

Factores que influyen en el control integral de las enfermedades cardiovasculares

Autores:

Lizet Veliz-Rojas. Enfermera, Doctora en enfermería, Departamento de Enfermería, Universidad de La Serena, Chile. E-mail: lizhelen@hotmail.com

Sara Mendoza-Parra. Enfermera, Doctora en enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción, Chile.

Omar A. Barriga. PhD Sociología, Departamento de Sociología y Antropología, Universidad de Concepción, Chile.

* Estudio que forma parte de la tesis "Automedicación y adherencia terapéutica como determinantes de control integral de enfermedades cardiovasculares", Programa de Doctorado en Enfermería, Universidad de Concepción, Chile.

› Resumen

Introducción. El objetivo de la presente investigación fue identificar los factores que influyen en el control integral de las enfermedades cardiovasculares en las personas pertenecientes al programa de salud cardiovascular de atención primaria de la comuna de San Pedro de la Paz, Chile. **Material y Método.** Estudio cuantitativo, transversal, correlacional y explicativo (n=257), los instrumentos utilizados fueron un cuestionario elaborado para este estudio, Escala de Conductas en Salud de Miller y revisión de la ficha clínica. Los datos fueron procesados en SPSS versión 15.0. Se utilizaron estadísticos univariados, pruebas paramétricas y no paramétricas, y análisis de regresión logística binaria. **Resultados.** Cinco variables fueron predictores del control integral de las enfermedades cardiovasculares: adherencia terapéutica (p=0,00), edad (p=0,00), automedicación con plantas medicinales para controlar la enfermedad (p=0,02), trabajo remunerado (p=0,00) y el número de enfermedades cardiovasculares (p=0,00). **Conclusión.** Estos resultados ilustran como valorar las prácticas y conductas en salud, tal como la adherencia terapéutica, la automedicación y los determinantes sociales de la salud como el trabajo remunerado, utilizándolos para el diseño de estrategias y tratamientos más integrales para el control de las enfermedades cardiovasculares.

› **Palabras clave:** Enfermedades cardiovasculares, atención primaria de salud, terapia, automedicación (DeCS).

Factors that influence the integral control of cardiovascular diseases

› Abstract

Introduction. The objective of this research was to identify the factors that influence integral control of cardiovascular diseases in people belonging to the cardiovascular health program of Primary Care in the community of San Pedro de la Paz, Chile. **Material and Method.** Quantitative, transversal, correlational and explanatory study (n = 257), the instruments included was a questionnaire developed for this study, Health Behaviors Scale Miller and review of the clinical records. Data were processed in SPSS version 15.0. We used Univariate statistics, parametric and non-parametric tests and binary logistic regression analysis. **Results.** Five variables were predictors of integral control of cardiovascular diseases: therapeutic adherence (p =0,00), age (p =0,00), self-medication with medicinal plants to control the disease (p =0,02), paid work (p =0,00) and the number of cardiovascular diseases (p =0,00). **Conclusion.** This results illustrate how to value the practices and health behaviors such as adherence, self-medication and the social determinants of health, such as paid work in designing strategies and holistic treatments for the control of cardiovascular diseases.

› **Keywords:** cardiovascular diseases, primary health care, therapy, self-medication (MeSH).

› Introducción

En la actualidad las patologías cardiovasculares representan la primera causa de muerte prematura y discapacidades a nivel mundial (1,2). Entre los principales factores de riesgo cardiovascular encontramos un fuerte incremento de la hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y dislipidemias (3). A pesar de la alta tecnología y la disponibilidad de tratamientos eficaces para manejar y controlar estas enfermedades, los países desarrollados y en vías de desarrollo muestran un pobre control sobre ellas (4-10).

Chile no es ajeno a esta realidad, así las autoridades sanitarias han considerado esta situación cómo alarmante, por lo que el Ministerio de Salud ha establecido diversas medidas para mejorar el control de estas enfermedades. Entre las principales estrategias se encuentran el desarrollo de metas sanitarias orientadas a mejorar el control de la DM2 e HTA y la incorporación de las garantías explícitas en Salud (GES), que favorecen la pesquisa oportuna, el acceso a los servicios de salud y la entrega de medicamentos (11). A pesar de todas las medidas implementadas, el control de estas enfermedades aún sigue siendo bajo (7).

La literatura señala que existen algunas conductas que podrían ser determinantes en el control de estas enfermedades. Por un lado, se ha descrito que la adherencia terapéutica es una conducta clave para mejorar el bienestar y que favorecería el control de las enfermedades cardiovasculares, aunque se ha estimado que un 80% de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles no cumple con las indicaciones otorgadas por el equipo de salud (12). Por otro lado, se ha señalado que la automedicación es un factor de riesgo para las personas con enfermedades crónicas no transmisibles, debido a los potenciales efectos que podrían ocasionar los medicamentos sin indicación

médica sobre el estado de salud de estas personas (13). Estos antecedentes hacen plantearse la inquietud acerca de si la práctica de automedicación constituiría una barrera en el control de la enfermedad crónica. La automedicación se observa de manera muy frecuente en la cotidianidad de la atención primaria, pero ha sido poco abordada en los usuarios que requieren tratamientos prolongados y permanentes, menos aún su relación con el control de los principales factores de riesgo cardiovasculares (HTA, DM2, Dislipidemia).

Conocer sobre conductas modificables que pueden ser determinantes en el control de las enfermedades cardiovasculares permitiría desarrollar estrategias en los cuidados de enfermería que favorezcan tanto el control de la enfermedad como los indicadores sanitarios. Por lo expuesto, el objetivo de este estudio fue identificar los factores que influyen en el control integral de las enfermedades cardiovasculares (HTA, DM2 y dislipidemia) a través de un modelo de variables construido por fenómenos cómo la automedicación, adherencia terapéutica, factores sociodemográficos y condición de salud, en las personas pertenecientes a los centros de salud familiar de atención primaria de la comuna de San Pedro de la Paz, región del Bío-Bío, Chile.

› Material y método

Estudio es de abordaje cuantitativo, transversal, correlacional y explicativo. La unidad de análisis fueron adultos entre 18 a 60 años con diagnóstico de HTA, DM2 y/o dislipidemia, pertenecientes a los centros de salud familiar de atención primaria de la comuna de San Pedro de La Paz. Los criterios de inclusión fueron personas con indicación de terapia farmacológica y exámenes de hemoglobina glicosilada y perfil lipídico vigentes, es decir, que no tengan más de un año al momento de la apli-

cación del cuestionario. Los criterios de exclusión fueron personas con antecedentes de otras enfermedades crónicas no transmisibles, por ejemplo, cáncer, artrosis, hiper o hipotiroidismo, epilepsia, asma, entre otros y que tuviesen deterioro cognitivo, sensorial, funcional, estado de salud grave y/o problemas de salud mental que no puedan responder las preguntas del cuestionario.

De la población (N= 2999), sólo 804 personas cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se encontró que más del 60% eran mujeres, considerando esta realidad se decidió realizar un diseño estratificado por sexo. Se seleccionaron una de cada cuatro mujeres y uno de cada dos hombres hasta lograr una muestra de 257 personas (IC: 95%; ee: 0,05)

Variables e instrumentos:

a) Cuestionario de caracterización aplicado en el domicilio del participante, que permitió recolectar los siguientes datos: edad, sexo, años de estudio formal, trabajo remunerado, tipo de familia, consumo de tabaco, práctica de ejercicio físico, diagnóstico médico, automedicación, tipo de producto medicinal para automedicación y razones de automedicación. También se midió la presión arterial (PA) con técnica estandarizada establecida por el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), es decir, con método auscultatorio utilizando un esfigmomanómetro de mercurio (14).

b) Escala de Conductas en salud de Miller (ECS) que se utilizó para medir la adherencia terapéutica. Contiene cinco sub-escalas: seguimiento de la dieta, limitación del consumo de tabaco, seguimiento de las actividades prescritas, toma de medicamentos y manejo del estrés, que indagan sobre la adherencia en el ámbito del hogar, trabajo, actividades recreativas y sociales (15,16). La ECS está compuesta por dos partes: la parte A, dirigida

a medir directamente la conducta de adherencia y la parte B, que se aplicó en forma independiente a un miembro de la familia que era significativo para el paciente, esta parte se aplicó con el propósito de validar las respuestas del paciente al régimen terapéutico.

c) Revisión de ficha clínica para obtener los siguientes datos: diagnóstico médico, número de enfermedades cardiovasculares diagnosticadas, complicaciones a causa de la enfermedad cardiovascular, tales como infarto agudo al miocardio, accidente cerebrovascular, retinopatía diabética, enfermedad renal crónica, hipertensión arterial refractaria, entre otras, índice de masa corporal (IMC), circunferencia de cintura (CC), riesgo cardiovascular (RCV) que se determinó a partir de las tablas de estimación de riesgo coronario adaptadas a la población chilena, basadas en la ecuación de Framingham para la evaluación del RCV (17), años en el programa de salud cardiovascular, años de enfermedad, último registro de PA, valor de hemoglobina glicosilada y perfil lipídico. Los exámenes sanguíneos no debían tener más de un año, considerando que el programa de salud cardiovascular en atención primaria en Chile establece una exigencia mínima de un perfil lipídico anual y una hemoglobina glicosilada semestral cuando el paciente se encuentra controlado. Los exámenes fueron analizados en un mismo laboratorio. Para determinar la variable conocimiento del diagnóstico médico, se realizó una comparación entre el diagnóstico médico referido por el paciente en el cuestionario y el diagnóstico médico registrado en la ficha clínica.

Para conocer el control y/o no control de las enfermedades cardiovasculares, se consideró lo siguiente:

- Control de la HTA: valor de la media entre el último valor de la PA registrada en la ficha clínica

nica y valor de PA medida en domicilio. Se clasificó como HTA controlada cuando los valores de PA eran menores a 140/90 mmHg en personas con RCV bajo, moderado y alto, y valores menores a 130/80 mmHg en RCV muy alto y/o con DM2 (14).

- Control de la DM2: valor de la media entre las dos últimas mediciones de hemoglobina glicosilada registrada en la ficha clínica. Se clasificó DM2 controlada cuando la hemoglobina glicosilada era menor a 7% (18).
- Control de la dislipidemia: Se consideró el último valor de colesterol HDL, LDL y triglicéridos registrado en la ficha clínica. Se clasificó dislipidemia controlada cuando los valores de triglicéridos eran menores a 150 mg/dl, valores de colesterol HDL fueron mayores a 40 mg/dl y valores de colesterol LDL menor a 160mg/dl con RCV bajo, colesterol LDL menor a 130mg/dl si presentaba un RCV moderado y menor a 100mg/dl si tenía un RCV alto o muy alto (19).
- Se incorporó en este estudio el concepto de control integral que se definió como el control de todas las enfermedades cardiovasculares que tiene el participante acorde a las definiciones anteriores. En el caso de que el participante tuviese más de una de las enfermedades mencionadas en estudio, es decir, HTA, DM2 y dislipidemia, debía tener cada una de ellas controladas para clasificarlo como paciente controlado.

Los instrumentos fueron aplicados por la investigadora principal y cuatro encuestadoras licenciadas en enfermería previamente capacitadas.

Prueba piloto:

Se aplicó la parte A de la ECS a pacientes con enfermedades cardiovasculares (n=208) y la parte B a un familiar significativo (n=208). Los coeficientes de correlación de Pearson entre la parte A y la B,

indicaron relaciones significativas entre las respuestas de los participantes y las respuestas del familiar en todas las sub escalas: dieta ($r^2=0,73$), limitar el consumo de tabaco ($r^2= 0,72$), seguir las actividades prescritas ($r^2= 0,79$), toma de medicamentos ($r^2=0,73$), y manejo del estrés ($r^2=0,72$). Lo anterior señala que las respuestas de la parte A y de la B son similares en materia de adherencia. Por tanto, se decidió aplicar solamente la parte A en este estudio. Se obtuvieron los siguientes valores de Alfa de Cronbach para las subescalas: 0,93 para “seguimiento de la dieta”, 0,98 para “limitación en el consumo de tabaco”, 0,74 para “seguimiento de las actividades prescritas”, 0,88 para el “seguimiento del tratamiento con medicamentos” y 0,77 para “seguimiento en el manejo del estrés.

Análisis de los resultados:

Se utilizó análisis descriptivo univariante, medidas de tendencia central, de dispersión, análisis bivariado con pruebas paramétricas y no paramétricas, y regresión logística binaria apoyado por el Software SPSS 15.0.

Consideraciones Éticas:

Los participantes firmaron un consentimiento informado. El estudio fue evaluado y autorizado por un comité de ética de la Universidad de Concepción, Chile.

› **Resultados**

Perfil de la muestra:

Del total de participantes, 100 (38,9%) fueron hombres y 157 (61,1%) mujeres. Respecto a las variables en estudio, las tablas 1 y 2 muestran la distribución y los valores medios encontrados en la muestra.

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CONDICIÓN DE SALUD DE LOS PARTICIPANTES

| Dimensión | Variable | | f | % |
|---------------------------|-------------------------------------|----------------|------|------|
| Sociodemográficas | Trabajo remunerado | si | 141 | 54,9 |
| | | no | 116 | 45,1 |
| | Tipo de familia | nuclear | 175 | 68,1 |
| | | extensa | 73 | 28,4 |
| | | unipersonal | 9 | 3,5 |
| Condición de salud | Consumo de tabaco | si | 57 | 22,2 |
| | | no | 200 | 77,8 |
| | Ejercicio físico | si | 40 | 15,6 |
| | | no | 217 | 84,4 |
| | Conocimiento del diagnóstico médico | si | 192 | 74,7 |
| | | no | 65 | 25,3 |
| | Complicaciones | si | 24 | 9,3 |
| | | no | 233 | 90,7 |
| | Número de enfermedades CV | 1 enfermedad | 89 | 34,6 |
| | | 2 enfermedades | 108 | 42,0 |
| 3 enfermedades | | 60 | 23,4 | |

n=257

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CONDICIÓN DE SALUD Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE PARTICIPANTES

| Dimensión | Variable | n | Media | D.E. | Mínima | Máxima |
|---|-----------------------------------|------|-------|------|--------|--------|
| Sociodemográficas | Edad (años) | 257 | 50,4 | 8,0 | 18 | 60 |
| | Educación formal (años) | 257 | 8,5 | 3,0 | 0 | 17 |
| Condición de salud | IMC | 257 | 31,7 | 5,3 | 19,4 | 54,4 |
| | CC (cm) | 257 | 102,2 | 12,1 | 70 | 169 |
| | RCV (%) | 257 | 9,3 | 4,2 | 3 | 20 |
| | Años con HTA | 195* | 8,7 | 6,7 | 1 | 30 |
| | Años con DM2 | 124* | 7,5 | 6,7 | 1 | 28 |
| | Años con dislipidemia | 166* | 4,8 | 4,3 | 1 | 28 |
| | Años en el PSCV | 257 | 6,6 | 4,0 | 2 | 28 |
| Adherencia terapéutica (ECS de Miller) | Escala Global | 257 | 3,3 | 0,7 | 1,4 | 5 |
| | Seguir la dieta prescrita | 257 | 3,1 | 1,1 | 1 | 5 |
| | Limitar el consumo de tabaco | 57* | 3,2 | 1,0 | 1 | 5 |
| | Seguir las actividades prescritas | 257 | 3,0 | 1,2 | 1 | 5 |
| | Tomar los medicamentos | 257 | 3,1 | 1,5 | 1 | 5 |
| | Manejo del estrés | 257 | 4,1 | 1,0 | 1 | 5 |

*Considera sólo a los participantes que cumplían con la condición.

Como muestra la tabla 2, se encontró una baja adherencia terapéutica entre los participantes ya que sólo 4 (1,5%) obtuvieron el puntaje máximo, es decir, que siempre siguen las indicaciones entregadas por el equipo de salud. Más de la mitad de la muestra (73,54%) indicó que nunca, casi nunca o sólo a veces seguían las indicaciones.

Con respecto a la automedicación, 253 (98,7%) participantes consumieron algún producto medicinal, sin indicación del equipo sanitario, para mantener o recuperar su estado de salud. Entre los que se automedicaban, 223 (86,8%) consumieron plantas medicinales y 218 (84,8%) utilizaron medicamentos. Se destaca que el 52,9% de los participan-

tes que se automedicaban, lo hacían para tratar o controlar la diabetes, hipertensión y el colesterol elevado, lo más utilizado para tal efecto fueron las plantas medicinales.

Respecto al control de la DM2, se había considerado inicialmente calcular la media entre los dos últimos valores de A1c registrados en la ficha clínica del paciente, pero en la revisión de ficha clínica se encontró que del total de pacientes diabéticos (n=124), sólo el 32,26% tenían más de un valor de A1c registrado en la ficha clínica. Lo anterior, determinó que para este estudio se considerara solamente el valor de A1c más reciente del participante.

TABLA 3. CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

| Factor de riesgo cardiovascular | n | Control | f | % |
|---------------------------------|-----|---------------|-----|------|
| HTA | 195 | Controlada | 76 | 39 |
| | | no controlada | 119 | 61 |
| DM2 | 124 | Controlada | 54 | 43,5 |
| | | no controlada | 70 | 56,5 |
| Dislipidemia | 166 | Controlada | 39 | 23,6 |
| | | no controlada | 127 | 76,4 |
| "Integral" | 257 | Controlada | 58 | 22,6 |
| | | no controlada | 199 | 77,4 |

Como señala la tabla 3, tanto el control de las enfermedades cardiovasculares como el control integral, fueron bajos en la muestra.

Factores que influyen en el control de enfermedades cardiovasculares:

El control integral se asoció significativamente con la adherencia terapéutica ($t = -1,97$; $p = 0,04$), edad (U. Mann-Whitney: 41,47,0; $p = 0,00$), el trabajo remunerado ($\chi^2 = 4,18$; $p = 0,04$), la CC ($t = 2,42$; $p = 0,01$), y con el RCV (U. Mann-Whitney: 2866,0; $p = 0,00$).

Se encontró que las variables sexo ($\chi^2 = 7,5$; $p = 0,00$),

edad (U. Mann-Whitney: 3550,000; $p = 0,01$), trabajo remunerado ($\chi^2 = 5,738$; $p = 0,01$), número de enfermedades ($\chi^2 = 13,72$; $p = 0,01$), CC ($t = 2,34$; $p = 0,02$), RCV (U. Mann-Whitney: 2364,000; $p = 0,00$) y la sub-escala seguimiento a la dieta de la ECS ($t = -2,22$; $p = 0,03$) se asociaron significativamente al control de la HTA.

Respecto a la DM2, existió una asociación significativa entre el control de esta enfermedad con los años en el programa de salud cardiovascular (U. Mann-Whitney: 1456,500; $p = 0,02$) y los años de enfermedad (U. Mann-Whitney: 1166,000; $p = 0,00$).

El control de la dislipidemia tuvo una asocia-

ción significativa con el trabajo remunerado (χ^2 : 3,97; $p=0,04$) y el RCV (U. Mann-Whitney: 1579,500; $p=0,00$).

Modelo de variables del control integral de la enfermedad cardiovascular:

Se incorporaron 13 variables en la construcción del modelo: ECS de Miller, uso de plantas medicinales para control de la enfermedad cardiovascu-

lar (dummy), uso de medicamentos no indicados para el control de la enfermedad cardiovascular (dummy), sexo, edad, escolaridad, tipo de familia nuclear (dummy), tipo de familia extensa (dummy), años en el PSCV, CC, número de enfermedades, conocimiento del diagnóstico médico y hábito tabáquico. El número de casos introducidos al modelo fueron 249 participantes, este número implica la eliminación de casos residuales.

TABLA 4. MODELO PREDICTOR DEL CONTROL INTEGRAL DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

| Variables (paso 7) | B | E.T | Wald | gl | Sig. | Exp (B) | IC 95% para EXP (B) | |
|---|--------|-------|--------|----|-------|---------|---------------------|-------|
| | | | | | | | Inf. | Sup. |
| ECS de Miller global | 0,839 | 0,260 | 10,439 | 1 | 0,001 | 2,313 | 1,391 | 3,848 |
| Edad^a | -0,064 | 0,023 | 7,995 | 1 | 0,005 | 0,938 | 0,897 | 0,981 |
| Utilización plantas medicinales para tratar la enfermedad cardiovascular | -0,887 | 0,395 | 5,052 | 1 | 0,025 | 0,412 | 0,190 | 0,893 |
| Trabajo remunerado | 1,034 | 0,385 | 7,215 | 1 | 0,007 | 2,811 | 1,322 | 5,976 |
| Número de enfermedades cardiovasculares | -1,492 | 0,312 | 22,919 | 1 | 0,000 | 0,225 | 0,122 | 0,414 |
| Constante | 0,429 | 1,285 | 0,111 | 1 | 0,739 | 1,535 | | |

^a Edad no se distribuyó normalmente, por lo tanto, se ajustó con la escala de Tukey. Se realizó el análisis de regresión logística con el término cuadrático de edad, pero su interpretación fue compleja. Considerando que no existieron diferencias significativas en el modelo entre el uso de la variable edad y cuadrático de edad, se decidió dejar en el modelo la variable edad sin ajustes de simetría.

Como se puede observar en la tabla 4, se obtuvieron 7 pasos con un total de 10 iteraciones. Del total, 5 variables fueron predictores del control integral de la enfermedad cardiovascular: ECS de Miller global, edad, uso de plantas medicinales para control de la enfermedad cardiovascular, trabajo remunerado y número de enfermedades. Se encontró que:

- La conducta de adherencia, medida a través de la escala global de ECS de Miller, aumenta la probabilidad de tener controlada la enfermedad en 2,31 veces.
- El trabajo remunerado aumenta las posibilidades de tener controlada la enfermedad cardiovascular en 2,81 veces.
- La edad, aumenta la probabilidad de no tener controlada la enfermedad en 0,93 veces.
- El uso de plantas medicinales para el control de la enfermedad cardiovascular aumenta la probabilidad de no tener controlada la enfermedad en 0,41 veces.
- El número de enfermedades, aumenta la posibilidad de no tener controlada la enfermedad en 0,23 veces.

La construcción de modelos que explicaran el control de las enfermedades cardiovasculares por separado, es decir, HTA, DM2 y dislipidemia no fueron significativos. La clasificación correcta de los casos fue menor al 80% y las pruebas de bondad de ajuste no fueron aceptables para las patologías cardiovasculares en estudio, por lo tanto, no se logró desarrollar un modelo que explicara estas enfermedades.

› **Discusión**

El control integral de las enfermedades cardiovasculares, en cuanto aspecto biológico, es ponderable en términos de parámetros clínicos y metabólicos, tales como los valores de PA, A1c y perfil lipídico, pero también tienen un componente fuertemente sociocultural constituido por una serie de factores asociados a las conductas y prácticas de los pacientes y a los determinantes sociales de la salud, que se entrelazan con el tratamiento para conformar los resultados en salud. Los resultados de este estudio son una ilustración de como valorar las prácticas y conductas en salud, tal como la adherencia terapéutica, la automedicación y los determinantes sociales de la salud, como el trabajo remunerado, en el diseño de estrategias y cuidados de enfermería más integrales y holísticos en el control de las enfermedades cardiovasculares.

Con respecto a la adherencia terapéutica, diversos estudios dan cuenta de la influencia de esta conducta en control de estas enfermedades (20-22). Se debe tomar en cuenta que, la adherencia terapéutica responde a un comportamiento humano, y como tal, está sujeto a influencias del ambiente social en que vive la persona y a las características personales que pueden determinar la forma de enfrentar la enfermedad. Estos aspectos dificultan conocer la adherencia terapéutica, ya que es un proceso dinámico que puede ir cambiando acorde

a lo vivenciado por cada individuo. A pesar de lo anterior, la medición de la adherencia se considera un aspecto relevante para la salud pública (12) y, por lo tanto, se requiere de su evaluación en forma continua. Una limitación de la Escala de Conductas en Salud de Miller, es que los enunciados exigen ciertas condiciones, tales como fumar, trabajar, participar en actividades recreativas o sociales, y no todas las personas de la muestra presentaron esas condiciones, por tanto, un grupo importante quedó sin contestar todos los ítems de la Escala. La estandarización de los puntajes permitió efectuar comparaciones y analizar los resultados de la muestra. Esta situación hace que esta escala sea difícil de aplicar en el cotidiano del trabajo en los equipos de salud de atención primaria. A pesar de lo anterior, una de las ventajas de la ECS, es que permite indagar sobre las conductas de adherencia en todos los escenarios en que se desenvuelve la vida de las personas, lo que favorece la detección en forma adecuada la no adherencia (16).

Con relación al trabajo remunerado, autores señalan que el trabajo es una actividad fundamental para las personas, porque permite satisfacer diversas necesidades y desarrollar capacidades físicas y mentales (23), de manera que no se puede dejar de considerar cómo el trabajo influye en la salud de las personas. Se sabe que el trabajo está ligado a las condiciones de vida, y que esta unidad dialéctica puede influir en los perfiles de salud y enfermedad de una comunidad (23). En este sentido, se puede decir que tener trabajo remunerado, permitiría a las personas acceder a mejores condiciones de vida, y en el caso de padecer una enfermedad crónica, favorecería, por un lado, acceder a los tratamientos, tales como una dieta específica, recreación y actividad física y, por otro lado, el trabajo entrega otros elementos que pueden favorecer la salud, tales como las redes de apoyo,

mejorar la autoestima, sentirse socialmente útil y el desarrollo personal. No obstante, también se ha descrito que las condiciones de trabajo pueden afectar la salud de las personas. Así, inadecuadas condiciones de trabajo, tales como, inestabilidad laboral, higiene y seguridad laboral deficientes, largas jornadas laborales y bajas remuneraciones, pueden afectar negativamente a las personas originando estrés, dificultad de acceder a servicios para satisfacer sus necesidades básicas y accidentes laborales (23), y por lo tanto pueden desencadenar enfermedades. Es importante recordar que la media de los años de educación formal fue baja en la muestra, lo cual indica que el tipo de trabajo que pueden acceder los participantes podría ser de más bajas condiciones respecto al tipo de trabajo que acceden las personas un nivel educacional más alto. Al respecto, surge la necesidad de estudiar esta temática en una muestra más amplia, que incluya a pacientes que se atienden en el sistema de salud privado, y conocer si las condiciones laborales y otros determinantes sociales de la salud ligados al trabajo, influirían en el control de las enfermedades cardiovasculares, lo que se propone para futuras investigaciones. Resulta relevante encontrar que el trabajo, considerado un indicador complementario en las mediciones de las desigualdades en salud (24), afecta el control integral de las enfermedades cardiovasculares, por lo tanto, enfermería no debe quedar ajeno a este fenómeno al momento de entregar las indicaciones y prestaciones de salud.

Respecto a la posibilidad de no tener controlada la enfermedad en función a los años de edad, parece ser explicada por diversos factores que se ven desfavorecidos por el paso de los años, tales como: desarrollo de complicaciones y comorbilidades, que da curso a la polifarmacia, cambios fisiológicos, que dificultan el ajuste del tratamiento farmacológico, mayor tiempo de enfermedad y el

aumento de la percepción de barreras en el seguimiento del tratamiento, especialmente las relacionadas con los cambios en los estilos de vida. La muestra de este estudio se conformó entre los 18 a 60 años de edad, concentrándose entre los 40 a 60 años. Lo anterior, indica que en la etapa “adulto maduro” existe una mayor posibilidad de no tener controlada integralmente la enfermedad cardiovascular, similar a un estudio realizado en Estados Unidos, que reportó que la edad entre 40 a 60 años se asociaba a un peor control de la diabetes (25). De acuerdo al ciclo vital individual, entre los 40 y 60 años, se desarrolla la capacidad de generatividad y de poder cuidar de los demás (26), lo cual podría indicar que en esta etapa de la vida existe una mayor preocupación hacia los otros miembros de la familia, lo que podría disminuir el propio cuidado. Asimismo, en esta etapa de la vida, el ciclo vital familiar, se caracteriza por diversas crisis normativas relevantes (26), es probable que estas crisis normativas requieran de mayor atención por parte de los pacientes y se despreocupen de su enfermedad, especialmente si esta es asintomática, silenciosa y no le ocasiona problemas para seguir con su vida diaria. En este sentido, tanto los factores intrínsecos que se producen a medida que aumenta la edad, como las características del ciclo vital individual y familiar que se vivencian en la etapa de adulto maduro, podrían influir en el no control de la enfermedad cardiovascular.

Llama la atención la alta utilización de plantas medicinales para tratar la enfermedad cardiovascular por parte de la muestra, los hallazgos de este estudio podrían plantear esta práctica como de protección contra el uso excesivo y prolongado de medicamentos indicados para las enfermedades cardiovasculares. Esta conducta habitualmente es omitida y no informada a los profesionales de la salud, quienes probablemente indicarán un

tratamiento que no será efectivo. Por este motivo es importante realizar y establecer un plan terapéutico sobre la base de las diversas formas de cuidado que tienen las personas, especialmente porque el uso de plantas medicinales influyó negativamente en el control de las enfermedades en estudio.

En este estudio se encontraron las siguientes limitaciones:

a) la muestra corresponde a personas de un sector urbano, que se atienden en el primer nivel de atención del sistema público de salud, lo que significa que en las comunas rurales y/o el sector privado en salud, podrían mostrar un patrón diferente en los resultados respecto a los fenómenos en estudio.

b) la medición de conductas y prácticas en las personas son un proceso dinámico que varía acorde a las vivencias de las personas y del contexto social. Por lo tanto, un estudio transversal nos entrega sólo una mirada específica en el tiempo.

c) el bajo registro de valores de exámenes de A1c, determinó que se considerara sólo el valor más reciente, dificultando la obtención de la media de estos exámenes. La medición del control en un solo punto del tiempo no es lo óptimo, ya que los resultados, especialmente el metabólico, son variables y dinámicos en el tiempo.

Se sugiere a futuro, indagar en una muestra de hipertensos, diabéticos y dislipidémicos más amplia, para desarrollar un modelo de control de estas enfermedades por separado.

► Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de salud (OPS). Modelo de atención en enfermedades crónicas. [Internet]. [Citado 03 de octubre 2012]. Disponible en: http://www.redcronicas.cl/index.php?option=com_docman&Itemid=137&limitstart=14
2. Organización Mundial de la salud (OMS). Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Serie de informes técnicos 916 [en línea]. 2003 [acceso 11 oct 2012]. Disponible en: <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/006/ac911s/ac911s00.pdf>
3. Organización Panamericana de Salud (OPS). Enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Construyamos un futuro más saludable. Washington, D.C: OPS. 2011.
4. Statistic Canada. Result Canadian Health Measure Survey (CHMS) [en línea]. 2007-2009 [acceso 11 oct 2012]. Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/dicndss-dacsnsd-04-05/images/tab2.gif>
5. Wagner A, Sadoun A, Dallongeville J, Ferrières J, Amouyel P, Ruidavets JB, et al. High blood pressure prevalence and control in a middle-aged French population and their associated factors: the MONA LISA study. *J Hypertens*. 2011; 29(1): 43-50.
6. Tocci G, Rosei EA, Ambrosioni E, Borghi C, Ferri C, Ferrucci A, et al. Blood pressure control in Italy: analysis of clinical data from 2005-2011 survey on hypertension. *J Hypertens*. 2012; 30 (6): 1065-74.
7. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Departamento de epidemiología. Encuesta nacional de Salud 2009-2010 [en línea]. [acceso 02 sept 2012]. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/estudios-y-encuestas-poblacionales/encuestas-poblacionales/descarga-ens/>
8. Fort Z, Portos A, Castro M, Piñeyro C, Ciganda C, Bermúdez Y, et al. Factores de riesgo cardiovascular en 74.420 solicitantes de carné de salud.

Rev. Urug Cardiol. 2012; 27: 150-61.

9. Marín M J, Fábregues G, Rodríguez P D, Díaz M, Paez O, Alfie J, et al. Registro Nacional de Hipertensión Arterial: Conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Estudio RENA-TA. Rev. Argent Cardiol. 2012; 80(2): 121-9.

10. Silva H, Hernández-Hernández R, Vinuesa R, Velasco M, Boissonnet CP, Escobedo J, et al. Cardiovascular risk awareness, treatment, and control in urban Latin America. Am J Therapeutics. 2010; 17: 159-66.

11. Ministerio de Salud (MINSAL). Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020 [en línea]. 2011 [acceso 04 oct 2012]. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/b89e911085a-830ace0400101650115af.pdf>

12. Organización Mundial de la Salud (OMS). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Washington D.C; OMS. 2004.

13. Organización Mundial de la Salud (OMS). Guidelines for the regulatory assessment of medicinal products for use in self-medication. Ginebra [en línea]. 2000 [acceso 12 oct 2012]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js2218e/>

14. Ministerio de salud (MINSAL). Guía clínica hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más [en línea]. 2010 [acceso 23 oct 2012]. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/7220fdc4341c44a9e04001011f0113b9.pdf>

15. Miller P, Wikoff R, Garrett MJ, McMahan M, Smith T. Regimen compliance two years after myocardial infarction. Nurse research. 1990; 39(6): 333-6

16. Mendoza S, Muñoz M, Merino JM, Barriga

OA. Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. Rev Med Chile. 2006;134(1):65-71.

17. Icaza G, Núñez L, Marrugat J, Mujica V, Escobar M, Jiménez A, et al. Estimación de riesgo de enfermedad coronaria mediante la función de Framingham adaptada para la población chilena. Rev. Méd Chile. 2009; 137: 1273-82.

18. Ministerio de salud de Chile (MINSAL). Guía clínica diabetes mellitus tipo 2 [en línea]. 2010 [acceso 05 oct 2012]. Disponible en: <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/diabetesGes.pdf>

19. Ministerio de salud de Chile (MINSAL). Departamento enfermedades no transmisibles. Implementación del enfoque de riesgo en el programa de salud cardiovascular [en línea]. 2010 [acceso 04 oct 2012]. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/787e4765248b-c9e0e04001011f0172b5.pdf>

20. Kahattab M, Khader YS, Al-Khawaldeh A, Ajlouni K. Factors associated with for glycemic control among patients with type 2 diabetes. Journal of diabetes and its complications. 2010; 24 (1): 84-9.

21. Alfonso Godoy K, Achiong Estupiñan F, Achiong Alemañy F, Achiong Alemañy F, Fernández Alfonso J, Delgado Pérez L. Factores asociados al hipertenso no controlado. Rev Méd Electrón [en línea]. 2011 [acceso 21 dic 2012]; 33(3). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol3%202011/tema04.htm>

22. Figueroa L, Gamarra G. Factores asociados con no control metabólico en diabéticos pertenecientes a un programa de riesgo cardiovascular. Acta Médica Colombiana. 2013; 38 (4): 213-21

23. Escalona E. Relación salud-trabajo y desa-

rollo social: visión particular de los trabajadores de la educación. Rev Cubana Salud Pública. [en línea]. 2006 [acceso 21 dic 2012]; 32 (1). Disponible en: www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_1_06/spu12106.pdf

24. Benach J, Muntaner C, Solar O, Santana V, Quinlan M. Empleo, trabajo y desigualdades en salud: una visión global. Rev Cubana Salud Pública. [en línea]. 2011; [acceso 21 dic 2012]; 37(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000200017&Ing=es.

25. Kollannoor G, Chhabra J, Fernandez M, Vega S, Segura S, Damio G, et al. Determinants of fasting plasma glucose and glycosylated hemoglobin among low income Latinos with poorly controlled type 2 diabetes. J Inmigr Minor Health. 2011; 13 (5): 809-17.

26. Mancilla C. El médico de familia y la salud familiar. Valparaíso, Chile: Universidad de Valparaíso-Editorial. 2005.