

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**Intervención de trabajadores comunitarios para el
rescate de pacientes pasivos del Programa
Cardiovascular en el
Centro CESFAM Barros Luco, 2017**

**Tesis para optar al Grado de
Magister En Salud Pública**

Tesista Natalia Lucero Mondaca

Profesor guía de tesis: Johnny Acevedo

Profesor co-tutor: César Gattini C.

Santiago, Septiembre de 2019

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	2
II.	MARCO TEÓRICO.....	5
III.	OBJETIVOS.....	28
IV.	HIPÓTESIS:.....	28
V.	METODOLOGÍA.....	29
VI.	RESULTADOS.....	40
VII.	DISCUSIÓN.....	55
VIII.	CONCLUSIÓN.....	58
IX.	BIBLIOGRAFÍA.....	59

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la primera causa de carga de morbilidad, discapacidad y mortalidad parcialmente evitables, tanto a nivel mundial como nacional ^{1,2}. Los estilos de vida de la población tienden a aumentar los factores de riesgo cardiovascular y su impacto negativo en la salud de las personas ³.

De un modo similar a otros países, la población chilena ha aumentado su esperanza de vida y por tanto ha envejecido, lo que ha contribuido a aumentar la prevalencia y carga de enfermedad de las enfermedades cardiovasculares, ya que éstas se concentran en especial en la población adulta mayor. Ante esta situación, el Ministerio de salud de Chile creó en 2001 el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV), que se focaliza en personas portadoras de algunos factores de riesgo y enfermedades específicas como la hipertensión, diabetes, dislipidemia y fumadores de 55 años y más. ⁴

Este programa de salud se realiza especialmente en los centros de nivel primario de atención de las redes asistenciales del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), que en su mayoría corresponden a Centros de Salud Familiar (CESFAM).

Al igual que lo que se reporta en la experiencia de otros países, existen efectivos mecanismos detectar pacientes e ingresarlos a dicho programa. Pero luego la adherencia de pacientes tiende a tener diversas limitaciones, pues se produce una pérdida de pacientes que debieran mantenerse en la población bajo control del PSCV. Ello impide que se pueda cumplir cabalmente con el objetivo de prevención en sus distintas etapas, y así contribuir a prevenir las complicaciones prematuras o evitables de enfermedad, incapacidad y muerte.

Según la OMS (2004), existen una serie de factores que influyen en el grado de adherencia a esos programas⁵, entre los cuales destacan la adherencia farmacológica, conocimientos de la enfermedad, auto-eficacia, capacidad económica, características socio-demográficas y la relación transaccional con

el equipo médico. Todo ello hace más complejo el tratar de cumplir metas y tratar de modo eficiente a los pacientes crónicos.⁶

Las limitaciones de adherencia de pacientes, se pueden producir tanto por problemas del recurso de los servicios asignados al programa, como de obstáculos al acceso de los pacientes a la atención programada. La alta deserción a los tratamientos relacionados con las enfermedades cardiovasculares a nivel nacional se refleja con las altas estadísticas de deserción al PSCV, usuarios que al no asistir de hace un año o más a sus controles del PSCV pasan a ser pacientes pasivos, los que al no estar en control médico seriado podrían auto-medicarse o dejar definitivamente su tratamiento para su/s enfermedad/es cardiovascular/es.

En el caso de los centros de nivel primario, aquellos casos que dejan de asistir al PSCV por más de un año son catalogados como pacientes “pasivos”, y son considerados como “rezagados del sistema de salud”, sin supervisión del equipo médico de sus enfermedades cardiovasculares (ECV), del tratamiento farmacológico y de los factores de riesgo, lo cual los predispone a la exacerbación de sus patologías y por ende a la enfermedad, discapacidad o muerte. Estas patologías tienen efectos crónicos y acumulativos sobre el sistema cardiovascular, situación que provoca discapacidad o muerte prematura en la población.

Los centros asistenciales tienen una modalidad habitual (ya tradicional) de buscar tratar de rescatar aquellos pasivos mediante estrategias como llamados telefónicos y envíos de correspondencia. El estudio compara el rescate de pacientes pasivos del PSCV logrado con el aporte de los trabajadores comunitarios (TC) versus el logrado con las medidas y estrategias habituales que se realizan en el nivel primario de atención. Además los TC empoderan en su salud a los pacientes pasivos a través del conocimiento sobre ECV lo que también afianza una futura buena adherencia terapéutica al momento del reingreso al PSCV. Es relevante mencionar que el rol que ejerce el TC es poner en práctica la importancia del enfoque biopsicosocial que comprende a las personas como seres libres y capaces de modificar su estilo de vida, controlar su salud a través de la reflexión y la acción individual, considerando el

entorno social más cercano como otro más de los factores externos que influyen en su comportamiento en salud.

La presente tesis está enmarcada en el proyecto MECESUP del Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar de la Universidad de Chile “Innovando los modelos de docencia, gestión clínica comunitario en un CESFAM”, con el objetivo de realizar una intervención de rescate de pacientes pasivos del PSCV a través de la intervención de trabajadores comunitarios(TC) quienes realizaron un acompañamiento horizontal, soporte emocional y práctico, mejorar vínculos con los servicios formales de salud específicamente con el Centro de Salud Familiar (CESFAM) Barros Luco, de la Comuna de San Miguel y el Servicio de Salud Metropolitano Sur.

Dada la importancia del PSCV en la salud y en las expectativas de vida y calidad de vida de los pacientes crónicos bajo control del programa, es crucial mantener la más alta adherencia posible, lo que podría permitir vivir más y mejor a los pacientes bajo control

En la medida de que la intervención de los trabajadores comunitarios sea exitosa en cuanto a mejorar la forma y proporción de rescate en aquellos usuarios que se han alejado hace más de un año del programa, entonces la experiencia realizada podría constituir un prototipo de rescate que podría recomendarse para el PSCV en los CESFAM de los Servicios de Salud.

I. MARCO TEÓRICO

Enfermedades crónicas no transmisibles afectas a prevención y control

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son aquellas que no se contagian de persona a persona, son de larga duración y son el resultado de la expresión de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales de las personas, y afectan a todos los rangos etarios de la población. Las principales ENT que causan el 80% de muertes prematuras a nivel mundial se muestran en la tabla1, mata 40 millones de personas en un año, lo que representa el 70% de muertes a nivel mundial⁷, lo que genera un impacto socioeconómico en la población⁸ y en las personas más vulnerables ya que los costos de atención sanitaria reduce significativamente el presupuesto familiar. Además se traduce en costos indirectos e intangibles para la sociedad al aumentar las muertes prematuras y la disminución del recurso humano para la producción del país⁹.

Es por esto que la meta 3.4 de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) es reducir las muertes prematuras al 33% para el 2030, mediante la prevención y el tratamiento.

La Organización Mundial de Salud (OMS) ¹⁰ para apoyar esa meta elaboró el "*Plan de acción mundial para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020*, que contiene las nueve metas mundiales"⁷ y aborda la gestión a realizar por los países para el control de las ENT a través de 6 objetivos¹⁰ que en general ya están incluidos en el PSCV y su aplicación en el NPA. Estos objetivos se refieren a:

- Otorgar más prioridad a la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las agendas de desarrollo mundial, regional y nacional y en los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente mediante el reforzamiento de la cooperación internacional y la promoción.
- Reforzar la capacidad, el liderazgo, la gobernanza, la acción multisectorial y las alianzas nacionales para acelerar la respuesta de los países en materia de prevención y control de las enfermedades no transmisibles.

- Reducir los factores de riesgo modificables de las enfermedades no transmisibles y sus determinantes sociales subyacentes mediante la creación de entornos que fomenten la salud.
- Fortalecer y reorientar los sistemas de salud para abordar la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y de los determinantes sociales subyacentes mediante una atención primaria centrada en las personas y la cobertura sanitaria universal
- Fomentar y apoyar la capacidad nacional de investigación y desarrollo de calidad en relación con la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.
- Vigilar la evolución y los determinantes de las enfermedades no transmisibles y evaluar los progresos hacia su prevención y control

Enfermedades crónicas cardiovascular

Según el Ministerio de salud de Chile (MINSAL), las ECV son aquellas patologías que resultan del proceso aterosclerótico y que por sí mismas son consideradas un factor de riesgo para padecer un nuevo evento CV. Y considera las siguientes patologías como enfermedad cardiovascular¹¹:

- Enfermedad coronaria: Es una afección donde la placa de ateroma (figura N° 1) se introduce en los vasos coronarios afectando la circulación sanguínea al corazón. Lo que desemboca en Infarto agudo al miocardio, angina estable/inestable e incluye en el diagnóstico a los pacientes con antecedentes de angioplastia o cirugía de revascularización miocárdica.
- Enfermedad cerebrovascular: Es aquella en donde los vasos sanguíneos que irrigan al cerebro se ven afectados, lo que interrumpe el suministro de oxígeno y glucosa a las células nerviosas del cerebro, produciendo la muerte de ese tejido, a esto se le llama accidente cerebrovascular¹².
- Enfermedad arterial periférica: Es la afectación que ocluye las arterias de las extremidades inferiores (piernas) ¹³.

- Enfermedad aórtica aterosclerótica: Proceso patológico que afecta principalmente a la capa íntima de la arteria aortica de grueso calibre, estas lesiones ateroescleróticas comienza desde edades tempranas y van progresando con la edad^{14,15}.

- Enfermedad reno vascular: Debido a su naturaleza sistémica, la enfermedad renovascular aterosclerótica afecta con frecuencia tanto a arterias grandes como a las arterias pequeñas de ambos riñones, dando lugar en último término a deterioro progresivo de la función renal por isquemia de las áreas renales afectadas, a la vez que, potencialmente, provoca daño hipertensivo en las zonas del riñón que habían estado perfundidas por arterias renales relativamente normales.^{17, 18,19,20}

- Enfermedad carotidea: Es una afección de la arteria carotidea extra craneal producida por la estenosis de la arteria producto de una placa ateroesclerótica²¹, lo que puede producir un accidente cerebrovascular isquémico ipsilateral.

Factores de riesgo cardiovascular (FRCV)

Las ECV son el resultado de la combinación de factores genéticos, ambientales, estilos de vida, enfermedades ^{22,25} y características personales^{23, 24}. Estos factores se conocen como factores de riesgo cardiovascular ya que su presencia indica la predisposición de las personas a desarrollar la ECV y por lo tanto son indicadores cuantificables de riesgo cardiovascular²⁴.

Los factores de riesgo se clasifican en modificables y no modificables^{24, 25} (tabla Nº 1), los modificables son aquellos factores sobre los cuales se puede realizar una intervención para mejorarlos en cambio los no modificables son características inherentes de cada individuo sobre los cuales no se puede intervenir, como por ejemplo la edad y sexo de una persona.

Tabla 1: Factores de riesgo Cardiovascular

Factores de Riesgo CV	NO Modificables	Modificables
Factores Mayor de Riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Edad: Mujer: ≥ 45 años Hombre: ≥ 55 años • Sexo masculino y mujer postmenopausica • Antecedentes personales y familiar de 1º grado de ECV 	<ul style="list-style-type: none"> • HTA • Diabetes • Dislipidemia • Tabaquismo • Enf- renal crónica etapa 3b-5 y/o albuminuria mod. O severa
Factores condicionantes de Riesgo		<ul style="list-style-type: none"> • Obesidad: IMC ≥ 30 Kg/m² • Triglicéridos ≥ 150 mg/dl • Sedentarismo • Obesidad abdominal: Hombres: ≥ 90 Mujeres: ≥ 80

Fuente: Elaboración propia con datos del MINSAL

Factores De riesgo Cardiovascular Modificables y sus factores contribuyentes al riesgo CV:

Los factores de riesgos más prevalentes son el sedentarismo, tabaquismo y dislipidemia^{28,29}. (Tabla N° 3)

Tabla 2: Prevalencia de los principales factores de ECV en la población de Chile, según Encuesta Nacional de Salud 2009-2010

Factor de Riesgo	Pervalecia (%)
Colesterol Total	38,5
40<HDL	28,3
150>LDL	31
Diabetes Mellitus	9,4
Presión Arterial elevada	26,9
Tabaquismo	40,6
Circunferencia de cintura	31,1
Sedentarismo	88,6
Obesidad	25,1
Sobrepeso	67
Alcoholismo	10,9

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2009-2010

Los factores de riesgo cardiovascular están relacionados directamente con la condición socioeconómica de las personas observándose una brecha de mayor RCV en la población más vulnerable^{5, 26}. Los resultados preliminares 2016-2017 aportados por la tercera versión de la ENCUESTA NACIONAL DE SALUD (ENS)³⁰ indican que existe una alta prevalencia de obesidad en el

grupo con menos de 8 años de estudio cursados (43,2%) y de un 57% de prevalencia en la sospecha de HTA.

Hipertensión Arterial (HTA): La HTA es la tensión elevada que mantienen las paredes de las arterias frente a la fuerza que ejerce el torrente sanguíneo producto de la eyección desde el corazón; la fuerza elevada y sostenida en el tiempo produce un daño sobre los vasos sanguíneos y corazón³¹. La mayoría de las veces no produce síntomas, por lo que se califica como un asesino silencioso, lo cual coincide con las cifras nacionales donde un 27% de los mayores de 15 años tienen una presión arterial elevada ($\geq 140/90$ mmHg)²⁸, pero sólo dos tercios de los que tienen HTA conocen su condición, lo que es relevante para nuestro país porque una de cada siete muertes se debe directamente a la HTA²⁹.

La presión normal en los adultos es:

Tabla 3: Presión arterial normal en adulto

PRESIÓN	EDAD	LIMITE
Sistólica	Menor de 80 años*	Menor a 140 mm/Hg
Diastólica	Menor de 80 años*	Menor a 90 mm/Hg
Sistólica	Mayor de 80 años*	Menor a 180 mm/Hg
Diastólica	Mayor de 80 años*	Menor a 90 mm/Hg

Fuente Elaboración Propia. Con datos de actualización 2017 indicada por el MINSAL.

Si no se controla, la hipertensión puede provocar un infarto agudo al miocardio(IAM), un ensanchamiento del corazón, insuficiencia cardíaca, los vasos sanguíneos pueden desarrollar protuberancias (aneurismas) y zonas débiles que los hacen más susceptibles de obstruirse y romperse. La tensión arterial puede ocasionar que la sangre se filtre en el cerebro y provocar un accidente cerebrovascular. La hipertensión también puede provocar deficiencia renal, ceguera y deterioro cognitivo²⁷. Las HTA se pueden agravar por otros factores como el consumo de tabaco, una dieta poco saludable, el uso nocivo del alcohol, la inactividad física, la exposición a un estrés permanente, la obesidad, el colesterol alto y la diabetes mellitus^{27, 28,29}. Existe la presión arterial sistólica y diastólica. La presión sistólica corresponde a la fuerza medida del torrente sanguíneo sobre las paredes de la arteria durante la contracción del

corazón (sístole) y la presión diastólica corresponde a la fuerza del torrente sanguíneo durante la relajación del corazón (Diástole) ²⁷.

Diabetes: La insulina es una hormona secretada del páncreas cuya función es mantener los niveles adecuados de azúcar en la sangre; cuando el cuerpo no sintetiza o secreta en baja cantidad la insulina hay un exceso de glicemia en sangre, por lo que se requiere la administración diaria de esta hormona ^{30, 31}, a esta condición se le denomina diabetes tipo I insulino dependiente. La diabetes tipo II o del adulto, implica que el cuerpo genera resistencia a la insulina producto de procesos inflamatorios ^{32, 33} como respuesta al exceso de tejido graso (producto del sobre peso, obesidad y/o sedentarismo) que libera ácidos grasos a la circulación producto del incremento en el tamaño de los adipocitos que generan daño por "stress oxidativo" desencadenado en exceso la lipólisis. Estos mecanismos terminan produciendo citoquinas inflamatorias con la siguiente alteración de la función del tejido adiposo y la resistencia a la insulina en este tejido ^{34,35,36}. Este tipo de diabetes por lo general se diagnostica cuando evidencia signos clínicos luego de varios años de evolución ³⁴.

Los dos tipos de diabetes tienen como producto final la hiperglicemia o el exceso de azúcar en la sangre, es de progresivo avance y no tiene tratamiento, solo se pueden controlar o detener su evolución ³⁷. Las complicaciones clínicas más frecuentes que presentan las personas que no controlan esta enfermedad son la ceguera, la insuficiencia renal, isquemia de extremidades inferiores con su posterior amputación, infarto al miocardio y afectación al sistema nervioso central y periférico ³⁴.

El riesgo cardiovascular de las personas diabéticas aumenta al doble ³⁵ con respecto a otras con similares características que no poseen diabetes ³² y 2/3 de los diabéticos fallece por alguna causa CV. La diabetes y el riesgo vascular se asocian por la duración de la diabetes, el control glicémico, la presencia de enfermedad renal y de otros factores de riesgo cardiovasculares. Existe una asociación continua entre los niveles de Hemoglobina glicosilada ³⁸ (HbA1c) y la enfermedad cardiovascular: una reducción en 1% en la HbA1c se asocia a una reducción de 21% (95% IC, 15-27%) en el riesgo de muerte asociado a la diabetes y 14% de reducción en el riesgo de IAM en los próximos 10 años ³⁹.

Dislipidemia: La hipercolestoremia es la causante del daño arterial, las LDL modificadas⁴⁰, especialmente oxidada, son atrapadas en la matriz subendotelial captadas por monocitos-macrófagos a través de receptores “scavenger” que no tienen un sistema de autorregulación para el colesterol intracelular, transformándose en células espumosas llenas de colesterol, las que activan el proceso inflamatorio descrito con anterioridad produciendo el estrechamiento y daño arterial^{41,42,43,45}.

Los niveles patológicos de lípidos se muestran en la tabla 4⁴⁴

Tabla 4: Niveles patológicos de lípidos. Fuente: Ministerio de salud. Guía técnica Dislipidemia

Categorías de riesgo CV	LDL	HDL	Triglicéridos
BAJO	≥ 160	≤35	≥200
ALTO	≥130	≤35	≥200
MÁXIMO	≥100	<45	≥160

Fuente: Elaboración Propia con datos MINSAL, guía técnica dislipidemia

Tabaquismo: Se define como la intoxicación crónica producida por el abuso del tabaco^{46, 47}, el que mata a la mitad de sus consumidores, y a 7 millones de personas en el mundo, esta cifra incluye a no fumadores expuestos al humo del cigarrillo⁴⁶. Se considera una epidemia a nivel mundial siendo causante de muertes prematuras por lo que es una carga agravante para las familias y la sociedad⁴⁸.

El tabaquismo activo y pasivo provoca enfermedad cardiovascular como consecuencia del efecto del monóxido de carbono y nicotina a través de un estado de hiper coagulación, aumento del trabajo cardíaco, vasoconstricción coronaria, liberación de catecolaminas, alteración del metabolismo de los lípidos y alteración de la función endotelial⁴⁸; los fumadores tienen el doble de riesgo de padecer un evento cardiovascular mortal⁴⁹.

Los componentes más frecuentes asociados al tabaquismo son:

- Cigarrillos: Es un cilindro de papel que en su interior contiene tabaco y otras sustancias tóxicas y/o cancerígenas para el ser humano. Entre las

sustancias tóxicas destacan la nicotina por su poder adictivo y el monóxido de carbono⁴⁹.

- Humo: Al encender un cigarrillo la combustión produce dos tipos de corrientes de humo:
 1. Corriente principal: Es el humo que inhala el fumador activo y se produce a altas temperaturas.
 2. Corriente lateral o secundaria: Es el humo que se libera al ambiente entre las inhalaciones del fumador y se produce a más bajas temperaturas; este humo contiene mayores concentraciones de algunas sustancias (2,5 veces más monóxido de carbono, 52 veces más dimetilnitrosamina y 73 veces más amoníaco que la corriente principal). Estas sustancias se diluyen en el ambiente antes de ser inhaladas por otras personas, las que respirarán un humo más concentrado mientras mayor sea su proximidad al cigarrillo en combustión⁴⁹.

Obesidad y sobrepeso: La OMS ha denominado a estas enfermedades la “epidemia del nuevo siglo”; A nivel mundial desde 1980, la obesidad se ha doblado en todo el mundo. En 2014, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos. En ese mismo año, 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso o eran obesos^{50,51,52}.

Las causas asociadas al sobre peso y obesidad son genéticas y vinculadas al estilo de vida como el sedentarismo, consumo de alcohol y dieta alimenticia rica en grasas saturadas⁵³. El sobrepeso y obesidad tienen una relación causal con las ECV^{53,53}, las personas que la padecen tienen tasas más altas de padecerlas, hasta un 66% de la diabetes mellitus tipo 2, 52% de las coleditiasis, 29% de la hipertensión y 22% de las ECV pueden ser atribuidos a la obesidad^{53,54}.

Sedentarismo: Se ha observado que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial^{55,56} (6% de las muertes registradas en todo el mundo). Además, se estima que la inactividad física es la

causa principal de aproximadamente el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica⁵⁵⁻⁵⁷.

Los beneficios de realizar actividad física son que reducen en forma independiente los riesgos para varias enfermedades crónicas como la enfermedad coronaria, obesidad, enfermedad cerebrovascular, diabetes, entre otras, ya que otorga un acondicionamiento CV que reduce el riesgo de mortalidad CV⁵⁸. El entrenamiento físico también tiene un efecto positivo para regular fisiológicamente la sensibilidad insulínica, la dislipidemia y la HTA⁵⁹.

Alcohol: El Segundo Estudio de la Carga de Enfermedad en Chile⁶¹ (2017) demuestra que la dependencia de alcohol y la cirrosis hepática se encuentran entre las 5 primeras enfermedades generadoras de años de vida perdidos por muerte y discapacidad prematura y evitable⁶⁰. Las enfermedades cardíacas, hipertensivas, las enfermedades depresivas unipolares, las enfermedades de la vesícula, los accidentes de tránsito, enfermedades de ansiedad y la condición de violencia, son otras que, con diferencias entre ambos sexos, son otras que encabezan el listado. Varias de éstas asociadas al consumo de alcohol⁶¹. En la literatura también se demuestra que el alcohol produce riesgo CV luego de 24 horas de su ingesta, y en las personas que consumen altas dosis de alcohol frecuentemente presentarán problemas CV de forma permanente⁶².

Los efectos sobre el sistema circulatorio a largo plazo como la arritmia y la hipertensión, predisponen a quien los padece a sufrir una insuficiencia cardíaca que puede finalizar en un infarto. Estos efectos también se dan en intoxicaciones etílicas agudas^{63,64}.

Por otra parte, los beneficios de un consumo moderado de alcohol sobre el sistema cardiovascular son reales. La propia American Heart Association concluyó que los bebedores moderados tienen un 40-50% menos de riesgo de padecer un infarto de miocardio. Esto se debe al efecto vasodilatador y “antiadherente” sobre el endotelio de los vasos coronarios (los que irrigan el músculo cardíaco)⁶⁴.

Programa de Salud Cardiovascular (PSCV)

El Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) es una de las principales estrategias del Ministerio de Salud de Chile⁶⁷ para contribuir a reducir la morbimortalidad asociada a las ECVs⁶⁸ en la atención primaria.

Empezó su implementación como plan piloto en el año 2001 en la región V y VIII como parte de la iniciativa Carmen-Chile⁶⁹. Carmen es una iniciativa de la Organización Panamericana de Salud (OPS) para mejorar la salud de las poblaciones en las Américas mediante la reducción de los factores de riesgo asociados a las Enfermedades No Transmisibles (ENTs)⁷⁰.

El presupuesto del PSCV en Atención Primaria se ha visto incrementado en forma significativa a contar del 2003. Esto ha permitido mejorar la capacidad de diagnóstico, una mayor gama de opciones terapéuticas, asegurar el tratamiento medicamentoso e incrementar la dotación de recursos humanos y otras mejorías según las necesidades de los niveles locales. Estas mejorías se ven reflejadas en un aumento sostenido de la cobertura de las personas hipertensas y diabéticos⁷¹, y un aumento en la proporción de personas bajo control compensadas (niveles de presión arterial, glicemia y/o colesterol total dentro de rangos normales), aunque todavía dentro de rangos insuficientes⁶⁸.

El PSVC tiene como objetivo Objetivo General⁶⁷ reducir la morbilidad y mortalidad por ECVS mediante la prevención y tratamiento oportuno y efectivo de los pacientes con factores de riesgo CV y /o con enfermedades cardiovasculares que se controlan en atención primaria.

Objetivos específicos de este Programa⁶⁷:

- Reducir el riesgo cardiovascular de los individuos en control.
- Lograr que los fumadores dejen el hábito.
- Lograr niveles de presión arterial óptimos.
- Mejorar el control metabólico de los diabéticos.

- Reducir los niveles de colesterol en pacientes con disciplinas.
- Lograr una baja de peso significativa en los individuos con sobre peso y obesos.
- Mejorar la capacidad física de los pacientes en control.

Las prestaciones que otorga este programa son el Control de Salud, Evaluación de pie diabético, EMPAM – EMP y Derivación a consulta de morbilidad, nutricional, asistente social, psicóloga, kinesiólogo, podólogo⁶⁷.

Las condiciones de ingreso al PCV es que la persona tenga uno o más de los factores de riesgo descritos en el punto II.2.4, es decir HTA, diabetes, ser fumador de 55 años o más, consumo de riesgo de alcohol, dislipidemia y antecedentes de enfermedad aterosclerótica^{71, 72, 73}.

Riesgo cardiovascular: es un indicador considerado para pesquisar las ECV y evitar la mortalidad CV. La velocidad de progresión de la aterosclerosis está influenciada a la exposición de los factores de riesgo ya descritos, resultando en placas ateroscleróticas inestables, estrechamiento de los vasos sanguíneos y obstrucción del flujo de sangre a órganos vitales tales como el corazón y el cerebro. Las manifestaciones clínicas de estas enfermedades son angina de pecho, infarto agudo al miocardio (IAM), crisis isquémica transitoria (CIT) y ataque cerebral.

El riesgo CV global es una función del perfil de riesgo, sexo y edad de cada individuo; e indica el riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular determinado por el efecto combinado de los factores de riesgo CV, que habitualmente coexisten y actúan en forma multiplicativa⁶⁸. El propósito de este cálculo es utilizarlo para hacer un manejo terapéutico apropiado de aquellos factores de riesgo modificables.

Para evaluar clínicamente el riesgo cardiovascular se utilizan las siguientes orientaciones:

1. Las personas que tienen uno o más indicadores de los que se describen a continuación, se considera como de alto riesgo CV solamente por sus

antecedentes y no se requiere evaluar con la tabla de estratificación de riesgo CV.

- Antecedentes personales de una enfermedad cardiovascular previa: Angina, IAM, angioplastia, bypass coronario, crisis isquémica transitoria, ataque cerebro vascular isquémico o enfermedad vascular periférica.
- Cifras de presión arterial elevadas en forma permanente: PAS mayor o igual a 160-170 y/o PAD mayor o igual a 100-105.
- Personas con una enfermedad lipídica genética: hipercolesterolemia familiar, defecto familiar ApoB, dislipidemia familiar combinada.
- Sin antecedentes personales de ECV pero con un colesterol mayor a 280 mg/dl o colesterol LDL mayor o igual a 190 o una relación colesterol total/ colesterol HDL mayor a 8.
- Personas con diabetes y nefropatía diabética establecida, o diabetes y otra enfermedad renal.

2. Las tablas que estiman el riesgo de padecer un episodio coronario, mortal o no, en personas sin antecedentes de patología cardiovascular previa (prevención primaria), entregan la estimación del riesgo a través de un resultado numérico en una casilla con un determinado color, verde, amarillo, naranja y rojo, para clasificar a la persona en riesgo bajo, moderado y muy alto, respectivamente. La clasificación de las Tablas chilenas se ha simplificado y contempla sólo 4 categorías de riesgo: bajo, moderado, alto y muy alto.

3. Otros factores de riesgo cardiovascular⁶⁸:

La clasificación del riesgo cardiovascular global deberá considerar otros factores de riesgo no incluidos en la Tabla, y que sumados a estos podrían aumentar el riesgo CV global de la persona. Estos son:

A. Antecedentes familiares de cardiopatía coronaria o ataque cerebral prematuro en familiar de primer grado (hombre < 55 años, mujer < 65 años)

B. Personas en tratamiento antihipertensivo (independientemente de la cifra de PA)

C. Obesidad central (circunferencia de cintura ≥ 102 cm en hombres y ≥ 88 mujeres)

D. Concentración elevada de triglicéridos (≥ 150 mg/dl)

E. Concentraciones elevadas de proteína C-reactiva, fibrinógeno, homocisteína, apolipoproteína B ó Lp(a), hiperglicemia en ayunas o intolerancia a la glucosa

F. Microalbuminuria en diabéticos

Si la persona que se evalúa tiene uno o más de estos factores deberá sumar 5 puntos al puntaje obtenido por la Tabla. Este será el valor del riesgo cardiovascular global

Tabla 5. Clasificación de riesgo CV

Clasificación Riesgo CV	% de Riesgo
Bajo	<5%
Moderado	5-9%
Alto	10-19%
Muy Alto	$\geq 20\%$

Elaboración propia con datos de la Guía técnica PSCV MINSAL.

El protocolo de derivación al PSCV que indica el MINSAL es el siguiente⁶⁸:

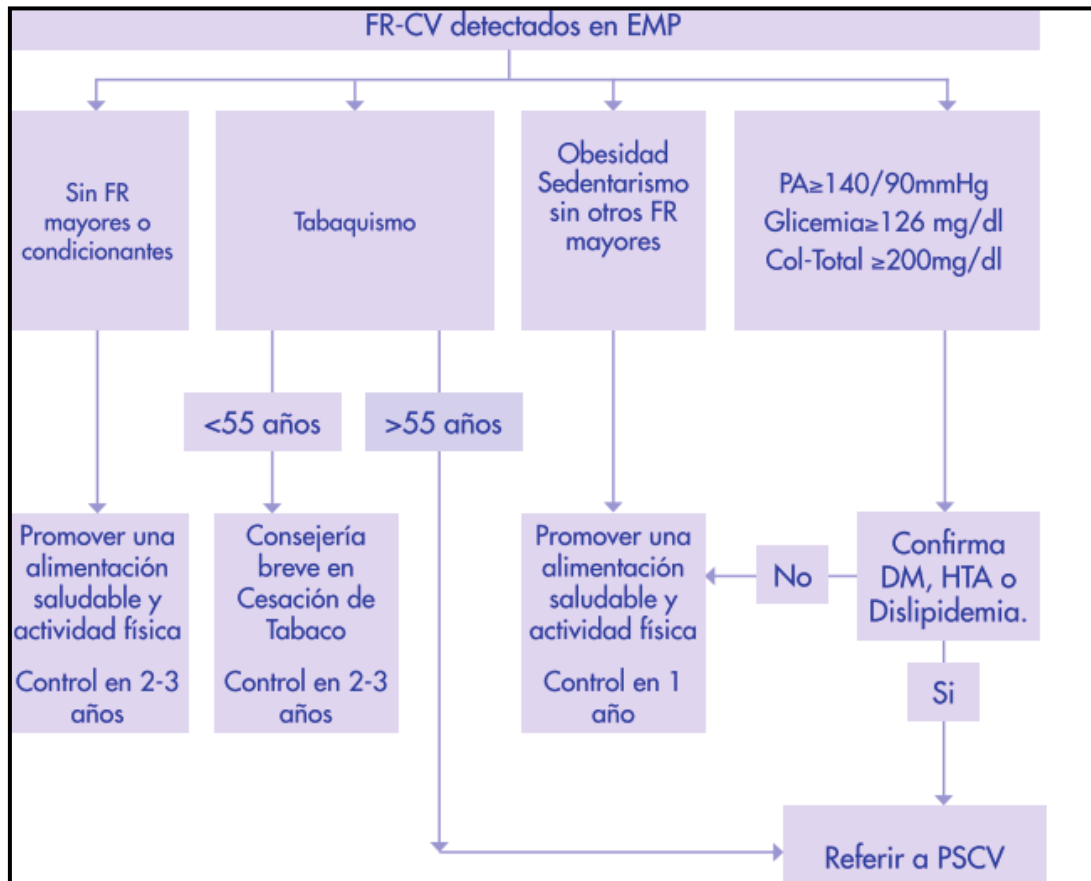


Figura 1: Derivación PSCV. Fuente: Guía técnica PSCV⁶⁸

El hito de ingreso al PCV es el control médico con los exámenes realizados que se indican en la tabla 6:

Tabla 6: Exámenes de ingreso PSCV

Todas las personas que ingresan al PSCV	A personas con diabetes además solicitar
-Hematocrito -Glicemia -Perfil Lipídico -Uricemia -Creatinemia Plasmática -Orina completa -Electrocardiograma	-Hemoglobina A1C -Microalbuminuria -Examen de fondo de ojo
Mujer	≥ 88

Fuente: Elaboración propia con datos de la Guía técnica PSCV⁶⁸

Pacientes Pasivos del PSCV: Son aquellos pacientes que no han asistido hace un año o más a sus controles del PSCV⁷¹. Este problema de baja adherencia de los pacientes con ECV a sus tratamientos, la OMS lo ha identificado como una problemática a nivel mundial¹. Para estos casos los CESFAM aplican un protocolo de rescate, el que consiste en contactar telefónicamente al paciente con un máximo de dos intentos y si no se contacta se le realiza una visita a domicilio, para reingresarlo al programa; Esta estrategia muchas veces es poco efectiva ya que los datos de contacto del paciente del sistema informático RAYEN se encuentran incompletos o desactualizados.

Por otra parte, son muchos los factores que pueden incidir en la adherencia al tratamiento terapéutico, por lo cual si un usuario tuvo un conflicto en su centro de salud, se alejará del sistema quedando más susceptible a sufrir un evento cardiovascular, ya que no estaría con control del equipo de salud o con sus tratamientos farmacológicos actualizados, lo que genera un obstáculo para alcanzar las metas planteadas por la OMS y el MINSAL de Chile para controlar y prevenir las ECV⁷².

Falta de Adherencia terapéutica

La OMS ha identificado la falta de adherencia como un problema relevante a nivel mundial. En el caso de la hipertensión arterial, el porcentaje de pacientes que cumplen su régimen terapéutico es sólo del 27%, 43% y 51% en Gambia, China y los Estados Unidos de América (EE.UU.), respectivamente. Y el doctor Yach^{73, 75}, director de las enfermedades crónicas no transmisibles de la OMS afirma que el incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes, está en el origen de complicaciones médicas y psicosociales de la enfermedad, reduce la calidad de vida de los pacientes, aumenta la probabilidad de aparición de resistencia a los fármacos y desperdicia recursos asistenciales⁷³

En Chile, la Encuesta Nacional de Salud 2003 muestra que sólo 21% de los hipertensos se encontraban en tratamiento farmacológico y de este grupo, apenas un tercio estaba normotenso. Asimismo, sólo 25% de los diabéticos que estaban en tratamiento, tenían glicemias normales⁷⁴.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁷⁵ describe la adherencia al tratamiento como un comportamiento complejo del paciente influido por múltiples factores, que se clasifican en cinco tipos de dimensiones:

- Factores socioeconómicos: Se refiere principalmente al nivel educacional e ingreso económicos de las personas.
- Factores relacionados con la atención médica: Está relacionado con el acceso a la atención primaria y la relación médico paciente (relación transaccional).
- Factores relacionados con la enfermedad o condición del paciente: severidad de los síntomas, presencia de comorbilidades.
- Factores relacionados con el tratamiento^{76,77}: efectos secundarios y complejidad del régimen farmacológico.
- Factores relacionados con la autonomía del paciente: percepciones de la efectividad del tratamiento, creencias personales.

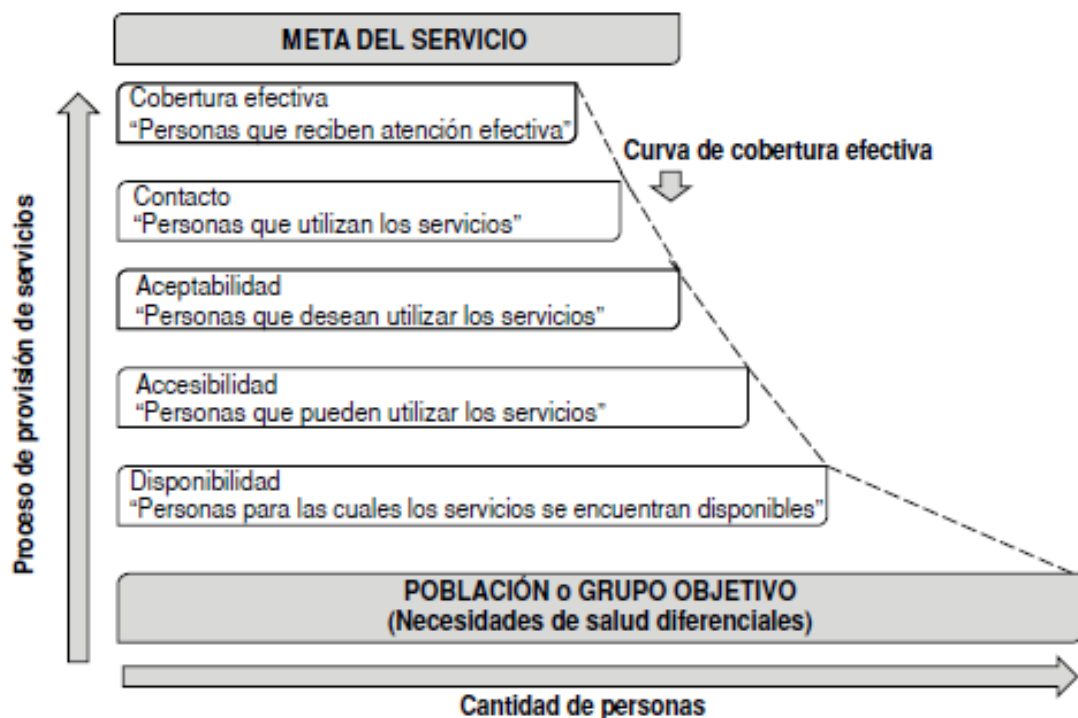
Además Téllez⁷⁴ agrega los siguientes factores:

- Factores demográficos como edad, género, estado civil, nivel socioeconómico.
- Factores sociales y culturales como relaciones de apoyo familiar e influencia de normas sociales.
- Factores relacionados con el acceso y costo de la atención y tratamiento:

El acceso se considera una medida de la proporción de población que contacta y recibe servicios apropiados de salud, la accesibilidad es la posibilidad de obtener atención de salud cuando se necesita y el uso o utilización de los servicios de salud como acceso efectivo.

Para que se pueda producir acceso efectivo a los servicios de salud, es importante que existan adecuadas y eficientes condiciones de recurso en los servicios de salud, que permitan el cumplimiento efectivo de programas como el PSCV. Al mismo tiempo, se requiere que existan condiciones en la población y su entorno, que faciliten el acceso oportuno a los programas de salud.

Figura 2. Factores de acceso y barreras para lograr cobertura efectiva de servicios de salud



Fuente: Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. Bull World Health Organ. 1978

En la figura 2 de T. Tanahashi (1978) se sintetiza el conjunto de factores que facilitan el acceso a los servicios de salud. Destaca que haya disponibilidad de recursos, accesibilidad (geográfica, económica, cultural); aceptabilidad en tona a la percepción de prestaciones y cultura; contacto con adaptación de servicios al paciente; y cobertura efectiva, donde las personas puedan recibir atención efectiva para su problema específico

Según lo mencionado anteriormente es relevante indicar que la adherencia terapéutica es un concepto amplio que no abarca solo el tratamiento farmacológico.

Las consecuencias de la adherencia terapéutica deficiente a los tratamientos a largo plazo resultan en bajos resultados de salud y mayores costos sanitarios y compromete gravemente la efectividad del tratamiento, de manera que es un tema fundamental para la salud de la población desde la perspectiva de la calidad de vida y de la economía de la salud. Las intervenciones encaminadas a mejorar la adherencia terapéutica proporcionarían un considerable rendimiento de la inversión mediante la prevención primaria (de factores de riesgo) y la prevención secundaria de los resultados de salud adversos⁷⁵.

Adherencia y el factor relación médico-paciente:

En un estudio realizado en Chile⁷⁶, sobre adherencia al PSCV en hipertensos encontró en sus resultados que una inadecuada relación médico-paciente y un puntaje alto de estrés emocional y depresión, tuvieron asociaciones significativas con el riesgo de no adherencia.

La mejora de la adherencia terapéutica también aumenta la seguridad de los pacientes. Dado que la mayor parte de la atención necesaria para los procesos crónicos se basa en el autocuidado del paciente (que generalmente requiere poli terapias complejas), el empleo de tecnología médica para el control y cambios en el modo de vida del paciente, los pacientes se enfrentan con varios riesgos potencialmente letales si no son apoyados apropiadamente por el sistema de salud⁷⁴.

La OMS indica que una buena relación proveedor-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica⁷⁷, pero hay muchos factores que ejercen un efecto negativo, como servicios de salud poco desarrollados con reembolso inadecuado o inexistente de los planes de seguro de salud, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de

autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla⁷⁵.

La adherencia a los tratamientos y la prevención de la aparición y progresión de los factores de riesgo, son objetivos que demandan un cambio sostenido en las conductas de las personas frente al cuidado de su salud. Es aquí donde el modelo de atención tradicional de salud de Chile encuentra una barrera difícil de salvar. Es evidente que no basta con que el médico entregue las indicaciones adecuadas a cada paciente en una consulta que, con suerte, se prolonga por 20 minutos. Es durante el período intermedio entre una atención y la próxima donde realmente se pone en juego la efectividad del tratamiento y la prevención del daño en salud⁷⁴

El trabajador comunitario

Un componente básico de las recomendaciones para abordar las disparidades en la asistencia sanitaria es la participación de la comunidad: específicamente, la participación de los trabajadores comunitarios (TC) de salud⁷⁸.

La definición de trabajador comunitario que plantea la American Public Health Association es que es un trabajador de salud pública de primera línea que es un miembro de confianza y / o tiene una comprensión cercana de la comunidad atendida. Esta relación de confianza permite al TC servir de enlace intermediario entre los servicios sociales, de salud y la comunidad para facilitar el acceso a los servicios, mejorar la calidad y la competencia cultural de la prestación de servicios.

También fortalece la capacidad individual y comunitaria aumentando el conocimiento sobre la salud y la autosuficiencia a través de una gama de actividades tales como trabajo en la comunidad, educación comunitaria, asesoramiento informal, apoyo social y promoción de salud⁷⁹.

En la literatura es reconocido el TC como base fundamental de la atención primaria de salud ya que son el vínculo y la base para generar las acciones comunitarias sobre los determinantes locales de Salud⁸³.

Hay una larga historia de investigación académica y experiencia práctica con el uso de profesionales de la salud no licenciados conocidos como especialistas de apoyo de pares que trabajan con pacientes mentales y de salud mental utilizando enfoques análogos en muchos aspectos a los de los TC. Los especialistas de apoyo tienen experiencia personal de enfermedad mental o abuso de sustancias y se emparejan con pacientes que tienen problemas similares para ayudarles a lograr el éxito en su propio camino hacia la recuperación. Al igual que los TC, los especialistas en apoyo a los pares brindan una amplia gama de apoyo, defensa del consumidor y funciones de educación del paciente para apoyar la interacción del paciente con el sistema de salud⁷⁹

En Brasil en la década de los 70 ya existía un agotamiento del modelo médico-asistencial que centraba la atención en salud en el individuo y la enfermedad.

En 1990 a través de la creación del Sistema Único de Salud (SUS), implantan en todo el país el programa de agentes comunitarios como propuesta a cambiar el paradigma de asistencia pública tradicional de salud, modelo que han mantenido hasta la actualidad y que ha evidenciado la importancia del rol del AC por lo que se ha ido masificando la cantidad de estos agentes en los servicios de salud a través del tiempo⁸².

En una investigación realizada por Balcázar con 6 familias hispanas de Texas en un estudio de intervención llamado salud para su corazón ⁸⁰, se afirma que realizar esta labor con TC ha proporcionado una base desde la cual se ha logrado construir iniciativas de reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares y proyectos de prevención de enfermedades que deberían utilizar TC como los principales agentes de cambio en las clínicas ambulatorias. En la gestión del programa de reducción de riesgos de enfermedades cardiovasculares debe integrarse como parte del equipo multidisciplinario de salud a los TC. Los planes de tratamiento de factores de riesgo de ECV como presión arterial alta, diabetes, obesidad, deben ser desarrollados por el personal médico y vinculados al modelo con TC, los que si son adecuadamente capacitados en la materia y su función podrían supervisar a los pacientes con FRCV O ECV para realizar el seguimiento de una serie de indicadores clínicos. Además, se necesitan como estrategias de alcance comunitario dentro de un entorno clínico como parte de la atención ambulatoria para llegar a la comunidad, incluidas las familias de los pacientes / participantes inscritos en el programa SPSC⁸³. Las actividades comunitarias pueden tomar la forma de ferias de salud, llegar al sistema escolar, iglesias, etc.

Estos nuevos modelos de salud con TC lograrán un enfoque más integral de la prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares⁸⁰.

En nuestro país, como estrategia piloto de innovación en salud desde el año 2016 se integran a los nuevos CECOSF los Agentes Comunitario de Salud⁸⁴ para fortalecer la atención primaria:

Por otra parte, el Departamento de Atención Primaria y Salud familiar de la Universidad de Chile enmarcados en el proyecto MECESUP 1410: “Innovando

los modelos de docencia, gestión clínica comunitario en un CESFAM”, están desarrollando estudios de investigación de la intervención de trabajadores comunitarios en el PSCV.

Enfoque médico biopsicosocial

El Modelo de atención Biopsicosocial impulsa el enfoque holístico de la atención integral a los pacientes y trasciende la atención biomédica tradicional ya que considera los determinantes sociales que influyen en la Salud de las personas⁸⁵. Es así que en este enfoque, la labor del médico considera los contextos sociales, culturales, ambientales y políticos de los pacientes a tratar, centrándose en los niveles más altos de la organización sistémica como en la familia y comunidad en vez de sólo evaluar células y/u órganos afectados. Es por esto que la relación médico paciente resulta ser fundamental para el éxito del diagnóstico y el tratamiento de pacientes con enfermedades crónicas⁸⁶; Por lo cual también se puede considerar este capital relacional, como un recurso fundamental para la atención en salud y adherencia de los pacientes del PCV al considerar dentro de la atención primaria la multi-sectorialidad que involucra la participación de diferentes actores sociales, como la de grupos comunitarios, la familia, además de reforzar la gestión intersectorial, la democratización del conocimiento y otorgar el empoderamiento sobre su salud a estos pacientes⁸⁴.

En un estudio realizado por Vilató, L. en personas con VIH/SIDA ⁸⁷, se identificó como uno de sus obstáculos a la adherencia terapéutica, el componente Relación Transaccional médico-paciente que presentó en todos sus ítems bajos valores promedios, lo cual impactaba negativamente al tratamiento de estos pacientes.

En el último siglo en nuestro país la relación médico paciente ha cambiado, ya no es el principio de beneficencia entendido desde Hipócrates como un acto paternalista; Actualmente los pacientes están más informados y saben sus derechos y deberes, sin embargo al médico le ha costado salirse de esta concepción paternalista y asumir una relación más simétrica con su paciente⁸⁸, lo cual no es solo un acto voluntarioso, sino el contexto socioeconómico en el que está inmerso nuestro sistema de salud actual influye en estas

disparidades. Al respecto en un estudio chileno realizado por Bascuñán, M., sobre los cambios de la relación médico paciente⁸⁹, entre sus resultados destaca este concepto como la variable de análisis que más ha impactado en su satisfacción profesional como un cambio más negativo que positivo, ya que dentro de las diversas variables identificadas como causantes de esta situación se puede destacar la tecnificación y especialización de la medicina que ha provocado en gran parte la deshumanización en la medicina; Además la introducción de variables económicas en su quehacer profesional se ha asociado a la pérdida del arte en medicina y al nivel de control del ejercicio de la profesión de los médicos sobre esta cambio. Al respecto uno de los médicos refiere lo siguiente: “La Medicina comienza a transformarse en un mercado donde se maximiza la relación costo-efectividad y se presiona al médico a ser productivo”. Esta última frase refleja el modelo de atención instaurado en los sistemas de salud, en el que se mide el número pacientes atendidos por hora para lograr alcanzar las metas sanitarias locales, más que los aspectos cualitativos de la atención, lo cual significa un gran obstáculo para realizar una entrevista que logre satisfacer el enfoque biopsicosocial y genere una relación adecuada médico-paciente que logre potenciar su adherencia al tratamiento.

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Realizar y evaluar una estrategia de intervención comunitaria de rescate de pacientes pasivos del PCV, en comparación a la modalidad tradicional, en el CESFAM Barros Luco.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Evaluar el rescate exitoso de los pacientes pasivos realizado por la estrategia de intervención de TC y la modalidad tradicional.
2. Describir las dimensiones de adherencia de los pacientes rescatados.
3. Identificar los obstáculos de acceso al servicio de salud y los motivos de la falta de adherencia.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Es más efectiva una estrategia de rescate de pacientes pasivos del PSCV que cuenta además con trabajadores comunitarios, que aquella que es utilizada habitualmente en los CESFAM?

III. HIPÓTESIS:

Una estrategia de intervención que además incluye trabajadores comunitarios logra mayor número de rescate de pacientes pasivos del programa cardiovascular que la modalidad tradicional de rescate.

IV. METODOLOGÍA

Diseño del Estudio

La investigación corresponde a un estudio cuasi-experimental de tipo intervención comunitaria. La muestra se conformó por 206 pacientes pasivos del PCV que dejaron de asistir entre el 1 de Enero 2013 hasta Junio 2016, quienes se distribuyeron aleatoriamente en dos grupos. Un grupo conformó el de modalidad tradicional que se rescató a través de una estrategia similar a la que ocupa el CESFAM, y al otro través de la intervención de rescate de Trabajadores Comunitarios (TC). A ambos grupos se les rescató en un tiempo de tres meses y se les otorgó igual facilidad de acceso, ya que al inicio del rescate se les envió a su domicilio particular la orden de exámenes requeridos para reincorporarse al PCV y una vez realizados, se les otorgó hora médico vía telefónica, con la finalidad de que ambos grupos tuvieran igual oportunidad de reingresar al sistema de salud. Cuando se visitaron a los pacientes en su domicilio para entregar la orden de exámenes, se les entregaba también el consentimiento informado, el que se leyó y se aclararon dudas. Luego cuando acudían al CESFAM a su hora médico, antes de entrar a la consulta, se les aplicó un cuestionario que se comprendía de preguntas sobre características sociodemográficas, sus factores de riesgo cardiovascular e identificar los obstáculos de acceso al servicio de salud y el motivo de alejamiento al PCV.

Población y muestra del estudio

A partir del universo de la población total del PCV del CESFAM Barros Luco en el año 2017 correspondía a 5244 personas. De ellos se seleccionó la muestra del estudio que correspondió a usuarios que no tenían actualizado el formulario cardiovascular hace más de un año, por lo que la técnica utilizada para conformar la muestra fue por conveniencia. Según este criterio se obtuvo una muestra de 730 pacientes, sin embargo, a esta base de datos se le aplicó un filtro según criterios de inclusión, resultando el descarte de 50 personas por estar fallecidas, 15 en estado de postrados, 19 por tener un domicilio distinto a la comuna de san miguel y 3 por tener previsión ISAPRE. Luego se filtraron por

fecha de último control cardiovascular entre enero 2013 y Junio 2016 lo que dio un n de 206 Pacientes que se distribuyeron aleatoriamente en 103 casos a rescatar por cada grupo. Estos registros no estaban actualizados, por lo que al momento de realizar el contacto, ocurrió una nueva pérdida de sujetos por estar fallecidos, cambio de domicilio, postrados, cáncer, entre otros motivos, los que serán descritos en el análisis de resultados.

Criterios de Inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Paciente perteneciente al CESFAM Barros Luco.
- Paciente con residencia en la comuna de San Miguel.
- Paciente del CESFAM que tenga datos de contacto.
- Paciente del programa cardiovascular (HTA, diabéticos, dislipidemia o fumador de 55 años o más).
- Paciente pasivo del PCV (No ha asistido a sus controles desde el año 2015 hasta Julio 2016).
- Edad igual o mayor a 18 años.
- Previsión FONASA.

Criterios de Exclusión:

- Paciente institucionalizado.
- Paciente postrado.
- Paciente con ACV, AVE, IAM en un periodo menor a un año.
- Paciente con capacidades cognitivas disminuidas que no logre responder el cuestionario o comprender el consentimiento informado.
- Paciente Amputado.
- Funcionario del CESFAM Barros Luco.

Descripción de las intervenciones realizadas:

El equipo de trabajo de campo, las estrategias de rescate utilizadas en el estudio y el instrumento para el levantamiento de información se describen a continuación:

1. Equipo participante y su función en el trabajo de campo

- a. Jefas de SOME CESFAM: Agendar una hora para control médico a los pacientes participantes de la intervención.

- b. Investigadora: Articular la información entre el CESFAM y las intervenciones de la investigación. Otorgaba los datos de los pacientes rescatados (de ambos grupos del estudio) a las jefas de SOME para sus horas médicas.
- c. Encuestador: Aplicar los cuestionarios a los pacientes de ambos grupos en el CESFAM antes de entrar a su hora médica.
- d. Profesional de la Salud del CESFAM: Realizar el rescate del grupo de Modalidad Tradicional (M.T.) y contactarlos para chequear que los exámenes se hayan realizado para otorgarles hora médico.
- e. Trabajadoras Comunitarias: Realizar el rescate del grupo de intervención y acompañarlo en su rol comunitario. Es relevante mencionar que el rol del TC en esta investigación se perfiló como un trabajo para la comunidad, por lo que fueron capacitados, supervisados y guiados por el equipo de Atención primaria de la Universidad de Chile en todas las etapas realizadas en esta intervención. Además fueron presentados oficialmente dentro del CESFAM y recibieron remuneración por su trabajo. Lo descrito anteriormente se consideró necesario para el reconocimiento de su labor como un agente más en el equipo de salud, a pesar de que ellos manifiestan su vocación y amplio compromiso en aportar para mejorar la salud de su comunidad sin necesidad de existir un incentivo de por medio. Además es relevante mencionar que el rol que ejerce el TC es poner en práctica la importancia del enfoque biopsicosocial, que comprende a las personas como seres libres y capaces de modificar su estilo de vida, controlar su salud a través de la reflexión y la acción individual, considerando el entorno social más cercano como otro más de los factores externos que influyen en su comportamiento en salud.

Estrategias de Rescate:

A. Grupo Modalidad tradicional (MT):

El grupo de MT recibió la atención habitual del programa cardiovascular y fue rescatado por un profesional de salud del CESFAM Barros Luco, quien destinaba una hora de su trabajo diariamente por tres meses a contactar telefónicamente a los pacientes asignados a rescate. El contacto telefónico fue protocolizado (Anexo 2), y siguió los lineamientos del modo tradicional de rescate de atención primaria de salud, es decir tres intentos de llamado telefónico; Sin embargo por limitaciones del estudio, aquellos casos que no tenían correcto el número de teléfono no se rescataban, ya que el profesional de salud no podía realizar otras funciones de rescate fuera de su horario de trabajo por lo que no se pudo ir a dejar la citación de rescate a domicilio que es lo que se hace habitualmente en atención primaria.

Cuando se lograba el contacto telefónico y el paciente se interesaba por participar del estudio se acordaba el envío a su domicilio del consentimiento informado y la orden de exámenes médicos requeridos para el reingreso al PCV. Documentos que eran entregados por un encuestador, quien además le aplicaba el cuestionario (Anexo 3) en las instalaciones del CESFAM, antes de la entrada a su hora a médico. La asistencia a control médico era considerada como el hito de rescate exitoso del paciente pasivo.

B. Grupo de Intervención de Trabajadores Comunitarios (TC)

Los TC realizaron el primer contacto de rescate vía llamada telefónica y en aquellos casos que no tenían número o estaba mal registrado les realizaban una visita domiciliaria. En ambos casos se les preguntó si deseaban participar y aquellos pacientes que asentían en su participación se acordaba una visita domiciliaria en la que era entregado el consentimiento informado y el documento de los exámenes de laboratorio requeridos para el reingreso al PSCV. En el momento que los pacientes afirmaban tener sus exámenes realizados los trabajadores

comunitarios solicitaban su hora médica a la investigadora quien se comunicaba con las jefas de SOME. Además la intervención de los TC consistió en realizar un acompañamiento horizontal a los pacientes, otorgándoles un soporte emocional y práctico durante su rescate, como otras visitas domiciliarias, apoyo en ir a realizar sus exámenes de salud, recordar y acompañar en su primera visita a médico, instruir en el procedimiento de reingreso, mejorar los vínculos de los pacientes con los servicios formales de salud y realizar un empoderamiento a los pacientes pasivos sobre su salud, lo que además afianza una adecuada adherencia terapéutica al momento del reingreso al PCV^{75,80}.

- C) Encuestador: Su rol consistió en aplicar los cuestionarios sobre adherencia a los sujetos del grupo control y de intervención. Esta función la realizó en las dependencias del CESFAM antes de que los pacientes ingresaran a su control médico. Además colaboró en entregar a domicilio el consentimiento informado y la orden de exámenes del reingreso al PCV a los pacientes del grupo control.

Instrumento de recolección de información: (Ver Anexo N° 3)

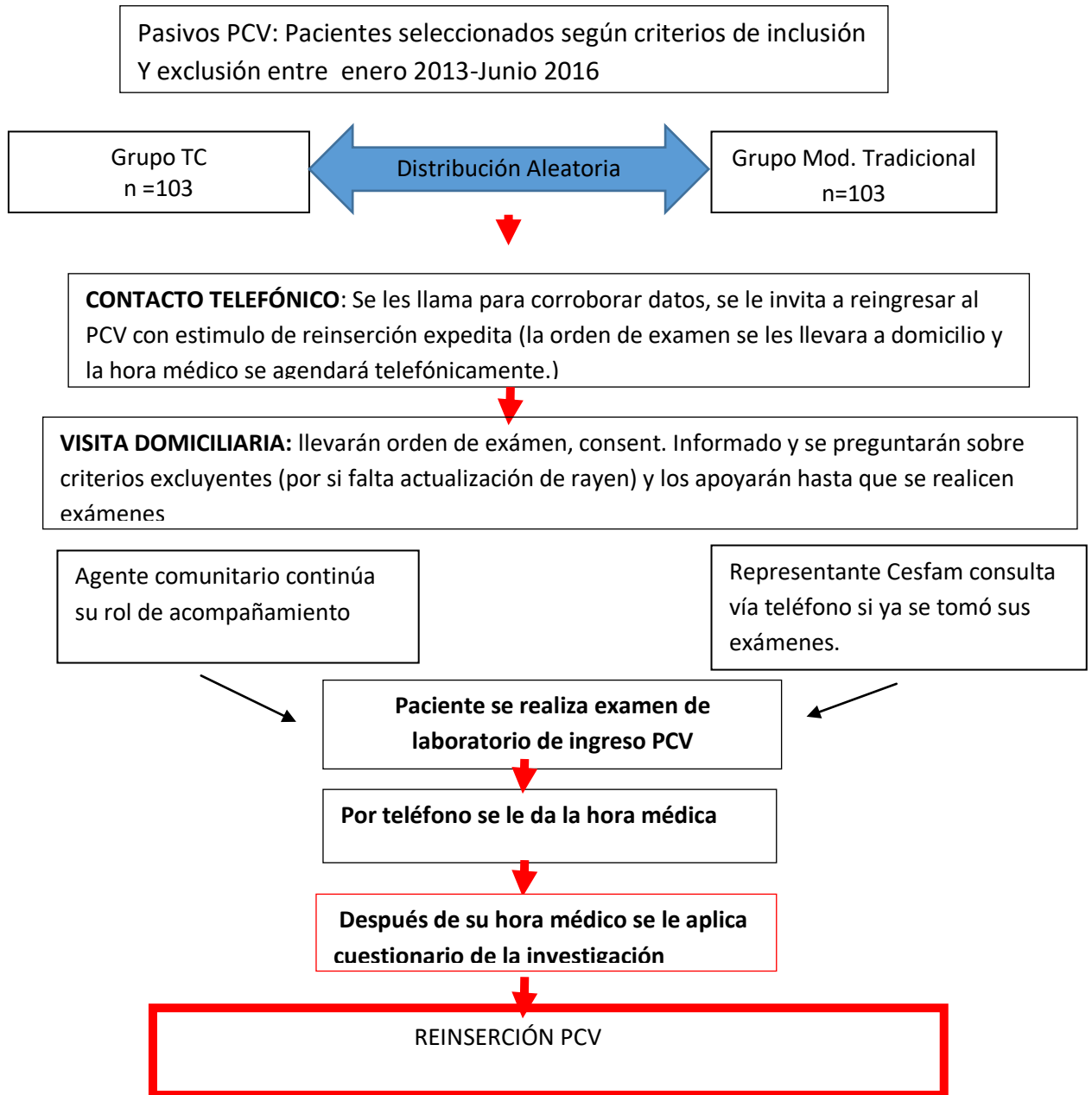
El instrumento de recolección de información es un cuestionario diseñado para describir los factores de adherencia de los pacientes pasivos a rescatar, por lo que la fuente de información es primaria. Este instrumento contiene 5 ítems, los que se describen a continuación:

- a. Factores socioeconómicos: Se refiere al nivel educacional e ingreso económicos de las personas.
- b. Factores relacionados con la atención médica: Está relacionado con el acceso a la atención de salud y la relación médico paciente (relación transaccional).
- c. Factores relacionados con la enfermedad o condición del paciente: Se realizan pregunta sobre la severidad de los síntomas y la presencia de comorbilidades.

- d. Factores relacionados con el tratamiento: efectos secundarios y complejidad del régimen farmacológico. En este caso en particular se aplica el test de Morisky-Green-Levine que describe la adherencia farmacológica del paciente.
- e. Factores relacionados con la autonomía del paciente: percepciones de la efectividad del tratamiento, creencias personales y conocimiento de su enfermedad. Para esto se aplicó el test de batalla para evaluar el conocimiento que tenían los pacientes rescatados sobre su enfermedad.

Flujograma de Intervención

Plan de diseño Metodología de intervención



Variables del estudio:

Tabla 7. Operacionalización de Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Resultado
Nº de Pacientes pasivos rescatados	Cantidad de pacientes que fueron rescatados en las estrategias de rescate.	Grupo control: 0 Grupo Intervención: 2	Cuantitativa discreta	Número de pacientes rescatados

Tabla 8. Operacionalización de Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable
Sexo	Características fisiológicas del Hombre y Mujer	1: Mujer 2: Hombre	Nominal
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	0-90 años	Escalar
Ingreso económico	Cantidad de dinero que percibe el sujeto mensualmente	1= Hasta \$245.000 2= \$245.001-\$440.000 3= \$440.001-\$670.000 4= \$670.001-\$1.800.000 5= Sobre \$1.800.001 6= No sabe / No Responde	Ordinal
Estado civil	Condición de una persona según su situación civil	Soltero Casado Conviviente Separado anulado Viudo/a	Nominal
Sedentarismo	No realiza actividad física durante media hora o + tres veces a la semana	Si:1 No:2	Nominal
Trastorno de ingesta de Alcohol (AUDIT)	Nivel de ingesta de bebidas alcohólicas	Respuestas categorizada entre 0-4 ptos. A mayor puntaje se categoriza como bebedor problema	Nominal
Hábito Tabáquico (Fagerstrom)	Nivel de consumo de tabaco	Respuestas categorizadas entre 0 y 3.	Nominal

Conocimiento de la enfermedad (Test de Batalla)	Grado de conocimiento que tiene el paciente de su enfermedad CV.	Si: 0 No:1	Nominal
Adherencia farmacológica (Test de morisky-Green)	Grado de cumplimiento con tratamiento farmacológico	Si:1 No:2:	Nominal
Antecedentes de salud	Antecedentes de salud de los pacientes previo al re ingreso al PCV	9 Items	Nominal
Relación con el PCV	Relación que poseen los pacientes con el PCV	8 Items	Nominal
Obstáculos de acceso	Causas identificadas como el motivo de alejamiento al programa	1 item	Nominal

Consideraciones Éticas

Esta investigación consideró para su intervención aspectos éticos como confidencialidad de los datos, resguardo de la identidad de los participantes por lo que el análisis de datos contempla la asociación de ID a cada persona para ser procesados. Se les comunica a los pacientes en el consentimiento informado que su participación es voluntaria, que no considera costos ni riesgos para su salud, y que no recibirán beneficios económicos por su participación, y que tienen el derecho a realizar las consultas que estime pertinente referentes al estudio y a tener conocimiento de los resultados del estudio.

Además es necesario comentar que los criterios de inclusión y exclusión definidos en el estudio no contienen fines discriminatorios sino más bien fueron estipulados para evitar sesgos en la oportunidad de acceso a reintegrarse al PCV ya que por el diseño de estrategias de intervención ellos debían acudir a control médico al CESFAM.

Y por último se declara que todos los participantes al estudio tanto el grupo control y de intervención recibió un intento de estrategia de rescate, además se les otorgó igual oportunidad de facilidades de acceso para su reinserción al PCV.

Limitaciones: El diseño del estudio es cuasi experimental, por lo que el nivel de confiabilidad de la evidencia no es tan fuerte. Otras de las limitaciones declaradas es la muestra pequeña alcanzada producto de la falta de contactos actualizados, lo que implicó una gran pérdida de sujetos del estudio. Es por esto que sería ideal replicar la intervención con una mayor cantidad de sujetos para corroborar la validez de los resultados.

Plan de análisis:

- Etapa 0 “Elaboración de la base de datos”: Se efectuó la elaboración de la base de datos en el programa Excel 2010 de Microsoft office profesional según la información entregada por el CESFAM del sistema informático de SAYDEX@. Luego se revisó en excel la existencia de casos duplicados. A continuación se realizó una aleatorización de los casos en 2 grupos (intervención y control) y se les asignó un ID a cada caso. Estas planillas se completaron con los datos de contacto, utilizando el software RAYEN ®. Luego se realizó una segunda base de datos (complementaria a la anterior) que contenía los resultados de los cuestionarios aplicado a los pacientes rescatados.
- Etapa 1 “Análisis descriptivo de la muestra”: Se describieron las variables de la muestra edad, sexo y factores de riesgo cardiovascular.
- Etapa 2: “Comparación de las características de la muestra”: Se compararon las características de la composición de la muestra pre y post intervención de rescate, con la finalidad de verificar si la composición de la muestra era homogénea previamente a realizar la intervención.

- Etapa 3 “Comprobación de hipótesis”: Se realizó el análisis inferencial de la hipótesis del estudio, evaluando la cantidad de rescates exitosos por cada estrategia de intervención. Se le aplicó la prueba de Chi cuadrado para evaluar la significancia del resultado.
- Etapa 4 “Resultados descriptivos de los factores de adherencia”: Se describieron los resultados del cuestionario de los factores de adherencia aplicado a los pacientes rescatados realizando un análisis comparativo entre los dos grupo del estudio.
- Etapa 5 “Resultados del estudio”: A partir de los resultados se infieren los hallazgos y conclusiones del estudio.

Para todos los análisis de los resultados, se utilizó el software estadístico SPSS® de IBM Statics versión 24

V. RESULTADOS

1. Análisis descriptivos de la muestra del estudio

A. Descripción de las características de la muestra pre intervención de rescate

La muestra incluyó 206 pacientes, los que se distribuyeron de forma equitativa en el grupo de rescate de modalidad tradicional (M.T.) y de intervención de trabajadores comunitarios (TC). Los resultados que se describen a continuación provienen de la información otorgada por la base de datos del sistema informático SAYDEX.

Tabla 9 Características generales de la muestra

Características sociodemográficas	Grupo Intervencion pre rescate n=103	Grupo Modalidad Tradicional pre rescate n=103
Edad (media y D.E.)	62 ± 14,12	72 ± 11,58
Sexo (n y %)		
Hombres	41 (39,8%)	29 (28,2%)
Mujeres	62 (60,2%)	74 (71,8%)
Factores de Riesgo ECV		
Diabetes	22 (28,91%)	2 (14,3%)
Hipertensión	47 (61,8%)	69 (77,5%)
Dislipidemia	40 (52,6%)	44 (49,4%)

En la tabla 9 se observa que en el grupo control se encontraban personas de mayor edad siendo su promedio de 72 años y en el de intervención de 62 años. En los dos grupos del estudio había mayor frecuencia de mujeres, y se encontraban en mayor porcentaje en el grupo control (71,8%). En cuanto a los factores de riesgo cardiovascular la hipertensión es el factor que se encuentra en mayor frecuencia en los grupos del estudio, encontrándose en mayor porcentaje en el grupo control (77,5%). El segundo FRC que se presenta en mayor frecuencia es la dislipidemia, estando en mayor porcentaje en el grupo control (52,6%). Finalmente la diabetes se encuentra en mayor frecuencia en el grupo de intervención (28,91%).

2. Análisis comparativo de las características de la muestra pre y post intervención de rescate por grupo de estudio:

a. Grupo rescatado por Modalidad Tradicional :

Tabla 10: Características socio-demográficas del grupo de modalidad tradicional pre y post rescate

Características sociodemográficas	Grupo M.T. pre rescate n=103	Grupo M.T. Rescatado n=14	Valor p	Prueba Estadística
Edad (media y D.E.)	72 ± 11,58	70 ± 11,33	0,49	t student
Sexo (n y %)				
Hombres	29 (28,2%)	2 (14,3%)	0,19	Chi cuadrado
Mujeres	74 (71,8%)	12 (85,7%)		
Factores de Riesgo ECV				
Diabetes	24(28,9%)	2(14,3%)	0,31	
Hipertensión	69 (77,5%)	7 (50%)	0,29	Chi cuadrado
Dislipidemia	44 (49,4%)	9 (64,3%)	0,301	

La edad media del grupo rescatado por M.T. fue de 70 años teniendo una diferencia de dos años con respecto a la edad media previa intervención de rescate, esta diferencia no es significativa ($p=0,49$). En cuanto al sexo, se observó que en el grupo rescatado existía mayor porcentaje de mujeres (85,7%) que previo a la intervención, sin embargo esta diferencia no fue significativa. ($p=0,19$).

En cuanto a los factores de riesgo (FR) se observa que en los rescatados hay mayor frecuencia de casos de dislipidemia (64,3%) que de HTA (50%), al contrario de lo descrito en la muestra inicial. Sin embargo esta diferencia no fue significativa en ninguno de estos 2 factores de riesgo.

Es relevante reiterar que la tabla x contiene datos de una fuente secundaria (SAYDEX); Por lo que estas frecuencias de factores de riesgo CV, no coinciden con lo que responden los pacientes rescatados en el cuestionario.

b. Grupo rescatado por Trabajadores Comunitarios:

Tabla 11: Características socio-demográficas del grupo de intervención de TC pre y post rescate

Características sociodemográficas	Grupo Intervencion TC pre rescate n=103	Grupo Intervencion TC Rescatado n=27	Valor p	Prueba Estadística
Edad (media y D.E.)	62 ± 14,12	60 ± 14,16	0,48	t student
Sexo (n y %)				
Hombres	41 (39,8%)	14 (51,9%)	0,14	Chi cuadrado
Mujeres	62 (60,2%)	13 (48,1%)		
Factores de Riesgo ECV				
Diabetes	22 (28,91%)	10 (37%)	0,435	
Hipertensión	47 (61,8%)	14 (51,9%)	0,364	Chi cuadrado
Dislipidemia	40 (52,6%)	17 (63%)	0,354	

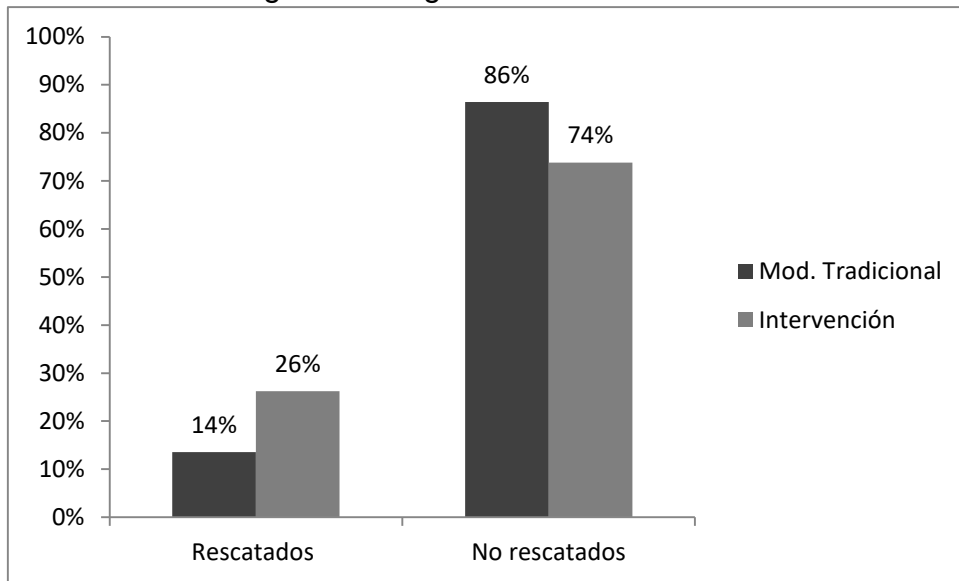
El promedio de edad de los pacientes rescatados fue de 60 años, lo que difiere en dos años a la muestra inicial. Esta diferencia no fue significativa ya que su valor p es igual a 0,48. En cuanto al sexo hubo una diferencia relevante al considerar que la muestra inicial tenía un porcentaje de hombres de 39,8% y en el grupo rescatado de un 51,9%. Sin embargo su valor p=0,14, indica que su diferencia no fue significativa. En cuanto a los factores de riesgo de ECV, en el grupo rescatado había mayor número de casos con dislipidemia que de HTA, al contrario de lo que ocurría en la muestra inicial.

3. Análisis inferencial de la intervención y prueba de la hipótesis del estudio:

A. Resultados descriptivos del rescate de los pacientes pasivos del PCV:

La cantidad de rescates logrado por cada grupo de intervención se describen en el siguiente gráfico:

Grafico 1: Rescate según estrategia de intervención



Con la estrategia de intervención realizada por los trabajadores comunitarios, se rescataron 27 pacientes y con la del grupo de la modalidad tradicional 14, ambos en un tiempo de 3 meses. Por lo que el grupo de intervención de TC logró casi el doble de rescates que los realizados por la modalidad tradicional.

A continuación se realiza la prueba de hipótesis del estudio, cuyos resultados se presentan en la tabla 12:

Tabla 12 Análisis de la prueba de hipótesis del estudio

Prueba Estadística	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0,023
N de casos válidos	206
a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 20,50.	

Según el análisis descrito en la tabla x se puede establecer que se rechaza la hipótesis nula de no asociación entre el número de rescatados y estrategia de intervención ya que el valor $p=0,023$ es significativo. Esto evidencia que la intervención de trabajadores comunitarios logra realizar mayor cantidad de rescates de pacientes pasivos del PCV a comparación de la modalidad tradicional.

B. Descripción de los casos perdidos:

Los casos perdidos fueron de 165 personas del total de la muestra, lo cual fue producto de la información no actualizada de la información de contacto de la base de datos, situación que produjo una pérdida considerable de casos. La variable rescate no tuvo una asociación con el grupo de intervención ya que su valor $p=0,060$.

C. Las causas de las pérdidas de la muestra se describen en la tabla 13 a continuación:

Tabla 13: Motivos de los casos no rescatados

Motivo de no rescate	n	%
Se cambia a otra comuna	15	9,09
Se cambia de CESFAM	10	6,06
No contesta llamados	55	33,33
Número inexistente y sin domicilio	66	40,00
Es funcionario/a del CESFAM	10	6,06
Tiene cáncer terminal, alzhéimer, secuela ACV	4	2,42
Postrado	4	2,42
Rechaza participar	1	0,61
Total	165	100

La principal causa de no posibilidad de rescate fue el registro desactualizado de contacto. Es relevante mencionar que en los casos sin número de teléfono y con domicilio en el grupo de intervención los TC realizaban visita domiciliaria; Sin embargo estos casos eran los mínimos ya que la mayoría no tenían dirección registrada. En otros casos su situación de salud impedía el rescate, ya que actualmente se encontraban postrados, con cáncer terminal, alzhéimer o con secuelas por ACV. Hubo un caso en que rechazó participar del estudio cuyo fundamento fue que prefería atenderse particular ya que no le gustaba la "Atención Pública".

4. **Resultados del análisis comparativo entre grupos de intervención del instrumento del estudio:** Características socio-demográficas, dimensiones de adherencia y obstáculos de acceso al servicio de salud.

A continuación se describen los resultados del cuestionario aplicado a los pacientes con rescate exitoso.

1. Características socio-demográficas por grupo de intervención:

1. a Tabla 14 Ingresos económicos de los pacientes rescatados

INGRESO ECONOMICO	Modalidad trad.		Intervención TC		TOTAL		Valor p (Gamma)
	n	%	n	%	n	%	
HASTA 245.000	8	57	10	37	18	43,9	0,042
245.001-440.000	4	29	5	19	9	22	
440.001-670.000	2	14	8	30	10	24,4	
670.001-1.800.000	0	0	4	15	3	7,3	
Total	14	100	27	100	41	100	

En el grupo rescatado por modalidad tradicional el 57% de los sujetos recibía un ingreso económico inferior al sueldo mínimo. En el grupo de intervención de TC se encontraban los sujetos que percibían los mayores ingresos económicos. Estas diferencias de ingresos económicos entre grupos de intervención fueron significativas. ($p=0,042$).

1. b Tabla 15: Situación laboral de los pacientes rescatados

Situación Laboral	Mod. Tradicional		Intervención TC		Total		Valor p
	n	%	n	%	n	%	
Dueña de casa	5	36	6	22	11	26,8	0,049
Jubilado	6	43	9	33	15	36,6	
Con trabajo ocasionales o inestables	3	21	1	4	4	9,8	
Con trabajo estable o empleado	0	0	9	33	9	22	
Cesante	0	0	2	7	2	4,9	
Total	14	100	27	100	41	100	

En cuanto a la situación laboral de los pacientes rescatados el mayor porcentaje era ser jubilados, tanto en el grupo de modalidad tradicional y de rescate por TC, les seguía en frecuencia el ser dueño/a de casa,

también en ambos grupos. La tercera situación laboral de mayor frecuencia difería entre los grupos del estudio. El grupo rescatado por modalidad tradicional fue la situación de empleo inestable (21%) en cambio en el grupo de intervención era de empleo estable (33%). Estas diferencias resultaron ser significativas ($p=0,049$).

1. c. Tabla 16 Etnia de los pacientes rescatados:

Pertenece a etnia	Mod. Tradicional		Intervención TC		Total		Valor p
	n	%	n	%	n	%	
Mapuche	0	0	2	7	2	4,9	0,3
No pertenece	14	100	25	93	39	95,1	
Total	14	100	27	100	41	100	

En el grupo de los rescatados por modalidad tradicional no había sujetos que fueran parte de una etnia. Entre los pacientes rescatados por los trabajadores comunitarios hubo dos pacientes que eran mapuches. Sin embargo estas diferencias de etnia por grupo de rescate no fueron significativas ($p=0,3$)

1. d. tabla 17 Nivel educacional de los pacientes rescatados

Nivel Educativo	Mod. Tradicional		Intervención TC		Valor p (Gamma)
	n	%	n	%	
Básica incompleta (1 ^o -4 ^o)	1	7	2	7	0,59
Básica incompleta (5 ^o -7 ^o)	2	14	3	11	
Básica completa	1	7	2	7	
Media incompleta	4	29	6	22	
Media completa	2	14	6	22	
Técnica superior incompleta	1	7	1	4	
Técnica superior completa	2	14	1	4	
Universitaria completa	1	7	6	22	
Total	14	100	27	100	

En el grupo de modalidad tradicional, el mayor porcentaje de nivel educacional de rescatados fue el de educación media incompleta (29%), y en la estrategia de intervención de TC fue de universitaria completa rescatando los pacientes de mayor nivel educacional. Sin embargo la diferencia de educación de los rescatados por estrategia de intervención no resultó ser significativa ($p=0,59$).

2. Dimensión de adherencia: Factores relacionados con la enfermedad o condición del paciente

2. a Enfermedad Cardiovascular y comorbilidades que presentan los pacientes del PCV:

Tabla 18: Patologías de riesgo de ECV de los pacientes rescatados

Patologías FR ECV	Intervención		Mod. Tradicional		Valor p
	n	%	n	%	
Diabetes	12	44,4%	2	14,3%	0,053
Hipertensión	15	65,2%	8	34,8%	0,92
Dislipidemia	8	29,6%	6	42,9%	0,493 (Fisher)
No tiene patología de riesgo de ECV	1	3,7%	0	0	0,66(Fisher)

Que una persona presente una o más de estas patologías son parte del criterio de inclusión al PCV, ya que son de riesgo para producir una ECV. En la tabla se observa que la Hipertensión es la patología de mayor frecuencia entre los pacientes rescatados de los dos grupos del estudio. En el grupo de intervención la segunda patología de mayor frecuencia era la diabetes (44,4%), Y en el grupo que se rescató por M.T. fue la dislipidemia (42,9%). Uno de los pacientes señalaba no tener conocimiento de padecer alguna ECV, sin embargo en la base de datos se registraba con dislipidemia y como parte del PCV. No se puede establecer que una estrategia logre rescatar más pacientes que presente una determinada patología de riesgo de ECV, ya que su valor $p < 0.05$

2.b Comorbilidades de los pacientes rescatados:

Tabla 19: Posee otra Enfermedad no Cardiovascular

Otra Enfermedad no CV	Intervención		Mod. Tradicional		Valor p
	n	%	n	%	
Si	6	22,6%	7	50%	0,89(Fisher)

El 50% de los pacientes que se rescataron a través de la M.T. padecían de alguna otra enfermedad que no era CV. En cambio en el grupo de intervención existió menor frecuencia de casos que tuvieran comorbilidades. Sin embargo, la posibilidad de rescate por alguna de las estrategia de intervención no se relacionaba con la presencia de comorbilidades de una paciente ya que el valor p no fue significativo ($p= 0,89$).

2. c Factores del estilo de vida que son Riesgos cardiovascular: Alcohol, Fumar cigarrillos, y sedentarismo:

Tabla 20. Factores del estilo de vida que son de Riesgo Cardiovascular

FRC estilo de vida	Intervención		Mod. Tradicional		Valor p
	n	%	n	%	
Sedentarismo	25	92,6%	13	92,9%	0,735
fumador	7	25,9%	2	14,3%	0,503
bebe alcohol	6	22,2%	1	7,1%	0,389(Fisher)

Se observa que en ambos grupos, más del 90% de los pacientes rescatados son sedentarios. En el grupo de intervención de TC, se encontraron mayor porcentaje de pacientes que eran fumadores (25,9%) y bebían alcohol(22,2%) a comparación de los rescatados por M.T. Se puede afirmar que la posibilidad de rescate de alguna de las estrategias de intervención, no se relacionaba con el FRCV que tenían los pacientes, ya que su valor p fue no significativo en todas estas variables.

2. Descompensación de su enfermedad y eventos CV de los pacientes rescatados.

Tabla 21: Descompensación de ECV y Evento CV de los pacientes rescatados

Patología de riesgo de ECV no controlada	Intervención		Mod. Tradicional		Valor p
	n	%	n	%	
Descompesación de su enfermedad durante los últimos 3 meses	4	14,8%	2	14,3%	0,672(Fisher)
Tuvo ACV* o IAM* en el último año	0	-	2	14,3%	0,111(Fisher)

* ACV: Accidente cerebro vascular- IAM: Infarto agudo al miocardio.

En ambos grupos se observa que aproximadamente el 14% de los pacientes tuvo una descompensación de su ECV durante los 3 últimos meses previos a la aplicación del cuestionario. Y que solo en el grupo control hubo eventos de accidente cerebrovascular o infarto agudo al miocardio. Las estrategias de intervención no presentan diferencias de rescate entre los pacientes que tengan alguna de estas variables analizadas, ya que sus valores p fueron no significativos.

3. Dimensión de adherencia: Factores relacionados con el tratamiento:

En la tabla x se describen las variables sobre los factores relacionados con el tratamiento. Al respecto más del 80% de los pacientes rescatados por ambos grupos de intervención refiere seguir un tratamiento para sus patologías relacionadas con CV, a pesar de no continuar sus controles médicos desde hace un año o más. Además en la comparación intergrupala se observa que dentro del grupo de intervención, los trabajadores comunitarios rescataron en mayor porcentaje pacientes que indicaron no realizar ningún tipo de tratamiento para su ECV (18,5%), por ende a aquellos sujetos que pueden ser más susceptibles a sufrir alguna descompensación de su enfermedad. Tratamiento utilizado por los pacientes pasivos del PCV. En cuanto al tipo de tratamiento utilizado para sus patologías de riesgo CV, tanto en el grupo de modalidad tradicional (85,7%) como en el de intervención (81,5%), el

tratamiento más utilizado para su patología de riesgo CV es el fármaco, al que accedían en más del 60% de los casos de los dos grupos de rescate a través del CESFAM, en una frecuencia de una vez al mes (59,3% grupo TC y 71,4% M.T.). En cuanto a la adherencia farmacológica del test de Morisky- Green, en el grupo de rescate de M.T. todos los pacientes que afirmaban realizar el tratamiento farmacológico, presentaban una adecuada adherencia a este, en cambio en el grupo de los rescatados por TC, el 22,7% de los casos no presentaron una adherencia adecuada al tratamiento. Todos estos resultados presentaron un valor p no significativo, por lo que a pesar de que existen diferencias entre los grupos de rescate en esta dimensión, no se puede establecer que una estrategia es más efectiva que otra para rescatar pacientes según su las variables de factores relacionados con el tratamiento.

Ese resultado permite considerar que son pacientes que no han tenido supervisión médica entre 1 a 3 años, por lo que se auto medican y lo más probable es que hayan mantenido su última receta que se encuentra desactualizada a su situación actual de salud. (NS).

Tabla 22 Dimensión de adherencia: “Factores relacionados con el tratamiento”

Factores relacionados con el tratamiento	Intervención TC		Modalidad tradicional		Valor p
	n	%	n	%	
Realiza tratamiento:					
si	22	81,5	12	85,7	0,6(Fisher)
no	5	18,5	2	14,3	
Tratamiento utilizado:					
Fármaco	22	81,5	12	85,7	0,55(Fisher)
Dieta	8	29,6	4	28,6	0,62(Fisher)
Ejercicios	2	7,4	0	0	0,54(Fisher)
Disminuye cigarrillos	2	7,4	0	0	0,54(Fisher)
Acceso a medicamentos					
CESFAM	17	63	10	71,4	0,73(Fisher)
Compra medicamento	5	18,5	2	14,3	0,55(Fisher)
Frecuencia que retiraba medicamentos					
Una vez al mes	16	59,3	10	71,4	0,15
Cada tres meses	1	3,7	0	0	
Adherentes farmacológicos (Test de Morisky-Green)					
Adherente	17	63	12	85,7	0,123(Fisher)

4. Dimensión de adherencia: Factores relacionados con la autonomía del paciente:

Para esta dimensión se consideró el conocimiento que tenían los pacientes sobre su enfermedad y del PCV. Para determinar si eran adherentes según el conocimiento que tenían de su enfermedad, se utilizó el test de batalla que está validado solo para los casos de hipertensión y diabetes, por lo que se excluyeron de este análisis, aquellos sujetos que solo tienen dislipidemia. Los resultados de esta dimensión se describen en la siguiente tabla:

Tabla 23 Factores relacionados con la autonomía de los pacientes rescatados

Autonomía del paciente	Intervención		Mod. Tradicional		Valor p
	n	%	n	%	
Test de batalla: No es adherente	17	63,0%	11	78,6%	0,99
No sabe que es el PCV	26	96,3%	14	100,0%	0,7(Fisher)

En la tabla se observa que en el grupo de intervención el 63% de los pacientes tenían conocimiento sobre su ECV y en el 78,6% en el grupo de M.T., y quienes, por ende serían adherentes para el tratamiento de su patología de riesgo CV. En cuanto al conocimiento que tenían los pacientes rescatados sobre qué es el PCV, solo uno de los pacientes del grupo de intervención de los TC, afirma saber que es el PCV y en el grupo de M.T., la totalidad de los sujetos declaró no tener conocimientos sobre que es el PCV. Estos resultados son relevantes ya que pueden ser una causa para la falta de adherencia al tratamiento de estos pacientes, ya que es fundamental que el paciente de su consentimiento en las recomendaciones recibidas y genere una colaboración activa con los profesionales de salud para que logre tomar buenas decisiones a favor de su salud, sin embargo es complejo lograr esto, si el paciente no conoce el objetivo que tiene el programa y que beneficios puede otorgar para su salud.

5. Dimensión sobre los factores relacionados con la atención médica:

Tabla 24. Accesos a servicios de salud

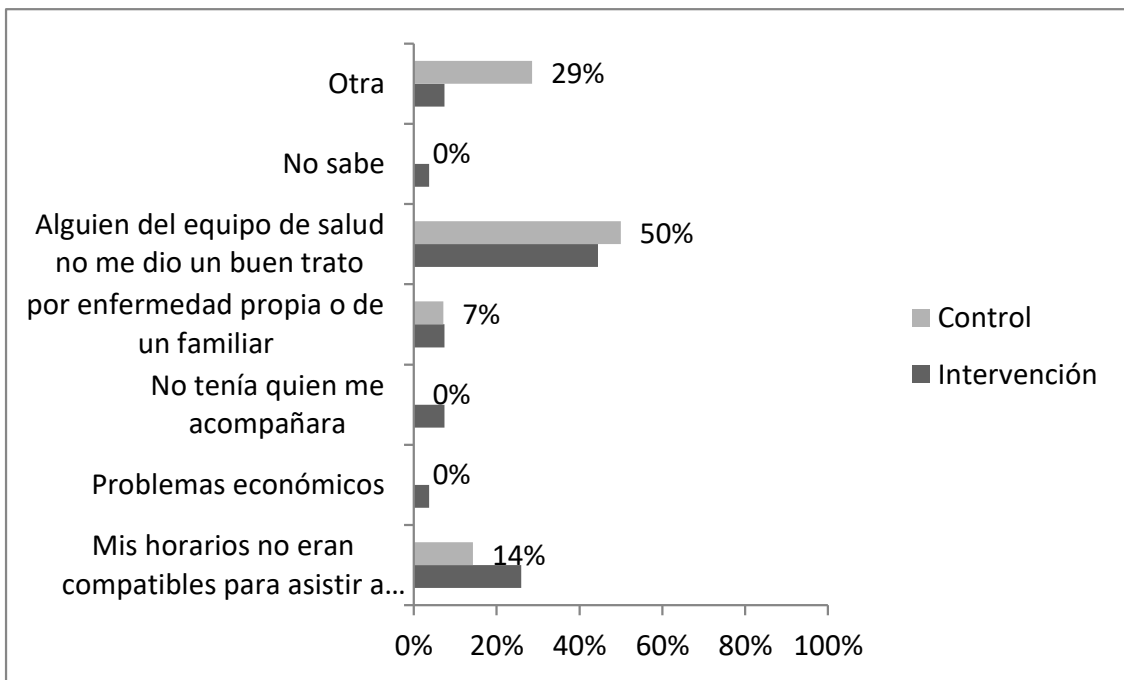
Acceso a servicios de salud	Intervención		Mod. Tradicional		Valor p
	n	%	n	%	
Hospitalización en el último año	1	3,7%	2	14,3%	0,265
último control PCV					0,132
12-23 meses	2	7,4%	8	57,1%	
24-35 meses	6	22,2%	2	14,3%	
36 meses	6	22,2%	2	14,3%	
No recuerda	13	48,1%	2	14,3%	

En la tabla 24 se observa que la frecuencia de hospitalizados en los pacientes rescatados es baja; Sin embargo en el grupo control se encuentra el mayor porcentaje de hospitalizados. Su asociación es NS. Los motivos de hospitalización de estos 3 casos eran por celulitis infecciosa, problema respiratorio y hemorragia intestinal. Es relevante mencionar que esta información es lo que contestaban los pacientes, por lo que pueden ser

diagnósticos no precisos. En cuanto a la última vez que asistieron al PCV, se puede observar que en el grupo de M.T. el mayor porcentaje de pacientes(57,1%) asistieron a su último control al PCV entre 12 y 23 meses, es decir son pacientes pasivos hace menor tiempo, en cambio en el grupo de intervención de los TC, el 48,1% de los rescatados refiere no recordar cuando fue su fecha de último control, seguido en frecuencia de respuesta (44,4%), por un tiempo de 24 y 36 meses, por lo que se puede inferir que los TC lograron rescatar pacientes que más tiempo llevaban siendo pasivos del PCV.

5.2 Obstáculos que causaron la inasistencia de los pacientes al PCV:

Gráfico 2: Causas de inasistencias al PCV



La principal causa de alejamiento de los pacientes al PCV fue por no haber recibido un buen trato por alguien del equipo de salud, en el grupo de intervención de TC, este resultado correspondió a un 44% y en el de M.T a un 50%, por lo que se puede afirmar que el obstáculo mayor identificado para la adherencia al PCV es la relación transaccional.

Conocimiento sobre los medios de contacto con el CESFAM de los pacientes rescatados:

Tabla 25: conocimiento de página web y contacto telefónico del CESFAM

Medio de contacto con el CESFAM	Intervención		Mod. Tradicional		Valor p
	n	%	n	%	
Desochoce Telefono de su sector	26	96,3%	14	100%	0,7
Desochoce Pagina web "Mi salud"	26	96,3%	14	100%	0,9

En la tabla se describe que en ambos grupos de estudio el 96,3% de los pacientes no conocen la página web “mi Salud” ni tampoco el teléfono de su sector del CESFAM, lo cual permite inferir que no tienen una manera de contacto directo con su servicio de salud, lo cual es una dificultad al acceso y a la adherencia al PCV, ya que por estos medios podrían consultar su información de última consulta médico, solicitar un cambio de hora o acceder a revisar el agendamiento de su próxima consulta con algún profesional de la salud.

VI. DISCUSIÓN

Los resultados del estudio sobre las estrategias de intervención para rescatar a los pacientes pasivos del PCV, indican que la intervención de trabajadores comunitarios logró casi el doble de rescates que la modalidad habitual que se realiza en los CESFAM, en forma significativa según la prueba de hipótesis ($p=0,023$). Ello permite afirmar que en la intervención realizada, esta estrategia con trabajadores comunitarios es más efectiva para recuperar a estos pacientes no adherentes, Estos resultados positivos cobran mayor relevancia al considerar que a ambos grupos se le dio la misma facilidad de acceso (agendar la hora médico por teléfono y envío de las órdenes de exámenes a domicilio). En la gran mayoría de los casos contactados, se logró su reintegración al PSCV y solo una persona rechazó participar de ser rescatada, ya que en ese momento prefería atenderse en consulta privada.

Una de las limitaciones del presente estudio fue la cantidad de casos perdidos para rescatar por no poder obtener la información de contacto de estos usuarios, situación que ocurre en la práctica del programa en los servicios de salud. Dado que son pacientes que se han alejado del sistema por lo que su registro no se encuentra actualizado, siendo esta situación uno de los principales obstáculos identificados en este estudio para realizar su rescate. Frente a este obstáculo los TC tuvieron mayor poder de resolución ya que si el contacto solo registraba el domicilio, ellos acudían directamente a realizar la visita para verificar la posibilidad de rescate, lo cual en la modalidad tradicional solo se realizan 3 llamados telefónicos y una notificación en el domicilio de citación al CESFAM, intentos que en su mayoría resultan fallidos según lo mencionado por los profesionales de salud de este CESFAM y lo cual al ser replicado por el presente estudio también se evidencio. También existieron casos en que su actual estado de salud ya no permitía que acudieran al CESFAM, situación que indica la importancia de realizar el intento de rescate de los pacientes no adherentes; Por ética, estos casos fueron informados al CESFAM quienes dieron como resolución a estos casos visita domiciliaria, ingreso al programa de postrados, activación de redes (asistente social y municipalidad).

Otra ventaja aportada en la intervención de TC es el rol de acompañamiento que realizan con los pacientes, en este grupo se acompañó a los rescatados a realizarse el examen y hora médico, lo cual favoreció a los pacientes que les dificultaba salir sin acompañamiento y también ayudó a pesquisar un caso en que el paciente se encontraba descompensado en su presión y colesterol, el que fue derivado a urgencias y en esta instancia también se le acompañó.

Otro hallazgo relevante del estudio fue que a pesar de que ambos grupos estaban compuestos en mayor proporción por mujeres, el grupo de TC logró rescatar de manera homogénea a hombres y mujeres (51,9% y 48,1% respectivamente) a diferencia de la M.T. que logró un mayor rescate de mujeres (85,7%), lo cual genera una ventaja en acercar al sistema de salud a los hombres quienes son los que menos consultan.

Otro factor a destacar es que más del 80% de los pacientes rescatados en ambos grupos del estudio eran sedentarios, lo cual aumenta su riesgo cardiovascular, lo cual es crítico considerando que es población que no está bajo control. En cuanto a beber alcohol y fumar cigarrillos en el grupo de intervención de TC existía una mayor frecuencia de personas que realizaban estas prácticas, todos ellos en un bajo nivel de consumo, según su respuesta en el cuestionario aplicado, sin embargo, uno de los pacientes participantes del grupo de los TC era reconocido en la comunidad como bebedor problema, frente a lo cual los TC pueden tener mayor posibilidad de pesquisar estos casos y otorgar un apoyo no solo en torno a la adherencia del programa, sino que en informar a los pacientes sobre una mejor salud y uso de los servicios de salud.

Entre los resultados se registraron casos 4 casos en el grupo de TC y 2 casos en el de modalidad tradicional, que sufrieron descompensación de su patología de riesgo cardiovascular en los últimos 3 meses y 2 casos de accidente cerebro vascular en el grupo de M.T., situaciones que podrían sido evitados si se hubieran rescatado a tiempo.

En la dimensión de adherencia de factores relacionados con el tratamiento, más del 80% de los pacientes rescatados de los dos grupos del estudio utilizan

fármacos para tratar sus enfermedades de riesgo de ECV, lo cual indican que se automedican ya que son población que no está bajo control médico desde hace más de un año, y en más del 60% de estos casos de los dos grupo del estudio obtenían este fármaco en el CESFAM, por lo que se puede inferir que los pacientes pasivos del PCV si asisten al servicio de salud, sin embargo no adhieren al PCV. En estos casos tal vez se podría recomendar al servicio de salud que no entregue fármacos si no tienen su receta actualizada, lo que serviría también como recuperación de pacientes no adherentes. En cuanto a la dimensión de adherencia relacionada con la autonomía del paciente, según la OMS parte de los fundamentos de la no adherencia a los programas es el desconocimiento de la enfermedad, lo cual esos casos en este estudio, fueron de un 63% en el grupo de intervención de TC y de un 78,6% de la intervención de M.T. y además, es relevante mencionar que solo un paciente de la totalidad de los rescatados por ambos grupos, señaló que sabía lo que era el PCV, lo cual también se puede definir como un obstáculo a la adherencia al programa, ya que si los usuarios no saben que implicancias tiene este para su salud, será más difícil que mantengan una activa participación en este. En cuanto al factor de adherencia relacionado con la atención médica el principal motivo que señalaron los pacientes como causa para continuar en el programa qué que alguien del equipo de salud no le dio un buen trato, lo cual es coherente con la literatura en que una de las principales causas de falta de adherencia en la relación transaccional entre paciente-médico. Sin embargo este estudio no logra explicar detalladamente el fundamento de esta problemática que señalan los pacientes por lo que se recomienda realizar un estudio de carácter cualitativo que logre recoger la opinión de estos pacientes al respecto.

VII. CONCLUSIÓN

El presente estudio logró cumplir con el objetivo propuesto de comparar dos tipos de estrategias de intervención para el rescate de pacientes pasivos del programa cardiovascular del CESFAM Barros Luco, lo que permitió generar evidencia que el modelo de intervención de trabajadores comunitarios logra mayor cantidad de rescates que el modelo tradicional, por lo que al ser una positiva experiencia, se puede recomendar el uso de trabajadores comunitarios como apoyo crucial para una mejor adherencia al PCV en los CESFAM. Sin embargo, es preciso considerar que ello requiere de presupuestos locales adicionales, encontrar y capacitar trabajadores comunitarios y que ellos tengan facilidades de información de los pacientes así como apoyo para desplazarse en la comunidad, incluyendo los domicilios. Además es relevante mencionar que el rol de acompañamiento del trabajador comunitario con los pacientes, logra una relación de horizontalidad que puede ser más efectiva en mantener la adherencia al PCV, ya que ellos en su rol de acompañamiento podrían no solo rescatar más pacientes además realizar un refuerzo positivo entre los pacientes y el sistema de salud para mantener su participación activa en el programa a través del tiempo, lo cual es de vital importancia al considerar que la EC es crónico, objetivo que se recomienda explorar en otra investigación.

Una de las limitaciones del estudio es la muestra pequeña que se logró contactar para rescatar por lo que se recomienda realizar un estudio con mayor cantidad de participantes y de diversas comunas, que logre comprobar el éxito de la intervención, sin embargo también sienta bases para continuar estudiando este tipo de intervenciones y en general, los mecanismos para asegurar una mejor adherencia a PCV en los distintos centros de nivel primario del SNSS.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. WHO WHO. OMS | Enfermedades cardiovasculares [Internet]. Who. World Health Organization; 2015 [cited 2017 Aug 17]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
2. OPS. Cifras morbilidad. [Internet]. [cited 2017 Aug 12]. Available from: <https://hiss.paho.org/pahosys/grp.php>
3. Jacoby E, Bull F, Neiman A. Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomentar la actividad física como prioridad en la Región de las Américas. Rev Panam Salud Pública. 2003;14(4):223–5.
4. Acuña M. La cesación del consumo de tabaco. 2003;75. Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/75fd0bb79ec68b90e04001011f01201c.pdf>
5. Gervas,J., Pérez, M. Sano y Salvo. Barcelona los libros del Lince. Pàgs.217-221.Abril 2016
6. Mundial De La Salud O. ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS A LARGO PLAZO Pruebas para la acción ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS A LARGO PLAZO Pruebas para la acción Catalogación por la Biblioteca de la OPS. 2004 [
7. OMS | Enfermedades no transmisibles. WHO [Internet]. 2017 [cited 2017 Jul 11]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
8. OMS | Enfermedades no transmisibles. WHO [Internet]. 2017 [cited 2017 JUL 11]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
9. Caro, D. Impacto Económico de las Enfermedades Crónicas Seminario para optar al Título de tesis. 2014
10. Organización Mundial de la Salud. PLAN DE ACCIÓN MUNDIAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES 2013-2020 [Internet]. 2013 [cited 2017 Aug Available from: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf
11. Organización Mundial de la Salud. OMS | ¿Qué son las enfermedades cardiovasculares? WHO [Internet]. 2015 [cited 2017 Jun 12]; Available from: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es/
12. Navarro B, Yebra M, Romero J, Suárez-Massa D. Medicina clínica. [Internet]. Medicina Clínica. Ediciones Doyma, S.A; [cited 2017 Aug 12]. 636 p. Available from:
13. Atherosclerosis: an inflammatory disease. New Engl J Med 1999;340:115-26.
14. Lopez Farré A, Macaya Miguel C. Libro de la salud cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y la Fundación BBVA [Internet]. 2009 [cited 2017 Aug 12]. 696 p.
15. Stampher MJ. Vit E consumption and the risk of coronary disease in woman. N Engl J Med 1993;328:1444-9
16. Cabrera TC, Cabrera TC, Serrano DS. ALGUNOS ASPECTOS SOBRE EL ESTRÉS OXIDATIVO, EL ESTADO ANTIOXIDANTE Y LA TERAPIA DE SUPLEMENTACIÓN. Revista Cuba Cardiología y Cirugía Cardiovascular

17. Texas Heart Institute. Estudio Holter - Instituto del Corazón de Texas (Texas Heart Institute). Cent Inf Cardiovasc [Internet]. 2016 [cited 2017 Jun 13];1. Available from: http://www.texasheart.org/HIC/Topics_Esp/Cond/strok_sp.cfm
18. Aguado RG, Escobar Oliva AB, Pou Giménez MA. Enfermedad arterial periférica. FMC - Form Médica Contin en Atención Primaria [Internet]. 2017 Jun 24(6):291–302. A
19. Risco Turiño Carlos del, Ávila Arostegui Debbie, Hernández Varela Ariel, Romay Buitrago Raúl. Proliferación intimal y aterosclerosis de la aorta y sus factores de riesgo. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. 2004 Dic.
20. Barber M, Barber E. Proliferación intimal y aterosclerosis de la aorta y sus factores de riesgo. 2003 NefroPlus 2009;2:34-44 [cited 2017 Aug 13]; Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002004000400004
21. Sposato Luciano A., Riccio Patricia M., Klein Francisco R.. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad carotídea aterosclerótica extracraneal asintomática. Medicina (B. Aires) [Internet]. 2011 Dic [citado 2017 Ago 13]; 71(6): 561-565. Disponible en:
22. Silverthorn D. Fisiología Humana. Un enfoque integrado 4a edición [Internet]. 4ª edición. Panamericana, editor. Madrid; 2008 [cited 2017 Aug 14]. 496-505 p.
23. Cruz-Sánchez E, Orosio-Méndez M, Cruz-Ramírez T, Bernardino-García A, Vásquez-Domínguez L, Galindo-Palma N, et al. Factores de riesgo cardiovascular en estudiantes de enfermería de una universidad pública. Enfermería Univ [Internet]. 2016 Oct [cited 2017 Aug 14];13(4):226–32.
24. Lamotte M. Factores de riesgo cardiovascular y actividad física. EMC - Kinesiterapia - Med Física [Internet]. 2016 Apr [cited 2017 Aug 11];37(2):1–7. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1293296516774652>
25. Ministerio de Salud. Orientación Técnica Programa de Salud Cardiovascular 2017 [Internet]. 2017 [cited 2017 Aug 13]. Available from: http://www.redcronicas.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2017/08/OT-PROGRAMA-DE-SALUD-CARDIOVASCULAR_03.pdf
26. Primaria A, Álvarez-Fernández C, Vaquero-Abellán M, Ruíz-Gandara Á, Romero-Saldaña M, Álvarez-López C. Factores de riesgo cardiovascular en la población en situación de riesgo de pobreza y exclusión social. Aten Primaria [Internet]. 2017 [cited 2017 Aug 14];49(3):140–9.
27. OMS. Preguntas y respuestas sobre la hipertensión. WHO [Internet]. 2016; Available from: <http://www.who.int/features/qa/82/es/>
28. Ministerio de Salud (MINSAL), Gobierno de Chile, Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile. Caracterización del tratamiento farmacológico de la población hipertensa chilena: Estudio comparativo de los resultados de las Encuestas Nacionales de Salud ENS2003 y ENS2009-10. 2012
29. Ministerio de Salud Chile. Guía Clínica Hipertension arterial primaria o esencial en personas de 15 años y mas. [Internet]. Serie Guías MINSAL. 2010 1-63 p. Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7220fdc4341c44a9e04001011f0113b9.pdf>
30. OMS. Diabetes. WHO [Internet]. 2017 ;
31. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Medicina “Alberto Hurtado.” Revista médica herediana: órgano oficial de la Facultad de Medicina “Alberto Hurtado”, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Peru. [Internet]. Universidad Peruana Cayetano Heredia;

32. Ministerio de Salud. Guía Clínica 2010 Diabetes Mellitus tipo 2.2010 Santiago MINSAL. Available from: http://www.redcronicas.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2014/04/Guía-Clinica-GES-Diabetes-tipo-2-2010-1.pdf
33. Wellen KE, Hotamisligil GS. Inflammation, stress, and diabetes. *J. Clin Invest* 2005; 115:1111–1119.
34. Tébar J, Escobar F. La Diabetes en la Práctica Clínica (eBook) [Internet]. Panamericana, editor. Madrid; 2009 [cited 2017 Aug 14]. 230 p.
35. The Emerging Risk Factors Collaboration, Sarwar N, Gao P, Seshasai SRK, Gobin R, Kaptoge S, et al. Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. *Lancet* [Internet]. 2010 Jun 26 [cited 2017 Aug 15];375(9733):2215–22.
36. Haffner SM, Lehto S, Rönnemaa T, et al. Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction. *N Engl J Med*. 1998 Jul 23;339(4):229-34.
37. Evans J, Wang J, Morris A. Comparison of cardiovascular risk between patients with type 2 diabetes and those who had had a myocardial infarction: cross sectional and cohort studies. *BMJ* 2002;324:939-42. Corrección *BMJ* 2002;324:1357.
38. Stratton IM, Adler AI, Neil HA, et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study.
39. Álvarez Seijas Eduardo, González Calero Teresa M., Cabrera Rode Eduardo, Conesa González Ana Ibis, Parlá Sardiñas Judith, González Polanco Elis Alberto. Algunos aspectos de actualidad sobre la hemoglobina glucosilada y sus aplicaciones. *Rev Cubana Endocrinol* [Internet]. 2009 Dic; 20(3): 141-151.
40. Peterson KP, JG Pavlovich. What is hemoglobin A1c? An analysis of glycated hemoglobins by electrospray ionization mass spectrometry. *Clin Chem*. 1998;44(9):1951-8.
40. Rohlfing CL, RR Little. Use of GHb (HbA1c) in screening for undiagnosed diabetes in the U.S. population. *Diabetes Care*. 2000;23(2):187-91.
42. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2007. *Diabetes Care*. 2007;30(Suppl.1):4-41.
43. The International Expert Committee. International expert committee report on the role of the A1C assay in the diagnosis of diabetes. *Diabetes Care*. 2009;32(7):1-8.
44. MINSAL. Dislipidemias. *Minist Salud* [Internet]. 2012;4:18–27. Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/75fefc3f8128c9dde04001011f0178d6.pdf>
45. Fundación Española del Corazón. Colesterol: Riesgo de colesterol alto [Internet]. 2013 [cited 2017 Aug 15]. Available from: <http://www.fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/colesterol.html>
46. Organización Mundial de la Salud. OMS | Tabaco [Internet]. WHO. World Health Organization; 2017 [cited 2017 Aug 15]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
47. Lugo NS, Pupo EC. Prevalencia y percepción del riesgo del tabaquismo en el área de salud del policlinico “Dr. Jorge Ruiz Ramírez.” *Rev Cuba Salud Publica* [Internet]. 2010 [cited 2017

- Aug 15];36(2):125–31. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000200005
48. Lanas F, Serón P. Cardiovascular Global Smoking Role in Global Cardiovascular Risk. *Rev médica clínica CONDES* [Internet]. 2012 [cited 2017 Aug 16];23(6):699–705. Available from: https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/noviembre/tabaquismo-9.pdf
49. MINISTERIO DE SALUD. La cesación del consumo de tabaco [Internet]. Santiago; 2003 [cited 2017 JUL 12]. Available from: https://www.chilelibredetabaco.cl/descargas/centrodoc/Manual_cesacion_MinSal.pdf
50. Organización Mundial de la Salud. OMS | Obesidad y sobrepeso [Internet]. 311. World Health Organization; 2015 [cited 2017 Aug 17]. p. 1–4. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
51. Baltasar A. Obesidad y cirugía: cómo dejar de ser obeso - Aniceto Baltasar - Google Books [Internet]. ARÁN. Madrid; 2001 [cited 2017 Aug 17]. 520 p. Available from: <https://books.google.cl/books?id=3XpacoK8H1sC&pg=PA15&dq=obesidad+definicion&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwj69rTltt7VAhXFGJAKHS0IAowQ6AEILDAB#v=onepage&q=obesidad+definicion&f=false>
52. Haa-Navarro K. Sobrepeso y obesidad. *Gac Med Mex* [Internet]. 2016 [cited 2017 Aug 17];152(Suppl 1):45–9. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdf>
53. MINSAL., OMS., OPS. Manejo alimentario del adulto con sobrepeso u obesidad [Internet]. Vol. 127, *Rev Méd Chile*. 1999 Available from: <http://buenaspracticassaps.cl/wp-content/uploads/2014/07/MINSAL-2002-manejo-alimentario-SP-OB.pdf>
54. Programa de Salud del Adulto Mayor, Gobierno de Chile. Manual de Aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor. Programa Salud del Adulto Mayor Div Prevención y Control Enfermedades Subsecr Salud Pública [Internet]. 2010 [cited 2017 Aug 17];2(5):1–16. Available from: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/ab1f81f43ef0c2a6e04001011e011907.pdf>
55. Sedentary Behaviour Research Network. Letter to the editor: Standardized use of the terms «sedentary» and «sedentary behaviours». *Appl Physiol Nutr Metab* 2012; 37: 540
56. MINSAL. Recomendaciones actividad física [Internet]. 2017 [cited 2017 Aug 15]. Available from: http://www.redcronicas.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2017/05/Recomendaciones-de-Actividad-f%C3%ADsica-2017-borrador-1.pdf
57. OMS. Actividad Física. Organ Mund la Salud [Internet]. 2017 [cited 2017 Aug 15];23(3):209–17. Available from: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
58. MINSAL. Programa de Actividad Física para la Prevención y Control de los Factores de Riesgo Cardiovasculares. Programa Salud Cardiovascular [Internet]. 2004 [cited 2017 Aug 17];53. Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/75fe622727752266e04001011f0169d2.pdf>
59. Lamotte M. Factores de riesgo cardiovascular y actividad física. *EMC - Kinesiterapia - Med Física* [Internet]. 2016 Apr [cited 2017 Aug 14];37(2):1–7. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1293296516774652>
60. OMS. Alcohol [Internet]. WHO. World Health Organization; 2015 [cited 2017 Aug 17]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
61. Ministerio de Salud de la Nación. Estrategia Nacional sobre Alcohol: Reducción del consumo de riesgo y sus consecuencias sociales y sanitarias. Propuesta de un desafío

- bicentenario para Chile [Internet]. Alcohol. 2009 [cited 2017 Aug 17]. 53 p. Available from: http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/2 Estrategia Nacional sobre Alcohol_b.pdf
62. Unidad de adicciones PU. Bebedor problema - Red de Salud UC CHRISTUS [Internet]. 2016 [cited 2017 Aug 17]. Available from: http://redsalud.uc.cl/ucchristus/VidaSaludable/Glosario/B/bebedor_problema.act
63. Mostofsky E, Chahal HS, Mukamal KJ, Rimm EB, Mittleman MA. Alcohol and immediate risk of cardiovascular events. *Circulation* [Internet]. 2016;133(10):979–87.
64. Pablo Noriega. Efectos del alcohol sobre la fisiología humana | Elsevier España [Internet]. 2012 [cited 2017 Aug 15]. Available from: <https://www.elsevier.es/corp/conecta/medicina/efectos-del-alcohol-sobre-la-fisiologia-humana/>
65. Becerril-Monteckio V., de Dios Reyes J, Manuel A. Sistema de salud de Chile. 2011 [cited 2017 Aug 15];53(2). Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/09.pdf>
66. FONASA. 80 Patologías [Internet]. 2017 [cited 2017 Aug 17]. Available from: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/coberturas/auge/patologias>
67. Servicio de salud metropolitano norte. Atención primaria [Internet]. [cited 2017 Aug 17]. Available from: http://www.ssmn.cl/atencion_primaria.ajax.php
68. Contreras Jaime, Venegas Constanza, Jiménez Mónica CJD. Implementación del enfoque de riesgo en el programa de salud cardiovascular [Internet]. Vol. 9, Revista de Estudiantes de Medicina del Sur. 2010 [cited 2017 Apr 10]. p. 1–46. Available from: <http://maquetas.ciiet.cl/elgg/file/download/4505>
69. MINISTERIO DE SALUD. La cesación del consumo de tabaco [Internet]. Santiago; 2003 [cited 2017 Aug 15]. Available from: https://www.chilelibredetabaco.cl/descargas/centrodoc/Manual_cesacion_MinSal.pdf
70. OPS. Informe de la Reunión Bienal de la Red CARMEN. [cited 2017 Aug 15]; Available from: <http://www.paho.org/carmen/wp-content/uploads/2012/06/CARMEN-Relatoria-Final-Lima-2009.pdf>
71. Galiano G MA, Calvo A MS, Feito T MA, Aliaga B MW, Leiva M S, Mujica P B. CONDICIÓN DE SALUD Y CUMPLIMIENTO DE LA GUÍA CLÍNICA CHILENA PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2. *Cienc y enfermería* [Internet]. 2012 [cited 2017 Aug 17];18(3):49–59. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=en
72. Figueroa F, María V, Derderian E, Marcela F, Olivares O. Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar 2003 Profesionales alumnos. [cited 2017 Aug 17]; Available from: http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/2/Vi%F1a del Mar 2003/Inasistencia_programa_cardiovascular.pdf
73. OMS. El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura [Internet]. Comunicados De Prensa. World Health Organization; 2003 [cited 2017 Aug 17]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>
74. Téllez A. Prevención y adherencia: Dos claves para el enfrentamiento de las enfermedades crónicas. Vol. 132, *Revista Medica de Chile*. 2004. p. 1453–5.
75. Organización Mundial de la Salud (OMS). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. 2004 [cited 2017 Apr 19];127–32. Available from:

http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid.
(consulta: 2 de octubre de 2015).&Itemid=270

76. Sandoval D, Chacón J, Muñoz R, Henríquez Ó, Koch E, Romero T. Influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. resultados de una cohorte del programa de salud cardiovascular de la región metropolitana, Chile. *Rev Med Chil* [Internet]. 2014 Oct [cited 2017 Apr 21];142(10):1245–52. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014001000003&lng=en&nrm=iso&tlng=en

77. Abbott PJ et al. Retrospective analyses of additional services for methadone maintenance patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1999, 17:129–137.

78. Viswanathan M, Krashnewski J, Nishikawa B, Laura C. Morgan, Thieda P, Honeycutt A, et al. Outcomes of community health worker interventions [Internet]. 2009 [cited 2017 Apr 21]. Available from: <https://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/comhealthwork/comhwork.pdf>

79. The New England Comparative Effectiveness Public Advisory Council Community Health Workers: A Review of Program Evolution, Evidence on Effectiveness and Value, and Status of Workforce Development in New England. ©Institute Clin Econ Rev [Internet]. 2013 [cited 2017 Apr 21]; Available from: http://www.healthreform.ct.gov/ohri/lib/ohri/1._CHW-Final-Report-07-26-MASTER.pdf

80. Balcazar H, Alvarado M, Ortiz G. Salud Para Su Corazon (Health for Your Heart) Community Health Worker Model: Community and Clinical Approaches for Addressing Cardiovascular Disease Risk Reduction in Hispanics/Latinos. *Natl Hear Lung, Blood* [Internet]. [cited 2017 Apr 3]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3357063/pdf/nihms372421.pdf>

81. Subsecretaría de Salud Pública División de planificación Sanitaria Depto. de Epidemiología. (2017). *Primeros resultados tercera encuesta nacional de salud (ENS) 2016-2017*. Santiago. Retrieved from http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/2017.21.07_pdf.primeros.resultados.pdf

82. Cláudia, A., Kluthcovsky, G. C., & Magosso Takayanagui, A. M. (n.d.). *Online AGENTE COMUNITARIO DE SALUD: UNA REVISIÓN DE LITERATURA*. Retrieved from www.eerp.usp.br/rlae

83. Cláudia, A., Kluthcovsky, G. C., & Magosso Takayanagui, A. M. (n.d.). *Online AGENTE COMUNITARIO DE SALUD: UNA REVISIÓN DE LITERATURA*. Retrieved from www.eerp.usp.br/rlae

84. EPES División de Atención Primaria F. *Manual de apoyo a la incorporación de agentes comunitarios en salud en los equipos de los CECOSF Fundación EPES y División de Atención Primaria (DIVAP)*. [cited 2017 Dec 9]; Available from: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/01/Manual-ApoyoIncorporaci%C3%B3n-ACS-en-Cecosf.pdf>

85. OPS. (2011). *Organización Panamericana de la Salud / Organización mundial de la Salud*. Retrieved from https://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1544-Implementacion-del-modelo-biopsicosocial-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-discapaci-1&category_slug=publicaciones-destacadas&Itemid=364

86. Fundación Biblioteca Josep Laporte., J., & Pérez Franco, B. (2008). *Revista electrónica clínica en atención primaria. Revista clínica electrónica en atención primaria*. Fundación Biblioteca Josep Laporte. Retrieved from <https://ddd.uab.cat/record/98663>

87. Frómeta, L. V. L. M. A. (1999). revista cubana de salud publica - infomed. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40, 279–285. Retrieved from https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000400005&lang=es

88. Celedón L, C. (2016). Relación médico paciente. *Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*, 76(1), 51–54. <https://doi.org/10.4067/S0718-48162016000100007>

89. Bascañán R, M. L. (2005). Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Revista Médica de Chile*, 133(1), 11–16. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872005000100002>

90. Liu Qin, Abba Katharine, Alejandria Marissa M, Balanag Vincent M, Berba Regina P, Lansang Mary Ann D. Sistemas de recordatorio e intervenciones para rescatar pacientes inasistentes para el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

91. Morales A, Morroy B., Espinola G.. Derivación de rescate: Una medida efectiva para reingresar al programa cardiovascular a pacientes hipertensos descompensados. *Rev. Anacem* 2007; 1(1):34-37

Morales R Antonio, Monrroy B Hugo, Espinola G Priscila, Pérez U Carolina, Gutiérrez G E steban.

Derivación de rescate: una medida efectiva para reingresar al programa cardiovascular a pacientes hipertensos descompensados

Rev ANACEM 2007; 1(1) : 34-37

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“INNOVANDO LOS MODELOS DE DOCENCIA, GESTIÓN Y ATENCIÓN CLÍNICO-COMUNITARIO EN UN CENTRO DE SALUD FAMILIAR”

Institución: Universidad de Chile, Facultad de medicina.

Investigadoras: Claudia Muñoz Jofré; Natalia Lucero Mondaca

Teléfonos: Claudia Muñoz (+56950411577); Natalia Lucero (+56992192439)

Invitación a participar: Le invitamos a participar en el proyecto de investigación “Innovando los modelos de docencia, gestión y atención clínico-comunitario en un Centro de Salud Familiar”. Este es realizado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, forma parte de un proyecto MECESUP y busca generar innovaciones en las prácticas desarrolladas en los establecimientos del nivel primario respecto del cuidado de pacientes crónicos del programa cardiovascular.

Objetivo: Investigar y desarrollar un modelo innovador en los ámbitos de gestión de atención clínico-comunitaria y de docencia de pre y postgrado, en el contexto de un Centro de Salud Familiar.

Procedimientos: Si Ud. acepta participar, podría ser visitado(a) en su domicilio por un(a) monitor(a) comunitario(a) o un TENS que apoyará su reingreso al programa cardiovascular.

Posterior a su reingreso podría ser que un monitor comunitario le acompañara como máximo 2 veces por semana, lo habitual será 1 vez por semana durante 6 meses, compartiendo consejos y experiencias para mejorar el cuidado de su condición de salud crónica (hipertensión y/o diabetes). Durante el proceso, se accederá a su ficha clínica para la revisión de resultados de exámenes y controles. Al inicio y final de este proceso, se aplicará una encuesta la que es completamente confidencial, de manera de conocer algunos datos generales: edad, condición de salud, tipo de tratamiento, nivel de escolaridad, presupuesto familiar promedio, su pertenencia a etnias de pueblos originarios, hábitos y estilos de vida asociados a su condición de salud (actividad física, alimentación, consumo de cigarrillos y alcohol). Adicionalmente durante el transcurso de la intervención podrá ser contactado(a) por vía telefónica por alguno de los integrantes del proyecto de intervención, de manera de mantener el contacto y seguimiento de su participación en el proyecto.

Riesgos: Su participación en la investigación no implica riesgos para Usted.

Costos: Su participación no va implicar ningún costo para usted.

Beneficios: Su participación en este estudio podría tener el beneficio directo para reingresar al programa cardiovascular y de mejorar la compensación de su(s) enfermedad(es). Adicionalmente ayudará a generar conocimiento y podría mejorar las prácticas del cuidado de pacientes crónicos cardiovasculares en los centros de salud públicos.

Compensación: Ud. no recibirá ninguna compensación económica por su participación en el estudio.

Confidencialidad: Toda la información derivada de su participación en este estudio será recogida y codificada para mantener la confidencialidad de las respuestas y proteger su identidad personal. Sólo las investigadoras tendrán acceso a la ficha clínica y a la encuesta. Una vez finalizado el proyecto, los datos de identificación permanecerán en el computador de las investigadoras de este estudio. Cualquier publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación será completamente anónima. No se le identificará por nombre en ningún reporte, documento, publicación o comunicación basados en la información de la ficha clínica o de la encuesta.

Voluntariedad: Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y se puede retirar en cualquier momento, comunicándolo a la investigadora principal sin que ello signifique ningún inconveniente para Ud.

Derechos del participante: Usted recibirá una copia íntegra y escrita de este documento firmado. Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio puede comunicarse con:

Investigadoras:

*Natalia Lucero Mondaca. Teléfono celular: (9) 92192439. Correo electrónico: natylucero87@gmail.com.

*Claudia Muñoz Jofré. Teléfono celular: (9)50411577 Correo electrónico: claudia.munoz@gmail.com.

Autoridad de la Institución:

Departamento de atención primaria y salud familiar: Ivonne Ahlers 562 29770604

Escuela de salud pública: Oscar Arteaga. Teléfono: 56-2-29786149

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

FIRMA

FECHA

FIRMA
CLAUDIA MUÑOZ JOFRÉ
RUT: 10.900.633-5

FIRMA
NATALIA LUCERO MONDACA
RUT: 16.368.934-0

BUENOS DIAS/ BUENAS TARDES mi nombre esy estoy llamando del CESFAM Barros Luco, ¿hablo con la señor/a (indicar nombre y apellido de la base de datos) como esta?, el motivo de mi llamado es porque nos dimos cuenta que no ha venido a sus controles del programa cardiovascular (PCV) hace más de un año y estamos preocupados por su salud, por lo que queríamos darle la opción de que se reintegre a sus controles a través de un estudio con la universidad de Chile que agilizará el procedimiento de atención, ya que le llevará la orden de examen a su casa y le otorgará una hora medico vía telefónica, Ud. ¿Estaría de acuerdo a participar en esta modalidad?:

Si el paciente responde:

a. No: Preguntar los motivos de por qué no aceptó participar y tratar de persuadir que es importante para el control de su HTA, DIABETES O DISLIPIDEMIA, Y que además será apoyado para recordarle sus horas médicas y no tendrá que realizar filas para obtenerla.

B: Si: Confirmar domicilio, agendar hora de visita a domicilio y le explica que le llevarán las ordenes de exámenes médicos para que reingrese a sus controles de salud en el PCV.

Anexo 3: Cuestionario variables sociodemográficas, Adherencia terapéutica y relación con PCV

N° FOLI O	FECH A	NOMBRE DEL ENTREVISTADOR
--------------------------	-------------------	---------------------------------

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

.....
.....

Agradecemos su participación en este proyecto de intervención de la Universidad de Chile, el cuestionario que viene a continuación no posee respuestas buenas ni malas, debe seleccionar solo una de estas, sus respuestas son absolutamente confidenciales. (DEBE SER APLICADO POR ENCUESTADOR)

N° FOLIO			

FECHA			

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR			
.....			

Agradecemos su participación en este proyecto de intervención de la Universidad de Chile, el cuestionario que viene a continuación no posee respuestas buenas ni malas, debe seleccionar solo una de estas, sus respuestas son absolutamente confidenciales. (DEBE SER APLICADO POR ENCUESTADOR)

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A.1 **Sexo**

- | | |
|---|--------|
| 1 | Hombre |
| 2 | Mujer |

A.2 **Fecha de Nacimiento**

--	--	--

A.3 **Estado civil actual**

- | | |
|---|------------------------|
| 1 | Soltero/a |
| 2 | Casado/a |
| 3 | Conviviente |
| 4 | Separado/a o Anulado/a |
| 5 | Viudo/a |

A.4 **Si tiene pareja, ¿vive con él o con ella?**

- | | |
|---|-----------------|
| 1 | No |
| 2 | Sí |
| 3 | No tiene pareja |

A.5 **¿Con quién/es vive actualmente?**

- | | |
|---|---------------------------|
| 1 | Vive solo/a |
| 2 | Con el/la esposo/a |
| 3 | Viven en pareja |
| 4 | Vive con los padres |
| 5 | Vive con otros familiares |

- 6 Vive en hogar protegido
- 7 Vive con otros
- 8 Vive en la calle o sin residencia fija
- 9 Desconocido

A.6 **Nivel de escolaridad** (*considerar el último año aprobado*)

- 1 Sin instrucción
- 2 Básica Incompleta (1°- 4°)
- 3 Básica Incompleta (5°- 7°)
- 4 Básica Completa
- 5 Media Incompleta
- 6 Media Completa
- 7 Técnica Superior Incompleta
- 8 Técnica Superior Completa
- 9 Universitaria Incompleta
- 10 Universitaria Completa

A.7 **Situación laboral al diagnóstico**
(si hubiese más de una, considere la situación que ocupa la mayor parte del tiempo del/de la encuestado/a)

- 1 Dueña de casa
- 2 Estudiante
- 3 Jubilado/a o Pensionado/a
- 4 Con trabajos ocasionales o inestables
- 5 Con trabajo estable o empleado
- 6 Cesante
- 7 Otra situación: _____

A.8 **¿En los dos últimos meses, si hubieras estado enfermo, habría tenido a alguien que te cuidara?**

Especificar quien: _____

- 1 No
- 2 Posiblemente
- 3 Muy probablemente
- 4 Seguro
- 8 No hay respuesta
- 9 Respuesta no clasificable

A.9

¿En los dos últimos meses, te has sentido parte de un grupo (asociación cultural, religiosa, recreativa o grupo de familiares, entre otros), y ello ha sido importante en tu vida?

- 1 No
- 2 Sí
- 3 No Sabe

A.1
0

De la pregunta anterior, Si pertenece a un grupo mencione cual:

.....
...
.....
.
.....
...
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

A.11

Pertenece a algún pueblo originario

- 1 Mapuche
- 2 Aymara
- 3 Atacameño
- 4 Rapa nui
- 5 Otra

A.12

Qué religión profesa

- 1 Católica
- 2 Evangélica
- 3 Mormona

4 Ninguna

5 Otra

A.13 Mencione los ingresos de su hogar

--	--	--	--	--	--	--

II. ANTECEDENTES DE SALUD

B1. Actualmente ¿Usted tiene alguno de estos problemas?

- 1 Visión
- 2 Audición
- 3 No sabe
- 4 **No tiene problemas**

B2. Actualmente ¿Usted utiliza?

- 1 Lentes
- 2 Audífonos
- 3 No sabe
- 4 **No Utiliza**

B3. Actualmente ¿Qué enfermedad o condición tiene?

- 1 Diabetes
- 2 Hipertensión
- 3 Dislipidemia
- 4 **Fumador de 55 años y mas**
- 5 No sabe
- 6 **Ninguna de las anteriores**

B4. En los últimos 3 meses ¿ha tenido descompensación de

- 1 Si

su enfermedad?

- 2 No
- 3 No sabe
- 4 No recuerda

B5. En el último año ¿Ha tenido que ir al policlinico O urgencias por su descompensación de enf. CV?

- 1 Si
- 2 No
- 3 No sabe
- 4 No recuerda

B6. En el último año ¿Ha sido hospitalizado?

Especificar motivo: _____

- 1 Si
- 2 No
- 3 No sabe
- 4 No recuerda

B7. Actualmente ¿Qué tratamiento está realizando para tratar Su hipertensión, diabetes, dislipidemia o hábito tabáquico?

Mencione medicamento/s: _____

- 1 Medicamento
- 2 Dieta
- 3 Ejercicio
- 4 Disminuir alcohol
- 5 Disminuir cigarrillos
- 6 Dejar alcohol
- 7 Dejar cigarrillos
- 8 No está realizando nada
- 9 No sabe

B8. En el último año ¿Ha tenido un infarto agudo al miocardio o accidente cerebro vascular?

Mencione Fecha: _____

Quedó con secuela: _____

Qué secuela: _____

- 1 Si
- 2 No
- 3 No sabe

B9. ¿Tiene alguna otra enfermedad que no sea CV?

- 1 Si
- 2 No
- 3 No sabe

De la pregunta anterior, mencione cual/es:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

B10. ¿Toma otro medicamento que **NO sea para la HTA, diabetes o dislipidemia??**

- | | |
|---|---------|
| 1 | Si |
| 2 | No |
| 3 | No sabe |

De la pregunta anterior, mencione cual/es medicamentos que no sean de enfe. CV:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

III. RELACIÓN PCV

C1. ¿En qué fecha asistió a su último control de programa cardiovascular (previo 2017)?

Mencione Fecha: _____

C2. MIENTRAS NO ESTUVO ASISTIENDO A SUS CONTROLES DEL PCV:

C2A. ¿Retiraba sus medicamentos de farmacia del CESFAM?

- 1 Si
- 2 No
- 3 No sabe

C2B. ¿Con qué frecuencia retiraba sus medicamentos?

- 1 Una vez al mes
- 2 Cada tres meses
- 3 No sabe
- 4 Cuando se terminaba medicamento
- 5 No aplica

C3. ¿Ud. Sabe que es el Programa CardioVascular??

- 1 Si
- 2 No
- 3 No sabe

Mencione en qué consiste el programa

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**C4. Marque el motivo principal que causo su inasistencia al PCV:
(Antes de reincorporarse 2017)**

- 1 Olvidé en qué fecha debía acudir al control
- 2 **Mis horarios no eran compatibles para asistir a los controles**
- 3 **Problemas económicos**
- 4 **No tenía quien me acompañara**
- 5 **Por enfermedad propia o de un familiar**
- 6 **Por el clima no podía asistir**

7	Alguien del equipo de salud (medico, enfermera, nutricionista, kinesiólogo, TENS) no me dio buen trato
8	El programa cardiovascular no es ayuda para mi enfermedad
9	No me agrada asistir al CESFAM
10	Es mucha la espera para que me atiendan en mis controles
11	No sabe
12	Otra

Especifique otra: _____

C5. ¿Usted conoce el portal (página de internet) mi salud?

1	Si
2	No

C6. ¿Conoce el teléfono de su sector del cesfam?

1	Si
2	No

IV.ACTIVIDAD FÍSICA

D1. ¿Ud. Realiza alguna actividad física?

1	Si
2	No

¿Cuál y cuantas veces en la semana? _____

D2. ¿Ud. Realiza actividad física durante tres veces a la semana por más de 30 minutos?

- | | |
|---|----|
| 1 | Si |
| 2 | No |

D3. ¿Cuántas horas por día pasa sentado aproximadamente?

- | | |
|---|---------------|
| 1 | 1-3 hora |
| 2 | 3-6 horas |
| 3 | 6-8 horas |
| 4 | Más de 8 hrs. |
| 5 | No sabe |
| 6 | No aplica |

v. DIETA

E1. ¿Consumió azúcar ayer?

¿Cuántas cucharadas? _____

- | | |
|---|-------------|
| 1 | Si |
| 2 | No |
| 3 | No sabe |
| 4 | No recuerda |

E2. ¿Agregó sal a las comidas?

¿Cuántas cucharadas? _____

- | | |
|---|-------------|
| 1 | Si |
| 2 | No |
| 3 | No sabe |
| 4 | No recuerda |
| 5 | No cocina |

E3. ¿Ayer bebió agua?

¿Cuántos vasos largos? _____

- | | |
|---|-------------|
| 1 | Si |
| 2 | No |
| 3 | No sabe |
| 4 | No recuerda |

E4. ¿Ud. Bebe bebidas o jugos azucarados?

¿Cuánto bebidas o jugos compra en una semana?

(Indique de cuantos litros) _____

- | | |
|---|-------------|
| 1 | Si |
| 2 | No |
| 3 | No sabe |
| 4 | No recuerda |

E5. Durante la última semana, usted consumió: Si marca la alternativa sí, Mencione cantidad de veces que los consume EN UNA SEMANA:

Nº	ALIMENTO	CONSUME		CANTIDAD DE VECES						
		SI	NO	1	2	3	4	5	+5	
	Frutas									
	Verduras									

Carbohidratos(fideos o pastas, arroz, cereales)									
Frituras									
Carnes Blanca									
Carnes Rojas									
Pescado									
Pasteles									
Lácteos									
Sopas									
Frutos secos									
Snacks(papas,ramitas)									
Dulces(galletas,chocolates,helados)									
Pan									

VI. ADHERENCIA FARMACOLOGICA

TEST Morisky-Green-Levine

Responda sí o no a las preguntas que viene a continuación

	Si	NO
F1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?		
F2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?		
F3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?		
F4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?		

VII. TEST DE BATALLA

(Test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad)

Contestar solamente sobre la enfermedad que tiene:

G1. ¿Es la HTA una enfermedad para toda la vida?

Si	NO
----	----

G2. ¿Se puede controlar con dieta y medicación?

SI	NO
----	----

G3. Cite 2 o más órganos que pueden dañarse por tener la presión arterial elevada

G4. ¿Es la diabetes una enfermedad para toda la vida?

SI	NO
----	----

G5. ¿Se puede controlar con dieta y medicación?

SI	NO
----	----

G6. Cite 2 o más órganos que pueden dañarse por tener la diabetes descompensada

VIII. Hábitos

H1. ¿Usted bebe alcohol? Si es si la respuesta aplicar AUDIT

NO _____ Si _____

I1. ¿Usted fuma cigarrillos? Si es si la respuesta aplicar FAGERSTROM

No _____ Si _____

AUDIT

Test de Identificación de Trastornos debido al Consumo de Alcohol (AUDIT)

H2

¿Qué tan seguido toma usted alguna bebida alcohólica?

0	Nunca
1	1 vez al mes o menos
2	2 o 4 veces a la semana
3	2 o 3 veces a la semana
4	4 o más veces

a la semana

H3	¿Cuántos tragos suele tomar usted en un día típico de consumo de alcohol?	<ul style="list-style-type: none">0 Entre 0-21 Entre 3-42 Entre 5-63 Entre 7-94 10 ó más
H4	¿Qué tan seguido toma usted 6 o más tragos en una sola ocasión?	<ul style="list-style-type: none">0 Nunca1 Menos de una vez al mes2 Mensualmente3 Semanalmente4 Casi todos los días
H5	¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, usted no pudo parar de beber una vez que había empezado?	<ul style="list-style-type: none">0 Nunca1 Menos de una vez al mes2 Mensualmente3 Semanalmente4 Casi todos los días
H6	¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, su consumo de alcohol alteró el desempeño de sus actividades normales?	<ul style="list-style-type: none">0 Nunca1 Menos de una vez al mes2 Mensualmente3 Semanalmente4 Casi todos los días
H7	¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, usted necesitó beber en la mañana para recuperarse de haber bebido mucho el día anterior?	<ul style="list-style-type: none">0 Nunca1 Menos de una vez al mes2 Mensualmente3 Semanalmente4 Casi todos los días
H8	¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, usted tuvo remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	<ul style="list-style-type: none">0 Nunca1 Menos de una vez al mes2 Mensualmente3 Semanalmente4 Casi todos los días
H9	¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, usted no fue capaz de recordar lo que sucedió la noche anterior?	<ul style="list-style-type: none">0 Nunca1 Menos de una vez al mes

porque había estado bebiendo?

- | | |
|---|---------------------|
| 2 | Mensualmente |
| 3 | Semanalmente |
| 4 | Casi todos los días |

H10 ¿Usted o alguna otra persona ha resultado físicamente herido debido a que usted había bebido alcohol?

- | | |
|---|------------------------------|
| 0 | No |
| 2 | Sí, pero no en el último año |
| 4 | Sí, en el último año |

H11 ¿Algún familiar, amigo, médico u otro profesional de la salud ha mostrado preocupación por la forma en que usted consume bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?

- | | |
|---|------------------------------|
| 0 | No |
| 2 | Sí, pero no en el último año |
| 4 | Sí, en el último año |

TEST DE FAGERSTRÖM : HABITO TABAQUICO

Pregunta	Respuesta	Puntuación
I2. ¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer Cigarrillo?	Menos de 15 minutos	3
	16-30 minutos	2
	31-60 minutos	1
	Más de 60 minutos	0
I3. ¿Encuentra dificultad para no fumar en los sitios donde	Sí	1
	No	0

Está prohibido (cine...)?		
I4. ¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?	El primero	1
	Otros	0
I5. ¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	10 o menos	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 o más	3
I6. ¿Fuma más durante las primeras horas tras levantarse, que durante el resto del día?	Sí	1
	No	0
I7. ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	Sí	1
	No	0
TOTAL		