FA	FR%
Si	214	55
No	156	40
Sin datos	19	5
TOTAL	389	100



FUENTE: Base de Datos compendiada de ETSA, Cátedra de Salud del Adulto y Anciano, año 2010-2013

Discusión

En cuanto a la distribución de la población según la variable edad, se observa que el 31% de los Adultos Mayores se encuentran dentro del grupo etario correspondiente a la franja entre 72-78 años, como lo muestra la tabla y gráfico N°1. La media de edad calculada fue de 78 años, lo que representa un factor de riesgo no modificable. Este dato se considera relevante al momento de brindar asistencia como profesionales de enfermería, pudiendo clasificar a la población e individualizar los cuidados, entendiendo que los adultos mayores aquí nombrados se encuentran en una etapa de fragilidad, que podrían colocar al anciano en una situación de inestabilidad.

Respecto a la distribución de la población según el sexo, el porcentaje predominante en la muestra es el sexo femenino con un 76% (ver tabla y gráfico N° 2). Esto guarda importante relación con el impacto de las enfermedades cardiovasculares principalmente en las mujeres en el país, dado que Uruguay tiene la tasa más alta por patologías cardiovasculares y sus causas adyacentes en mujeres.

Es importante resaltar también que no existe una causa relacionada directamente con el sexo como factor primordial, pero si existe la probabilidad de que esta asociación este directamente relacionada con la expectativa de vida en Uruguay, que es mayor en la población femenina, y por tanto predicen a las enfermedades cardiovasculares.

En cuanto a la procedencia, la totalidad de la población que se encontraba en la base de datos, residía en Montevideo.

En relación a la muestra, se refleja que la mayoría de los usuarios padecen, además de hipertensión, múltiples factores de riesgo asociados, situándose en primer lugar la obesidad con un 27%, por su parte la misma triplica el riesgo de padecer otras enfermedades como por ejemplo la Diabetes Mellitus que en esta población representa el 25% (ver tabla y gráfico N° 3).

Otro factor asociado a la muestra es la hipercolesterolemia, la cual se encuentra en un 24% de la misma. Este problema es de gran interés ya que se han relacionado los niveles de colesterol con el porcentaje de muertes por cardiopatía isquémica. Es aquí en donde la enfermera profesional debe incentivar a que el usuario cumpla con el régimen alimenticio, de ejercicio físico y medicamentoso (si corresponde en este último), brindando información en lo que respecta a las posibles complicaciones que puede generar este factor de riesgo en la salud del anciano, y los cuidados que éste demanda, favoreciendo el autocuidado del usuario. Además de realizar los controles periódicos con el médico, haciendo hincapié a la vez en los estudios paraclínicos correspondientes.

En lo que respecta al sedentarismo se obtuvo que un 23% de la muestra era sedentaria, conducta que lleva potencialmente al sobrepeso y predictor de dificultades en el sistema musculo esquelético. Dicho factor de riesgo se asocia asimismo a la escasa realización de ejercicio, el cual repercute directamente en la salud cardiovascular, pudiéndose observar en la población en estudio que un 40% no lleva a cabo ninguna actividad física (ver tabla y gráfico N° 7).

Del total de hipertensos, se destaca que un 86% de la población mantiene controlada su presión arterial (ver tabla y gráfico N°4), el 88% cumple con su tratamiento farmacológico (ver tabla y gráfico N°6) y un 5% presenta valores elevados de presión arterial (ver tabla y gráfico N°5).

Rigiéndonos por el Modelo de Virginia Henderson, el accionar de enfermería en este punto será dirigido a contemplar **la necesidad de circulación y respiración**, la cual se ve insatisfecha por las cifras reflejadas anteriormente en tablas y gráficos.

El objetivo principal será, que el usuario comprenda el proceso patológico y su tratamiento, llevando un seguimiento del mismo mediante la visita domiciliaria y las consultas regulares con el equipo de salud. En este proceso es fundamental el apoyo

de la familia y/o acompañante para este proceso de salud enfermedad, incluyéndolos en el proceso educativo.

Se considera importante destacar la actividad física en el ser humano como acción primordial promoviendo una mejor calidad de vida para la población. Desde noviembre de 2011 a nivel nacional, el estado implementó como estrategia la creación de plazas activas en espacios públicos de manera gratuita, con el fin de promover la salud cardiovascular.

Dentro del contexto de la Atención Primaria de Salud, se puede planificar y ejecutar un plan de trabajo el cual incluya distintas actividades, como la consulta de enfermería, la visita domiciliar y la creación de un grupo de autoayuda en donde se planteen clases educativas que promuevan una alimentación saludable y actividad física periódica como por ejemplo caminatas, destinadas a dicho grupo etario, que generen un bienestar físico y psíquico del anciano, promoviendo la inserción y aumentando su capacidad de sociabilidad disminuyendo así las horas de ocio que repercuten en la calidad de vida del mismo.

Finalizando con dicho análisis, se puede observar que la población representa un grupo etario vulnerable, complejo, en el que predomina el sexo femenino y que produce una gran demanda a los servicios de salud. Las enfermedades crónico degenerativas son bastantes costosas y complejas de tratar, junto con las patologías y factores nombrados anteriormente generan retos de atención y necesidad de movilizar recursos financieros para la salud, además se considera indispensable la capacitación del personal para atender las demandas relacionadas con los padecimientos que afecta a la población en general, realizando una mayor prevalencia en los Adultos mayores. La carencia de personal médico y de enfermería especializado en la atención de los Adultos Mayores, así como, de servicios específicos de geriatría en las instituciones de salud, en ocasiones propician atención inadecuada con resultados negativos tanto para el paciente como para sus familiares, forzando esto la duplicidad de esfuerzos y el derrame excesivo



de recursos financieros. Generando esto en reiteradas ocasiones, ingresos a los servicios de salud, egreso prematuros que luego generan reingresos y altas probabilidades de enfermar y morir.

Durante el análisis de las variables, se puede contemplar una relación directa entre las mismas, detectando durante el mismo que la demandada de cuidados se enfoca en el control, seguimiento y disminución de los factores de riesgo, especialmente los relacionados con el estilo de vida.

Cabe destacar a la vez que durante el trabajo se aprecia un rol importante en lo que respecta a la actividad física como prevención, control y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, por su influencia favorable disminuyendo los riesgos de padecer varias enfermedades crónicas, como la diabetes, las enfermedades coronarias, la obesidad, etc., fomentando los hábitos saludables fortaleciendo los factores protectores.

Mediante estos datos se demuestra la importancia de la epidemiología para el estudio y abordaje del usuario en su cuidado integral, destacándose el rol del profesional de enfermería mencionado anteriormente, en la planificación de cuidados en los diferentes niveles de atención.

Limitaciones del estudio

Si bien durante la realización del trabajo de investigación, no hubieron limitaciones en cuanto a los recursos tiempo, humano y financieros, se encontraron dificultades al momento de buscar datos actuales epidemiológicos, haciendo referencia solamente a la población adulta mayor.

Al obtener la información de una base de datos, se pudo observar la discrepancia de criterios en los diferentes encuestadores a la hora de categorizar las variables.

Conclusión

Culminando con dicha investigación, se concluye que los objetivos planteados inicialmente se cumplieron de manera satisfactoria.

Se logró identificar el perfil socio demográfico de la población adulta mayor mediante la base de datos ETSA, se detectó la población hipertensa y la asociación de múltiples factores de riesgo cardiovasculares que ésta presenta.

Se identificó la importancia del rol de enfermería en el primer nivel de atención desde la prevención, detección y tratamiento de los factores de riesgo cardiovasculares, cumpliendo con nuestro rol profesional tanto en la asistencia como en la docencia, investigación, administración y gestión de los servicio de salud.

Se puede observar que la demanda de cuidados de enfermería que requieren los adultos mayores va a estar enmarcado en el aumento de la actividad física, a la rehabilitación, al tratamiento fármaco-dietético, diagnóstico y control precoz; promoviendo el autocuidado y crecimiento individual, contemplando e incluyendo en todos los momentos sus redes de apoyo. Para poder llevar esto a cabo se cree imprescindible la creación de un plan de trabajo que incluya actividades como la consulta de enfermería, que aborden al Adulto Mayor de forma integral, utilizando un modelo de valoración como referencia, y la posterior visita domiciliaria, trabajando con un equipo interdisciplinario, que favorezca tanto el seguimiento, como la captación de dicho anciano al programa del Adulto Mayor y por ende a la inserción del mismo al servicio de salud, fortaleciendo entre otras cosas los conocimientos y la importancia de adquirir conductas saludables.

Finalizando con dicha investigación, se puede expresar que la Hipertensión arterial continúa siendo un “asesino silencioso”, el cual asociado a otros factores de riesgo se convierte en el desafío más importante para el equipo de salud. Esta población adulta mayor si bien no se le puede cambiar la esencia de la patología de base, si nos permite disminuir el impacto de las mismas en las complicaciones que puede ocasionar y mejorar de esta forma la calidad de vida de los mismos.



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO**



Es interesante destacar como desde la función docente y asistencial se logra proporcionar atención de la salud, con el fin de minimizar la pérdida de función y aumentar la independencia y el autocuidado del usuario.

Referencias bibliográfica

1. Gómez Rinessi JF, Saiach S, Lecuna N. Envejecimiento. Rev Posgrado Vía. Cátedra Med (Argentina) [Internet] 2000; Dic (100): 21-3. Disponible en: <http://med.unne.edu.ar/revista/revista100/envejecimiento.htm> [consulta: 6 nov 2014].
2. Paredes M, Ciarniello M, Brunet N. Indicadores sociodemográficos envejecimiento y vejez en Uruguay: una perspectiva comparada en el contexto latinoamericano. [Internet]. 2010. Disponible en: http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/25583/1/indicadores_sociodemograficos_de_envejecimiento_y_vejez.pdf [consulta: 6 nov 2014].
3. Uruguay. Ministerio de Salud pública. Dirección General de la Salud. Programa Nacional del adulto mayor. [Internet]. 2005. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Programa_Adulto_Mayor%5B1%5D.pdf [consulta: 15 nov 2014].
4. 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: 10 ago 2014].
5. García Hernández ML, Cárdenas Becerril L, Arana Gómez B, Monroy Rojas A, Hernández Ortega Y, Salvador Martínez C. Construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería. Texto Contexto Enferm (Brasil) [Internet] 2011; 20 (Esp): 74-80. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea09.pdf> [consulta: 1 may 2015].
6. Fondo Nacional de Recursos, Martínez MC, Miotti MH, Pérez M, Phillips C, Piñero G, Quagliata G, Viera A. Guías prácticas de actuación de enfermería en salud renal. [Internet] Montevideo, 2010. Disponible en: http://www.fnr.gub.uy/sites/default/files/publicaciones/FNR_guia_enfermeria_salud_renal.pdf [Consulta 18 oct 2015]
7. Velasco A, Duran M. La visita domiciliaria como programa para el abordaje de la Familia. Universidad de los Andes [Internet], Mérida, 2003. Disponible en: http://www.saluddealtura.com/fileadmin/PDF/CAPACITACION/4_DOCUMENTO_2_visita_domiciliaria.pdf [Consulta 18 oct 2015]
8. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/> [consulta: 15 nov 2014].

9. CURTO SERGIO, PRATS OMAR, ZELARAYAN MARIO. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares: Uruguay, 2009. Rev.Urug.Cardiol. [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2015 Oct 16] ; 26(3): 189-196. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202011000300004&lng=es. [Consulta: 17 nov 2014]
10. J O'Donnel C, Elosua R. Factores de riesgo cardiovascular: perspectivas derivadas del Framingham Heart Study. Rev Esp Card [Internet] 2008; 61 (03): 299-310. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/factores-riesgocardiovascular-perspectivasderivadas/articulo/13116658/> [consulta: 15 nov 2014].
11. Smeltzer SC, Bares BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner y Suddarth: enfermería médicoquirúrgico. 12^a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013. p 890-891
12. Clínica Alemana. ¿Cuáles son los factores de riesgo modificables? [Internet]. 2014. Disponible en: <http://portal.alemana.cl/wps/wcm/connect/Internet/Home/centro-deextension/aprendamosde/Hombre/Factores+de+riesgo+cardiovascular/Cuales+son+los+factores+de+riesgo+modificables> [consulta: 5 mar 2014].
13. Smeltzer SC, Bares BG, Hinkle JL, Cheever KH. Valoración y manejo de paciente con hipertensión . Brunner y Suddarth: enfermería médicoquirúrgico. Vol 1, 12^a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013. p 889.
14. Ibid p. 79-80.
15. Di Carlo EE, Goja Bruzzzone B, Blanco Marquizo A, Gonzalez-Molina J. Uruguay libre de humo.... Y después?. Uruguay: Montevideo. Ed. Graficos del sur; 2007. p 9-12. Disponible: http://www.cardiosalud.org/files/documents/chscv_uruguay_libre_humo.pdf [Consultado 20 nov 2014]
16. Smeltzer SC, Bares BG, Hinkle JL, Cheever KH. Valoración y tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus. Brunner y Suddarth: enfermería médicoquirúrgico. Vol 2, 12^a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013. P. 1196-1221.
17. Botero de Mejía BE, Pico Merchán ME, Calidad de vida relacionada con la salud (cvrs) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. Hacia promoci. Salud vol 12 no. 1 Manizales Jan [Internet] Dic.2007. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-





75772007000100002. [Consulta: 18 oct 2015]

18. Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. [Internet]. Cuidados en personas adultas mayores: Análisis descriptivos de los datos del censo 2011. [Internet] Montevideo: INE; 2013. Disponible en: http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/23306/1/13.05_snc_informe_censo_-_adultos_mayores.pdf. [Consulta 2 nov 2014]
19. Sanabria Montañez C., La demanda por servicios de salud una aproximación teórica. Revista de la Facultad de Ciencias Económicas, [Internet] noviembre 2002. Disponible en: sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/economía/21/a11.pdf [consulta 30 may 2015].
20. Jiménez Castro AB, Salinas Durán MT, Sánchez Estrada T. Algunas reflexiones sobre la filosofía de Virginia Henderson. Rev Enferm IMSS [Internet]2004; 12 (2): 61-3. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2004/eim042a.pdf> [consulta: 16 ago 2014].

ANEXOS

Anexo 1. Estudio Transversal Epidemiológico Salud del Adulto y Anciano

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA		FACULTAD DE ENFERMERIA		ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO	
DATOS DEL ENTREVISTADO					
Nombre				C.I.	
Indique el dato que corresponda					
Montevideo		Interior		Barrio	
Manzana/Solar			Calle		
Fecha entrevista			Número de visitas		
Sexo		Edad		Trabaja	
F M					
Tipo Ocupación Anterior				Tipo Ocupación Actual	
Jubilado				Pensionista	
Tiene hijos				Si No	
Con quien vive					
Solo		Cónyuge		Hijo/a	
Nieto		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		
Padre Madre Tios			Padre Madre Tios		
Sedentarismo			Estrés		
Padre Madre Tios			Padre Madre Tios		
Diabetes			Hipertensión Arterial		
Padre Madre Tios			Padre Madre Tios		
Dislipemia			Enfermedades Respiratorias		
Padre Madre Tios			Padre Madre Tios		
Antecedentes Personales					
Factores de riesgo modificables					
Obesidad		Tabaquismo		Sedentarismo	
Estrés		Diabetes		Hipertensión Arterial	
Dislipemia		Enfermedades Respiratorias			
Si					
No					
U. R. - Facultad de Enfermería - Cátedra de la Salud del Adulto y Anciano					
Estudio Epidemiológico Salud del Adulto y Anciano - 1 - Montevideo,					

		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
Consume carnes rojas					
Consume pollo					
Consume cerdo o derivados					
Consume 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.)					
Consume 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 Gral.	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. Ultrasonio (6)	Dopler de vasos de cuello (7)	Sangre (8)	R. TX. (9)	Alterado (reg. n°)
Si										
No										



	Si	No	Cada cuanto
Examen ginecológico			
Papanicolau (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	Si	No	Si	No	
Antecedentes Familiares								
Padre	Si	No	Madre	Si	No	Tíos	Si	No
Tiene sangre tipo A			Si		No		Quien	
			Si		No			
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		

Nombre y Apellido: _____

Firma: _____

		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		



ESTUDIO
EPIDEMIOLÓGICO
SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO

V) FACTORES DE RIESGO DE LA PIEL

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

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

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

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

VI) FACTORES DE RIESGO OFTALMOLÓGICO

FACTORES DE RIESGO

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

Anexo 2. Visita domiciliaria

Algunos de los objetivos de la misma es conocer el hogar, su entorno y la situación familiar y personal del usuario, así como detectar necesidades, recursos y redes familiares que posee.

Tareas:

- Planificación: motivo de visita, antecedentes, fijar objetivos, organización de visita; coordinación fecha y horario con usuario.
- Ejecución: valoración del barrio, vivienda, hogar, familiar y personal. Aplicación del proceso de atención de enfermería y sus etapas; valoración, identificación de diagnósticos de enfermería, plan de acción, recursos y evaluación.
- Evaluación y Registros: fortalecer factores protectores, manejo práctico de factores de riesgo y cuidados que demanda el usuario, potenciar red familiar y apoyo a cuidadores. Informe de visita domiciliaria.

Tiempo: estimado 20 minutos.

Recursos Humanos: Licenciado enfermería, Auxiliar enfermería, Licenciado en trabajo social, profesionales invitados de otras disciplinas.

Recursos Materiales:

- Esfigmomanómetro
- Balanza
- Termómetro
- Cinta métrica
- Lapicera
- Hojas/planillas.
- Estetoscopio.

Recursos financieros: transporte, papelería.

Anexo 3. Consulta de enfermería.

Mediante la consulta de Enfermería se realizará el PAE (Proceso de Atención de Enfermería) en donde se podrá captar al usuario para que participe de las actividades programadas por el servicio de salud, además de poder realizarle una valoración exhaustiva y proporcionarle al usuario el carne del Adulto Mayor.

Tarea:

- Preparar el espacio físico.
- Preparar materiales e instrumentos necesarios para la valoración: esfigmomanómetros, estetoscopio, balanza, etc.
- Preparar el sistema de registro.
- Presentarnos ante el usuario.
- Explicar el objetivo de la consulta de enfermería
- Realizar una Valoración integral, diagnósticos de enfermería, planes de acción y ejecución.
- Ejecutar el carne del Adulto Mayor (si es que no lo tiene).
- Se le informa sobre las actividades programadas en el servicio de salud.
- Evaluación y registro de los datos obtenidos.
- Acondicionamiento de consultorio.

Tiempo: 15 minutos.

Recursos Humanos: 1 Licenciado de Enfermería, un auxiliar de enfermería.

Recursos Financieros: el valor de las copias de registros.

Anexo 4 . Elaboración de un grupo de autoayuda

El objetivo primordial de este grupo de trabajo será brindarle al adulto mayor herramientas que favorezcan conductas y hábitos saludables, trabajando en conjunto con un equipo multidisciplinario.

Se considera que la actividad grupal tiene una serie de ventajas: evita la sensación de aislamiento por la enfermedad, ayuda a asumir su proceso mórbido con respetabilidad social, favorece el intercambio de experiencias personales, el mutuo apoyo, aclara y reestructura conceptos a través de la experiencia de otros, posibilita actividades conjuntas, potencia el cambio de actitudes y aumenta autoestima y seguridades.

Para la creación del mismo se puede utilizar las recomendaciones prácticas para implementar grupos de obesos, diabéticos e hipertensos en la red de atención del primer nivel, elaborada por ASSE.

Tareas:

- Designar días y horarios de reunión
- Definir el espacio físico
- Definir la lista de temas a trabajar
- Definir la metodología de trabajo
- Definir los recursos necesarios
- Gestionar la obtención de materiales
- Realizar la convocatoria, ya sea mediante la consulta de enfermería o la visita domiciliaria.
- Realizar las inscripciones.
- Realizar las reuniones.
- Evaluar la efectividad del grupo.

Tiempo de participación del grupo: 1 hora.



Recursos Humanos: Licenciado enfermería, auxiliar enfermería, profesional de actividad física, licenciado en nutrición, Doctor medicina general, Trabajadora social, profesionales invitados de otras disciplinas.

Recursos materiales:

- Balanza.
- Estetoscopio
- Carné control de PA.
- Marcadores.
- Crayolas
- Pegamento
- Computadora.
- Papelera
- Cinta métrica
- Papelógrafo
- Lápices
- Cartulinas
- Pizarrón blanco
- Esfigmomanómetro,
- Salón con sillas y mesas
- Hojas
- Lapiceras
- Alfileres
- Tijeras

Recursos financieros: el valor de la creación del grupo.

Anexo 5. Cronograma

ACTIVIDADES	A		Ñ		O		S	
	ene-14	feb-14	dic-14	ene-15	mayo-15	junio15	novie-15	Dic- 15
Tutorías								
Delimitación de la pregunta problema y objetivos								
Procesamiento de datos, elección de variables, tabulación y gráficos								
Resumen, Justificación, Realización Marco Referencial y Teórico, Glosario,								
Discusión								
Conclusión								
Bibliografía								
Defensa TFI								

Anexo 6. Tabla de presupuesto

GASTOS	PESOS \$
PAPELERÍA	
IMPRESIONES	\$ 2500
ENCUADERNADO	\$ 200
FOTOCOPIAS	\$ 2000
TRANSPORTE	
OMNIBUS DEPARTAMENTALES	\$ 1500
OMNIBUS INTERDEPARTAMENTALES	\$ 3500
ÚTILES VARIOS	
INTERNET	\$ 3000
OTROS MATERIALES	\$ 600
TOTAL DE GASTOS	\$13300