



FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
PROGRAMA DE MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA

**CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DE PREVENCIÓN
SECUNDARIA DE USUARIOS POST INFARTADOS EN ATENCIÓN
PRIMARIA DE VIÑA DEL MAR**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN
EN ATENCIÓN PRIMARIA

AUTOR: ANDREA CAROCA MARTÍNEZ
TUTORA: KATHERINE CUEVAS LANG, DIRECTORA Y MAGISTER EN SALUD
PÚBLICA

FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
PROGRAMA DE MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA
VIÑA DEL MAR

Gracias a Dios por permitirme tener y disfrutar de mi familia que me apoyó incondicionalmente en el desarrollo de esta tesis, a Claudio León mi marido, Renato mi primogénito, Trinidad mi pequeña hija, Amarilys Bórquez y Myriam Quezada, amigas de la vida.

Gracias a todos los que estuvieron presentes durante la realización y el desarrollo de esta tesis, en especial a Alejandra Meléndez, que con respeto y dedicación realizaron aportes en este trabajo de investigación.

Gracias a vuestro amor y apoyo incondicional.

ÍNDICE GENERAL

	Páginas
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
I.- Introducción	9
II.- Planteamiento del Problema	11
III.- Marco Teórico	13
IV.- Hipótesis de Investigación	25
V.- Objetivos	25
Objetivo General:.....	25
Objetivos específicos:	25
VI.- Metodología	26
Diseño y tipo de estudio.....	26
Universo y tamaño de la muestra	26
Figura N°1. Configuración de la muestra.....	27
Criterios de inclusión.....	28
Criterios de exclusión.....	28
Variables Independientes.....	28
Variables Dependientes.....	28
Definición de las variables	28
Fuentes de Información.....	30
VII.- Plan de análisis	31
Manejo descriptivo de las variables	32
Análisis de evolución.....	32
Limitaciones del estudio	33
Consideraciones éticas	33
VIII.- Resultados	34
IX.- Discusión	60

X.- Conclusión.....	66
XI. Sugerencias	67
XII. Bibliografía.....	68
XIII.- Anexos.....	78
Anexo N°1: Tipos de variables del estudio, su naturaleza, escala de medición y operacionalización.	78
Anexo N°2. Distribución Chi-Cuadrado.....	79
Anexo N°3. Glosario	80

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

	Páginas
Tabla N°1: Distribución de la Muestra por Años y Sexo.....	34
Gráfico N°1: Porcentaje de distribución de la Muestra por Sexo.....	34
Tabla N°2: Número y Porcentaje de Patologías de la Muestra según Sexo.....	35
Tabla N°3: Medidas de Tendencias Centrales, Mediana e intervalos intercuartílicos para la dispersión.....	36
Tabla N°4: Indicación de Aspirina por Año y Sexo. Años 2011-2015.....	38
Gráfico N°2: Porcentajes de indicación de Aspirina. Años 2011-2015.....	39
Tabla N°5: Indicación de Atenolol por Sexo. Años 2011-2015.....	40
Gráfico N°3: Porcentajes de indicación de Atenolol. Años 2011-2015.....	41
Tabla N°6: Indicación de Lovastatina por Sexo. Años 2011-2015.....	42
Gráfico N°4: Porcentajes de indicación de Lovastatina Años 2011-2015.....	43
Tabla N°7: Chi-Cuadrado; Indicación de Medicamentos por Sexo. Años 2011-2015.....	44
Tabla N°8: Asistencia a Controles de los Profesionales de la salud por Sexo. Años 2011-2015.....	45
Gráfico N°5: Porcentajes de Asistencia a Controles por Profesional. Años 2011-2015.....	46
Tabla N°9: Chi-Cuadrado: Asistencia a Controles de los Profesionales de la salud por Sexo. Años 2011-2015.....	47
Tabla N°10: Presión Arterial Sistólica por Sexo. Años 2011-2015.....	48
Gráfico N°6: Porcentajes de Presión Arterial Sistólica, ambos Sexos. Años 2011-2015.....	49
Tabla N°11: Presión Arterial Diastólica por Sexo. Años 2011-2015.....	50
Gráfico N°7: Porcentajes de Presión Arterial Diastólica, ambos Sexos. Años 2011-2015.....	51
Tabla N°12: Colesterol Total por Sexo. Años 2011-2015.....	52
Gráfico N°8: Porcentajes de Colesterol Total, ambos Sexos. Años 2011-2015.....	53

Tabla N°13: Triglicéridos Total por Sexo. Años 2011-2015.....	54
Gráfico N°9: Porcentajes de Triglicéridos, ambos Sexos. Años 2011-2015.....	55
Tabla N°14: Chi-Cuadrado: Recomendaciones de Presión Arterial, Colesterol Total y Triglicéridos por Sexo. Años 2011-2015.....	56
Tabla Resumen N°15: Cumplimiento de las Recomendaciones de Prevención Secundaria de Usuarios post infartados. Años 2011-2015.....	57
Tabla N°16: Prueba T: Relación Estadística entre Categorías de Análisis.....	59

RESUMEN

En el año 2005, el Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES), incluye al Infarto Agudo al Miocardio (IAM), para su diagnóstico, tratamiento y prevención secundaria en el nivel primario de salud.

Los objetivos de este estudio fueron verificar y comparar el cumplimiento de las recomendaciones de prevención secundaria de la Guía Clínica por sexos, de los usuarios hombres y mujeres post infartados e identificar en qué criterios se dificulta el logro de estas.

Se diseñó un estudio observacional de corte transversal analítico relacional, por sexo en cinco años (2011-2015), donde se analizó una muestra de 469 sujetos infartados diagnosticados en el Hospital Dr. Gustavo Fricke (HGF), luego se revisaron las fichas electrónicas en cinco Centros de Salud Familiar (CESFAM), en el nivel de Atención Primaria de Salud (APS) de la Comuna de Viña del Mar.

Para el análisis se utilizó el software SPSS 25, en el que se realizó análisis relacional descriptivos de tablas de frecuencia y tablas de asociación de variables utilizando el test Chi-Cuadrado, para comparar porcentualmente las diferencias entre sexos. Asimismo, se aplicó una Prueba Paramétrica T para Muestras Relacionadas, considerando un valor $p < 0,05$; como estadísticamente significativo entre sexos. Los resultados mostraron un escaso cumplimiento de las recomendaciones de la guía clínica (2010), especialmente en la indicación de fármacos contemplados en el estudio, en el control de las metas terapéuticas de los factores de riesgo (FR) de índice de masa corporal (IMC), presión arterial sistólica y diastólica, colesterol LDL, triglicéridos y una menor asistencia a los controles de los profesionales no médicos, no encontrando diferencias estadísticamente significativos al comparar el cumplimiento de metas por sexo.

En conclusión, queda en evidencia que se requieren mayores esfuerzos para fortalecer los programas de manejo de prevención secundaria en APS, especialmente en la terapia farmacológica y en la participación del equipo multidisciplinario de salud, que aborde de manera integral la atención clínica y control de estos sujetos.

Palabras claves: Infarto agudo al miocardio, prevención secundaria, guía clínica, atención primaria de salud.

ABSTRACT

In 2005, the System of Explicit Health Guarantees (GES), included acute myocardial infarction (IAM), for its diagnosis, treatment, and secondary prevention at the primary level of health.

The objectives of this study were to verify and compare compliance with the secondary prevention recommendations of the Clinical Guide by gender, of post-infarct male and female users and identify the criteria in which their achievement is difficult.

An observational relational analytical cross-sectional study was designed by sex in five years (2011-2015), where a sample of 469 infarcted subjects diagnosed at the Dr. Gustavo Fricke Hospital (HGF) was analyzed, then the electronic files were reviewed in five Family Health Centers (CESFAM), at the level of Primary Health Care (APS) of the commune of Viña del Mar.

For the analysis, the SPSS 25 software was used, in which descriptive relational analyzes of frequency tables and variable association tables were performed using the Chi-Square test, to compare the differences between sexes in percentage terms. Likewise, a Parametric T Test for Related Samples was applied, considering a p value <0.05; as statistically significant between the sexes. The results showed a low compliance with the recommendations of the clinical guide (2010), especially in the indications of drugs contemplated in the study, in the control of the therapeutic goals of the risk factors (FR), of body mass index (IMC), systolic and diastolic blood pressure, LDL cholesterol, triglycerides, and a low attendance at the controls of non-medical professionals, not finding statistically significant differences when comparing the fulfillment of goals by sex.

In conclusion, greater efforts are required to strengthen secondary prevention management programs in APS, especially in pharmacological therapy and in the participation of the multidisciplinary health team, which comprehensively addresses the clinical care and control of these subjects.

Key words: acute myocardial infarction, secondary prevention, clinical guide, primary health care.

I.- Introducción

Las Enfermedades del Sistema Circulatorio (ESC), son causadas por los trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos y son la principal causa de morbilidad en el mundo, siendo la cardiopatía coronaria (CC), la que produce mayor mortalidad y años de vida ajustados por discapacidad (AVISA¹) (1).

Las principales causas de estas enfermedades son el consumo de tabaco, alcohol, sedentarismo, malnutrición por exceso, hiperglucemia, hipercolesterolemia y una alimentación inadecuada, como es el consumir exceso de grasas saturadas, azúcares refinados, bajo consumo de fibra, entre otras, lo que se vuelve perjudicial para la salud.

El Infarto Agudo al Miocardio (IAM), representa la forma clínica más severa de la CC (2). Según reportes del Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS), del Ministerio de Salud (MINSAL), en Chile, en el año 2015 existieron 61.496 personas con antecedentes de IAM y 12.812 egresos hospitalarios, en el año 2018, predominando la edad de 45 a 64 años con 5.765 (45%) sujetos y de 65 a 79 años con 4.490 (35%). Este número creciente de sobrevivientes a un IAM que requieren cuidados y control de su patología posterior al evento para evitar un reinfarto, es cada vez mayor y representa un alto costo para el sistema de salud (3,4).

Dentro de los factores determinantes de mortalidad por IAM se encuentran tener una edad mayor de 55 a 60 años, Hipertensión Arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM), Dislipidemia (DLP), obesidad abdominal, entre otros (2).

Dada la relevancia epidemiológica para el país (3) el sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES), asegura desde el año 2005, el tratamiento agudo de revascularización del IAM, incluyendo además la prevención secundaria para los sobrevivientes de un evento coronario, en el nivel primario de salud, como una prestación del Programa de Salud Cardiovascular (PSCV), que también contempla la prevención primaria de la enfermedad o control de los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) (5).

¹ AVISA para una causa específica, corresponde a la suma de los años de vida perdidos por muerte prematura y los años de vida vividos con discapacidad.

Dentro de los objetivos sanitarios 2011-2020 como indicador para evaluar el control de las ESC señala incrementar en un 10% la sobrevivencia al primer año proyectada de IAM, cifra que pretende ser alcanzada con el aumento de la cobertura para la entrega de fármacos contemplados en la prevención secundaria (6), teniendo en cuenta que el retiro de fármacos no asegura la ingesta de éstos.

La guía práctica clínica del IAM con supradesnivel del segmento ST, del año 2010, menciona que, dentro de las medidas terapéuticas en usuarios post infartados, se encuentran el uso de antiagregante plaquetario, betabloqueadores, estatinas, control con cardiólogo y en el nivel primario controles con Médico, Enfermera y Nutricionista y en el Enfoque de Riesgo para la Prevención de Enfermedades Cardiovasculares del Minsal (2014), establece presentar < 200 mg/dL de Colesterol Total; < 150 mg/dL de Triglicéridos; < 70 mg/dL de Colesterol LDL; < 7% de Hemoglobina glicosilada para los sujetos que padecen de DM y < 130/80 mmHg de presión arterial, según la Guía Clínica para Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más del año 2010.

Se han realizado estudios en USA, Costa Rica, Nigeria y Chile respecto a la adherencia al tratamiento en usuarios infartados e Hipertensos y si ésta tiene relación con el sexo. Se ha llegado a la conclusión de que existe una mala adherencia en estos usuarios, que influyen los factores socioeconómicos y de escolaridad y que no hay diferencias significativas relacionadas con el sexo.

En Chile, Nazzari realizó un estudio en el año 2013 con el objetivo de evaluar el cumplimiento de las recomendaciones del programa de prevención secundaria post infarto en los hospitales públicos y se concluyó que el cumplimiento de las metas al año de padecer IAM es bajo, no pudiéndose controlar los factores de riesgo (5).

Actualmente se desconocen estudios en el nivel primario de atención, específicamente en los CESFAM, motivo que conduce a esta investigación, a efectuar un estudio observacional, de corte transversal, con componente analítico relacional, donde se verificó el cumplimiento de las recomendaciones de prevención secundaria de la guía clínica post infarto por sexo, desde los factores demográficos, patológicos, antropométricos, signo vital y parámetros bioquímicos.

II.- Planteamiento del Problema

En el año 2005 se inició el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (RGES), política de salud orientada a mejorar la calidad y corregir las inequidades en la atención de la salud de la población. El IAM, fue incluido en el primer grupo de 56 patologías incorporadas en este nuevo modelo de atención, mediante el cual el Estado resguarda el acceso, la oportunidad, la cobertura financiera y la calidad de la atención médica de estas patologías, independiente del seguro de salud y posición social de las personas (7).

En la actualidad en nuestro país, los egresos hospitalarios por IAM, han incrementado en estos últimos años, en el año 2018 se presentaron 12.812 casos, un 70% fueron varones (8.979) y 3.833 mujeres, aportando un 30% (4).

Según el Ministerio de Salud, una vez dada el alta hospitalaria, el usuario debe continuar con controles de seguimiento con cardiólogo y como segunda etapa efectuar prevención secundaria, que consiste en tomar medidas tales como mantener el tratamiento medicamentoso, controles con Médico, Enfermera y Nutricionista, entre otros (2,8).

Para esto se estableció una guía clínica con recomendaciones que abarcan desde el diagnóstico hasta la prevención secundaria, y se definió su implementación en el nivel primario² y secundario³ de atención (8,9).

Actualmente la atención secundaria presenta reportes de los casos diagnosticados con IAM, pero esta información se desconoce en el nivel de la Atención Primaria de Salud (APS), en este caso en los CESFAMs de la comuna de Viña del Mar, en conjunto con el cumplimiento de metas y de las variantes de los factores de riesgo relacionados con dicha patología.

² Nivel Primario: Es el más cercano a la población o es el nivel de primer contacto. Se realizan actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades, procedimiento de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimiento de baja complejidad, como consultorios, centros de salud familiar, policlínicos, etc.

³ Nivel Secundario: Se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios de medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general, psiquiatría, entre otras.

Fuente: Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch. Med. Int. [Internet]. 2011 [citado el 20 de Noviembre del 2019]; 33(1): 11-14. Disponible en: www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf

Ante esta problemática, se puede hacer un análisis donde en un futuro este problema incrementará, presentando mayor cantidad de casos con niveles de descompensación en los parámetros clínicos como es la presión arterial, índice de masa corporal y en los parámetros bioquímicos como es el perfil lipídico, glicemia, entre otros, causando mayor mortalidad y rehospitalizaciones.

Basado en los datos expuestos por el MINSAL, del Capacity Building For an Integrated Noncommunicable Disease Risk Factor Surveillance System in Developing Countries, que menciona como los principales factores de riesgo (FR) del IAM son: el tabaquismo, consumo de alcohol, dieta, obesidad, HTA, glicemia alterada, DLP, actividad física baja (10), nace la necesidad de realizar en atención primaria un estudio que verifica el cumplimiento de las recomendaciones de prevención secundaria de la guía clínica post infarto en hombres y mujeres e identifica en qué criterio se dificulta el logro de esta intervención.

III.- Marco Teórico

En la actualidad, las enfermedades del corazón, el cáncer y los accidentes cerebrovasculares son las tres principales causas de muerte y representan casi dos tercios de todas las muertes a nivel mundial (11).

Las ESC, son causada por los trastornos del corazón y vasos sanguíneos. Se incluyen dentro de este grupo a la cardiopatía coronaria, enfermedad cerebrovascular, HTA, arteriopatía periférica, cardiopatía reumática, cardiopatía congénita e insuficiencia cardíaca. Las principales causas de estas enfermedades son el consumo de tabaco, alcohol, insuficiente actividad física, obesidad, hiperglucemia, hipercolesterolemia y un régimen alimentario poco saludable (11,12,13).

La CC, es de máxima relevancia en el contexto mundial dada su alta prevalencia, mortalidad e impacto de salud de las personas. Los esfuerzos científicos y de salud a nivel mundial han logrado importantes avances en el conocimiento y tratamientos de estas patologías, siendo hoy en día mucho más accesible en los países desarrollados las intervenciones de revascularización precoz tendientes a evitar las muertes y secuelas de un evento coronario como es el Infarto Agudo al Miocardio (IAM) (5,14).

Las ESC, son responsables de la mayor parte de las muertes en el mundo (13,15). Según un estudio realizado en el año 2012, que analizó los datos de mortalidad de 21 países de las Américas, muestra que un 37% de las muertes son representadas por estas patologías. Las tasas más altas se registran en Guyana (292 x 100.000 habitantes (hab.)) Trinidad y Tobago (289 x 100.000) y Venezuela (246 x 100.000), y las más bajas en Canadá (108 x 100.000), Puerto Rico (121 x 100.000) y Chile (125 x 100.000 hab.) (16).

Se estima que para el año 2020, las muertes a causa de las ESC incrementarán en 15 a 20% y en el año 2030, la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), el Cáncer y las Enfermedades respiratorias crónicas serán responsables del 75% de las muertes a nivel mundial, se calcula entonces que para el año 2030 morirán cerca de 23,6 millones de personas por ESC y se pronostica que seguirán siendo la principal causa de muerte a nivel global (13).

Según reportes de 21 países de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el año 2015 fallecieron 1.646.082 personas al año por ESC, predominando los hombres

con 839.326 (51%) muertes al año representando una tasa de 198,3 por 100.000 hab. y las mujeres una tasa de 186,5 por 100.000 hab. Dentro de los países de América Latina predomina Cuba con una tasa de 326,2 x 100 mil hab., luego le sigue Uruguay con 268,3; Argentina con 218,9; Brasil con 168,0; Chile con 157,8; Colombia con 144,8; Panamá con 131,5; México con 128,2; Nicaragua con 102,7; Ecuador con 93,7; Guatemala con 76,7 y Perú con 55,4 (17).

En Chile las defunciones por las ESC cada año han ido en incremento, comenzando en el año 2000 con 21.958 defunciones (tasa de 144,7 x 100 mil hab.), para terminar en el año 2015 con 28.321 muertes (tasa de 157,8), no existiendo diferencia por sexo para este último año, puesto que los hombres representan una tasa de 161 x 100 mil hab., y las mujeres una tasa de 155 x 100 mil hab., que en números concretos son 14.231 muertes para los hombres y 14.090 para las mujeres (17). Estos fallecimientos representan un incremento del 1% con relación al 2014.

En el año 2016, a nivel país, fallecieron 104.026 personas, 28.087 de ellas por Enfermedades del Sistema Circulatorio, con una Tasa de Mortalidad de 154,4 x 100 mil hab., representando el 27% de las defunciones totales que se concentraron en cuatro grupos de causas de muerte; tumores malignos (25%), enfermedades del sistema respiratorio (9,5%) y causas externas de morbilidad y de mortalidad (7,5%) (18).

Estas enfermedades afectan principalmente a la población adulta chilena. En las mujeres se manifiestan a edades más avanzadas que en los hombres, en tanto que en estos últimos se distribuyen en un rango de edades más amplio. En el 2015, el 50% de las defunciones por estas causas ocurrieron después de los 75 años en el caso de los hombres y de los 84 años en el caso de las mujeres (19).

El estudio del Foro Económico Mundial, realizado en conjunto con la Escuela de Salud Pública de Harvard, reveló que el impacto económico de las ESC, es muy grande. Las pérdidas de producción en los países de ingresos bajos y medios pasarían de US\$ 3 billones en el año 2010 a US\$ 8,6 billones en el año 2030 (en dólares estadounidenses). Asimismo, las estimaciones de los costos directos e indirectos por las ESC pasarían en el mundo de US\$ 863.000 millones en el año 2010 a US\$ 1,04 billones en el año 2030 (13,20).

Con respecto al número de defunciones por cardiopatía coronaria en el año 2015 se produjeron 8.391 defunciones, siendo mayor en los hombres con un 60,7%, representando un número de 5.097, y en las mujeres un 39,3% con 3.294 muertes (21).

La CC es la primera causa específica de AVISA en los mayores de 60 años, por lo que se considera que los adultos mayores presentan mayor incidencia de IAM y a la vez una mayor carga de enfermedad (8).

El IAM representa la forma clínica más severa de la CC, cuya principal causa es la aterosclerosis. Dentro de los factores independientes determinantes de mortalidad por IAM se encuentran tener una edad mayor de 55 a 60 años, HTA, DM2, DLP y el desarrollo de insuficiencia cardíaca al ingreso (2,8).

El IAM es la necrosis irreversible del miocardio como consecuencia de la isquemia aguda y prolongada de una arteria coronaria, generalmente inducida por trombosis ocasionada por rotura o erosión de una placa de ateroma, que se traducen en arritmias, insuficiencia cardíaca, rotura del miocardio y muerte. Para establecer los criterios diagnósticos se deben presentar clínica compatible con dolor torácico de más de 20 min de duración, de intensidad variable, pudiendo irradiarse a cuello, mandíbulas, hombros o extremidades inferiores, cambios específicos en el electrocardiograma y alteración de las enzimas miocárdicas (8).

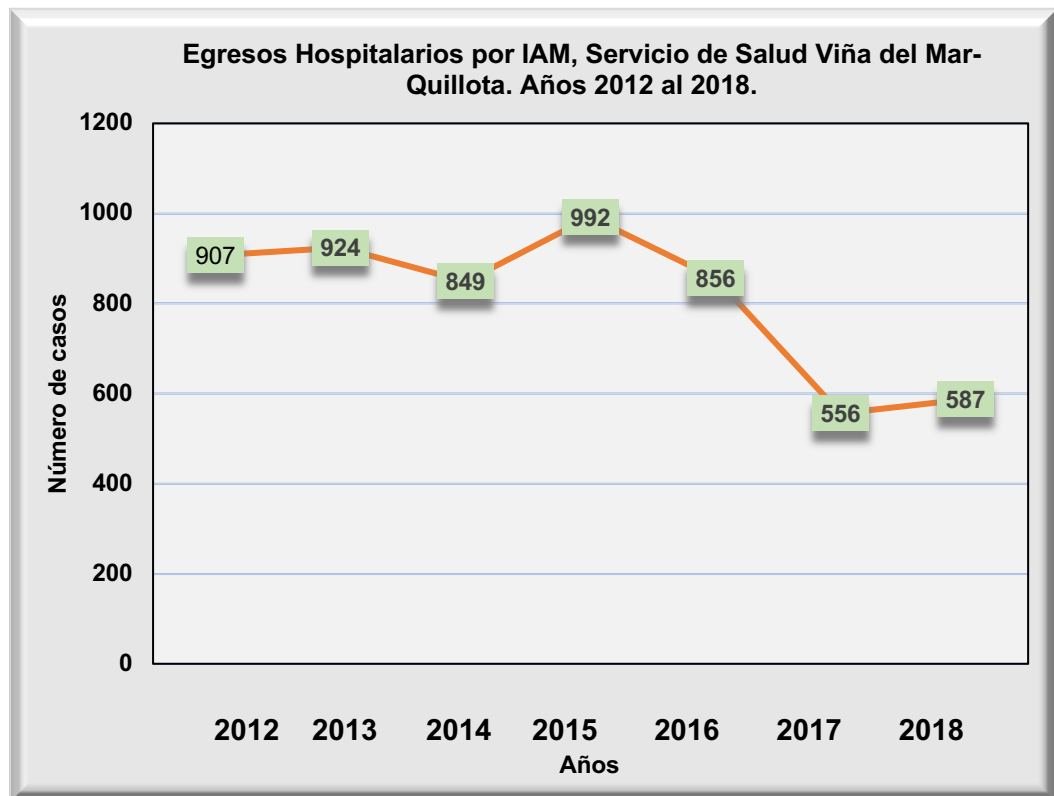
El IAM aporta el mayor número de muertes dentro de las enfermedades del corazón, es de causa multifactorial y se presenta con mayor frecuencia en las personas expuestas durante un tiempo indeterminado a uno o varios FR coronarios responsables de lesionar las arterias del corazón, causando que en el año 2015, en Chile, la mortalidad por IAM sea de una persona por hora (22).

Según datos del Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS), del MINSAL, en el año 2015 existieron 61.496 personas con antecedentes de IAM, una tasa de 46,6 por 100.000 hab. de muertes por CC y de 55,2 por 100 mil hab., para la Región de Valparaíso, siendo mayor en hombres que en mujeres con una tasa de 67,4 versus 43,5 respectivamente (3).

Según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017, un promedio de 3,3% personas reporta que sufrió o ha sufrido un IAM, (3,8% en hombres y 2,8% en mujeres), predominando el grupo de 65 años y más con un 10% de autoreporte de esta patología, luego le sigue el rango etario de 45 a 64 años con un 5,4% (23).

En cuanto a la hospitalización de los egresos por IAM en Chile, existió una progresión al incremento durante el periodo 2012 al 2018, el primer año contó con un total de 9.911 y durante el año 2018 fueron 12.812; 795 (6,2%) casos entre 20 a 44 años; 5.765 (45%) entre los 45 a 64 años; 4.490 (35%) entre 65 a 79 años y 1.753 (13,7%) para la edad de 80 y más. En cuanto a sexo, predominan los varones con 8.979 v/s las mujeres con 3.833 casos (4).

En el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota hubo 907 egresos en el año 2012; 992 en el año 2015 y una tendencia a la baja en el año 2018 con 587 casos (4), como lo indica el gráfico:



Fuente: Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS), Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Egresos hospitalarios según edad y causa.

La tendencia en nuestro país de prevalencias de FR, relacionados con el desarrollo de las ESC, como son la HTA, DLP o DM2, han incrementado en estos últimos años según los datos poblacionales arrojados por la ENS 2016-2017, lo que sumado a los usuarios bajo control que no logran alcanzar las cifras de compensación efectivas cardioprotectoras, hacen prever un escenario más bien complejo de alta prevalencia de cardiopatía coronaria e infartos en nuestra población (23).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los FR son cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Se clasifican de acuerdo con su importancia como factor causal en el desarrollo de las ESC en mayores o condicionantes, así como en modificables y no modificables. El efecto combinado de dichos FR estima el RCV absoluto o global que padece una persona de presentar una ESC en 5 a 10 años (9,24).

Por tanto, dentro de las estrategias para clasificar al usuario según su RCV es que se han validado las Tablas Chilenas de Riesgo Coronario en el año 2013, instrumento que se utiliza en Atención Primaria de Salud (APS), para lograr una atención diferenciada según el nivel de riesgo, donde se clasifica como RCV Alto a toda persona que haya presentado una ESC aterosclerótica documentada como es el IAM (9,25).

Los factores de riesgo del IAM para América Latina fueron evaluados en el estudio internacional INTERHEART, que incluyó seis países latinoamericanos, entre ellos Chile. En este estudio se encontró que los factores más relevantes que aumentan el riesgo de padecer un IAM, son la HTA, DM2, la DLP, el tabaquismo, obesidad abdominal, además de factores psicosociales. A diferencia, realizar ejercicio regular, consumir frutas y verduras, son los factores protectores, que reducen el riesgo de sufrir un IAM. La OMS señala que el 80% de los IAM y de los accidentes cerebrovasculares prematuros son prevenibles y que verificar y controlar los factores de riesgo es muy importante (26).

Según la última ENS 2016-2017, la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) va en incremento y el control efectivo de éstos, es bajo en los sujetos portadores. Existe un 25,5% de RCV Alto a nivel nacional, predominando los mayores de 65 años con un 65,6%. Personas con rango etario de 45 a 64 años arrojaron un 34,6% de RCV Alto. Según sexo las mujeres presentan un 28,3% y los hombres 22,7%.

Esta encuesta además muestra en relación con los FRCV una importante gradiente educacional, con mayores prevalencias de problemas de salud en la población de menos de 8 años de estudios; 51,2% de RCV Alto (23).

Entre un 6 a 8% de los sobrevivientes a un IAM arriesgan sufrir un reinfarto durante el primer año y su mortalidad es mayor que la población general (8).

Un estudio publicado en la American Heart Association sobre la incidencia y predictores del reinfarto después de una angioplastia coronaria percutánea primaria en IAM, en 3.202 pacientes sometidos a implantes de stents coronario se encontró un total de 264 reinfartos que habían ocurrido en 221 pacientes (6,9%) a los 3 años y 29 pacientes tuvieron múltiples reinfartos, aunque el porcentaje pudo haber estado subvalorado puesto que suponen episodios de reinfarto sin ser detectados. Además, los predictores de reinfarto se asociaron al tabaquismo, Diabetes tratada con insulina y previo IAM (27).

Las ESC son de prioridad en los objetivos sanitarios de la década del 2010 al 2020, donde se espera que incremente en un 10% la sobrevida al primer año proyectada del IAM, es decir, obtener un 91% al 2020, mejorar la calidad del tratamiento, realizar prevención secundaria e implementar sistemas de registros clínicos que permitan identificar los casos incidentes y monitorear los procesos (25), así como el Grupo de Estudio Multicéntrico del Infarto (GEMI) de la Sociedad Chilena de Cardiología, que desarrolló un Registro Nacional de IAM en un red de hospitales públicos y privados (5).

Una de las políticas de salud más relevantes para el logro de los Objetivos Sanitarios 2010-2020, ha sido el Régimen de Garantías Explícitas de Salud, que garantiza el acceso al diagnóstico, tratamiento y protección financiera a las personas con determinadas patologías, dentro de las cuales se encuentran el IAM, HTA y DM2. La incorporación del IAM en el año 2005, junto con las patologías mencionadas, contribuyó a corregir las inequidades en la atención de salud, garantizar su manejo y control de los FR coronario de la población.

En el Sistema Público de Salud estas garantías se entregan a través del PSCV, en el nivel de Atención Primaria, donde desde el año 2002, ha considerado acciones de

detección, diagnóstico y control de los FRCV, con el fin de poder disminuir la mortalidad y morbilidad en personas con dicho riesgo (6,8,9,28,29,30,31).

En el PSCV se realizan tres controles como mínimo por año, lo que quiere decir que una vez al año el usuario con patologías del Sistema Cardiovascular (SCV) es controlado por Médico, Enfermera y Nutricionista. La duración de las prestaciones otorgadas es de cuarenta y cinco minutos a una hora para los facultativos y treinta minutos para el control de seguimiento. Treinta minutos para los profesionales no médicos en los Centros de Salud Familiar (CESFAM) estudiados.

La guía práctica clínica menciona que dentro de las medidas para reducir las tasas de mortalidad, se considera la adherencia al tratamiento farmacológico como por ejemplo el uso de ácido acetil salicílico o aspirina (AAS o ASA), y estatinas, modificaciones en el estilo de vida, como reducir el consumo de sodio, consumir una alimentación rica en frutas, hortalizas, legumbres, o al estilo mediterráneo, dejar de fumar, corregir deficiencias de peso, e incorporar ejercicio físico aeróbico moderado al menos cinco veces a la semana por 30 minutos, previa evaluación de riesgo, control de HTA y de DM2 (6,8,32,33,34,35).

Algunos autores mencionan que se requieren de mejoras en los medicamentos y en los dispositivos para prevenir el reinfarto en estos pacientes de alto riesgo (27) y otros resaltan la importancia de la educación en el nivel secundario, después de un síndrome coronario agudo (36).

Dentro de los medicamentos preventivos de uso más frecuente en Atención Primaria se encuentran el ácido acetilsalicílico, el atenolol y la lovastatina.

El antiagregante plaquetario utilizado es la ASA, que ayuda a evitar la formación de coágulos en la sangre, reduciendo la probabilidad de sufrir un nuevo IAM o un accidente cerebrovascular (ACV). Respecto al periodo de ingesta, la indicación suele ser de por vida o indefinido, según la prescripción del médico tratante (37).

El uso precoz de este fármaco ha demostrado ser útil en la reducción de mortalidad, reoclusión coronaria e isquemia recurrente. El estudio ISIS-2, mostró que el uso de ASA en dosis de 160 mg/día, redujo el riesgo de mortalidad cardiovascular a 35 días en 23% (8).

Dentro de los betabloqueadores, los fármacos más utilizados en la actualidad son el propanolol, carvedilol y atenolol, este último es el más utilizado en los CESFAM. En particular son utilizados en las arritmias y en la protección cardíaca posterior a un IAM. Disminuyen la frecuencia de los latidos del corazón y su contractibilidad, reduciendo así el consumo de oxígeno del músculo cardíaco, acortando la probabilidad de sufrir otro IAM o ACV y muerte súbita en 20-25% cuando se administran en forma indefinida en aquellos usuarios sin contraindicaciones (8).

Las estatinas inhiben la producción endógena de colesterol, reduciendo de esta manera la concentración de colesterol en la sangre. Suelen utilizarse en todas las personas que han tenido un IAM o un ACV, a pesar de que tengan niveles normales de colesterol, ya que reducen la probabilidad de sufrir un nuevo IAM o ACV. Una vez normalizados los niveles de colesterol, la ingesta de estatinas debe ser permanente, puesto que el hígado volverá a producir colesterol en exceso y los niveles se incrementarán nuevamente. Existen diferentes tipos de estatinas, pero las más utilizadas en nuestro país son la lovastatina, atorvastatina y rosuvastatina (8). Desde el año 2016 se comenzó a utilizar la atorvastatina en los CESFAM de Viña del Mar.

Según el Ministerio de Salud, todo usuario que ha sufrido un IAM debe ser monitoreado por un cardiólogo dentro del primer mes en el Centro de Especialidades (CAE), cada seis meses durante el primer año post infarto a los que se les realizó fibrinólisis, y cada tres a seis meses a los que se realizó angioplastia (8).

Los pacientes estables, sin isquemia, pueden ser controlados por el equipo de salud compuesto por Médico, Enfermera y Nutricionista en el nivel primario de atención, difiriendo el control con Cardiólogo según evolución clínica y necesidades del usuario que puede ser cada seis o doce meses (2,8).

La adherencia al tratamiento se contempla como el pilar fundamental para generar cambios, ya que tiene una repercusión positiva sobre el estado de salud de los usuarios (38). En el 2003 la OMS, define como adherencia terapéutica al grado en que la conducta de un usuario, en relación con la toma de medicación, seguimiento de un régimen alimentario o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario (39).

Es un comportamiento de salud que implica un compromiso entre el usuario y el profesional, donde el primero asume la responsabilidad de acuerdo con la comprensión que tiene sobre su salud y el segundo reconoce las limitaciones y las circunstancias que influyen en la conducta de salud (40).

Faridi et al, en USA, en el año 2016, realizaron una investigación, teniendo por finalidad determinar si el seguimiento ambulatorio precoz tras un infarto agudo de miocardio se asocia con una mayor adherencia al tratamiento. Se realizó un análisis retrospectivo en 20.976 sujetos >65 años dados de alta tras un IAM provenientes del sistema Medicare en USA. Los usuarios se agruparon en función del tiempo hasta la primera consulta (1 semana, de 1 a 2 semanas, 2 a 6 semanas y > a 6 semanas), desde el alta hospitalaria. Definieron como adherencia al tratamiento como la proporción de días con una cobertura >80%. Se concluyó como seguimiento tardío >6 semanas y que el IAM se asocia con una peor adherencia al tratamiento tanto a corto como a largo plazo y es más frecuente en sectores con menores ingresos y niveles educacionales más bajos (41).

En el 2012, Zambrano R., et al, realizó un estudio en Colombia, cuyo objetivo fue identificar la percepción de la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en usuarios con FRCV. Estudio transversal, cuya muestra fue de 265 sujetos pertenecientes a los centros de salud. Se utilizó el instrumento "Factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular". Se analizaron cuatro factores: socioeconómicos, relacionados con el proveedor, con la terapia y con el paciente. En esta investigación se concluyó que en la percepción de la adherencia influyen los factores socioeconómicos y escolaridad (42).

Arce y Monge-Nájera, en el año 2009, realizaron un estudio en Costa Rica, teniendo por finalidad buscar la relación entre la adherencia al tratamiento antihipertensivo, sexo, condiciones sociodemográficas y la relación con el médico en usuarios que visitaron el consultorio médico de la Universidad Estatal a Distancia, entre el 2002 y el 2008. Se entrevistaron a 39 mujeres y 41 hombres. Los instrumentos utilizados fueron el expediente médico y un cuestionario de Evaluación de Adherencia Terapéutica en pacientes hipertensos con 36 ítems sobre antecedentes personales, médicos, de adherencia y del

entorno. Se concluyó que no hay diferencias de importancia debidas al sexo en las características físicas y personales de los pacientes, ni en su ambiente. Las diferencias entre sexo y la relación con el médico son mínimas y en general tanto la relación como la adherencia son buenas en toda la población estudiada (43).

Sucede lo mismo en un estudio realizado en Nigeria en el año 2010 por Atulomah et al., donde se midió el nivel de adherencia del tratamiento antihipertensivo y los riesgos asociados al incumplimiento en un Hospital Universitario. El diseño empleado fue transversal, cuya muestra fue de 103 usuarios. Se utilizó un cuestionario de 35 ítems para recopilar información sobre la gravedad percibida de un deficiente tratamiento y la adherencia a la medicación. En esta investigación se concluyó que no hubo diferencias significativas en las medidas de adherencia y la percepción del riesgo de mal tratamiento entre sexos (44).

En Chile, en el año 2015, Varleta et al, realizó una investigación teniendo por finalidad evaluar la adherencia a los fármacos antihipertensivos y sus determinantes, en usuarios pertenecientes al PSCV de los CESFAM del Área Metropolitana. Estudio prospectivo en dos etapas: reclutamiento (corte transversal) y seguimiento con intervención a 6 meses desde la prescripción medicamentosa. La muestra fue de 310 usuarios entre 25 y 80 años, a los cuales se les aplicó el cuestionario de Morinsky-Green para determinar la adherencia al tratamiento y el cuestionario EQ5D para evaluar las características sociodemográficas, uso de medicamentos y calidad de vida. Se concluyó que sólo la mitad de los usuarios hipertensos cumplen con su terapia antihipertensiva. El tener una mayor edad y estar desempleado se asociaron con un mayor cumplimiento y no encontraron asociación entre sexo y adherencia (45).

El régimen alimentario, reducción de obesidad y perímetro abdominal, han demostrado ser efectivos y útiles en el control de los FRCV que afectan el IAM (8).

En el estudio de Rees y colaboradores, realizado en los Estados Unidos, en el año 2007, se incluyó a 18.175 participantes y se demostró que con asesoramiento dietético durante aproximadamente doce meses, se redujo el colesterol total en 5,8 mg/dL, el colesterol LDL en 6,19 mg/dL, la presión arterial sistólica en 2,61 mmHg y la diastólica en 1,45 mmHg (46).

Un informe del Instituto Nacional de Salud de Excelencia Clínica (NICE), del año 2013, ha estimado que un programa nacional en el Reino Unido para reducir el RCV de la población en un 1% evitaría 25.000 casos de ESC y generaría ahorros de 40 millones de euros al año. La reducción media de colesterol de la población o de la presión arterial en un 5% se traduciría en ahorros anuales superiores a los 100 millones de euros (47).

Nazzari et al, en el año 2013, en Santiago de Chile, realizó un estudio con análisis exploratorio, cuyo objetivo era evaluar el cumplimiento de las recomendaciones del programa de prevención secundaria post infarto con posterioridad a la puesta en marcha de las GES. Se estudiaron a 416 sujetos, se realizó una encuesta al año post infarto durante los años 2008 y 2009 en seis hospitales público. Se concluyó que a pesar de la alta proporción de usuarios en tratamiento con terapia basada en la evidencia, muchos no alcanzaron los objetivos para el control de los factores de riesgo, demostrando que el cumplimiento de las metas de prevención secundaria al año de IAM es bajo, principalmente en los FRCV conductuales. un 50% alcanzó 4 de las 8 metas establecidas: colesterol total < 200 mg/dL; LDL < 100 mg/dL; triglicéridos < 150 mg/dL; presión arterial sistólica < 130 mm Hg y diastólica < 80 mg/dL; glicemia < 100 mg/dL; HbA1c < 7% en diabéticos; IMC < 25 kg/m²; ausencia de hábito tabáquico y actividad física moderada o intensa \geq 150 min/semana. La meta con mejor cumplimiento fue el abandono del hábito tabáquico con 64% de usuarios y las metas con cumplimiento deficiente fueron: el logro de un IMC normal con un 22% y realizar actividad física con un 23,9%, a lo que se añade que ningún paciente refirió participar de un programa de ejercicio regular (5).

Otro estudio de corte transversal realizado en Temuco, en el año 2013 por Neira et al, evaluó el logro de las metas establecidas por el PSCV, prescripción farmacológica y eventos CV mayores. Se aplicó una encuesta sociodemográfica, toma de peso, talla, circunferencia de cintura, presión arterial, toma de perfil lipídico, creatinina, glicemia y a los diabéticos, hemoglobina glicosilada a 202 usuarios con enfermedad coronaria que fueron atendidos en el Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena y se concluyó que existe un bajo cumplimiento de metas CV establecidas para controlar los FRCV, dentro de ellas fue el IMC, sólo un 18,8% se encontraba en un rango saludable (14).

Las metas terapéuticas establecidas en este estudio se basan en las Tablas de Framingham para la estimación del riesgo cardiovascular mencionado anteriormente que

señala que para Riesgo CV Alto se exige presentar < 200 mg/dL de Colesterol Total; < 150 mg/dL de Triglicéridos; < 70 mg/dL de Colesterol LDL; < 7% de Hemoglobina glicosilada para los sujetos que padecen de DM, basado en el Enfoque de Riesgo para la Prevención de Enfermedades Cardiovasculares (9) y < 130/80 mmHg de presión arterial, según la Guía Clínica para Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más del año 2010 (48).

En Chile, se logró un importante avance en la prevención y tratamiento de las ESC con la implementación de las GES, pero aún se hace necesario avanzar hacia medidas estructuradas no farmacológicas en relación a la prevención secundaria para el control del IAM, que reduzca los reinfartos o los retrase. En el año 2020 se cumplieron 10 años de la implementación de la Guía GES IAM, por lo que sería oportuno avanzar en los aspectos de prevención secundaria no abordados en la guía clínica actual (5,14,49).

IV.- Hipótesis de Investigación

No existe diferencia en el cumplimiento de las recomendaciones de prevención secundaria entre los usuarios hombres y las usuarias mujeres post infartados en el nivel primario de atención.

V.- Objetivos

Objetivo General:

Verificar el cumplimiento de las recomendaciones de prevención secundaria de la Guía Clínica, de los usuarios hombres y mujeres post Infarto agudo al miocardio, durante los años 2011 al 2015 controlados en cinco CESFAM de Viña del Mar.

Objetivos específicos:

- 1.- Describir las características demográficas, patológicas, antropométricas, signo vital y parámetros bioquímicos de los usuario/as hombres y mujeres post infarto agudo al miocardio durante los años 2011 al 2015.
- 2.- Determinar la indicación, no indicación y no registro de medicamentos entre los usuarios/as hombres y mujeres post Infarto agudo al miocardio durante los años 2011 al 2015.
- 3.- Determinar la asistencia a controles de salud con Médico, Enfermera y Nutricionista de los usuario/as hombres y mujeres post Infarto agudo al miocardio durante el periodo 2011 al 2015.
- 4.- Identificar en qué criterio se dificulta el logro de las recomendaciones de la guía clínica.
- 5.- Analizar la evolución en los tiempos anualmente, con respecto a las variables de indicación de medicamentos, asistencia a controles con Médico, Enfermera y Nutricionista, presión arterial, colesterol total y triglicéridos.
- 6.- Comparar el cumplimiento de las recomendaciones prevención de secundaria de la guía clínica desde los factores demográficos, patológicos, antropométricas, signo vital y parámetros bioquímicos, entre los usuario/as hombres y mujeres post infarto agudo al miocardio.

VI.- Metodología

Diseño y tipo de estudio

Diseño observacional, de corte transversal, con componente analítico relacional (50,51).

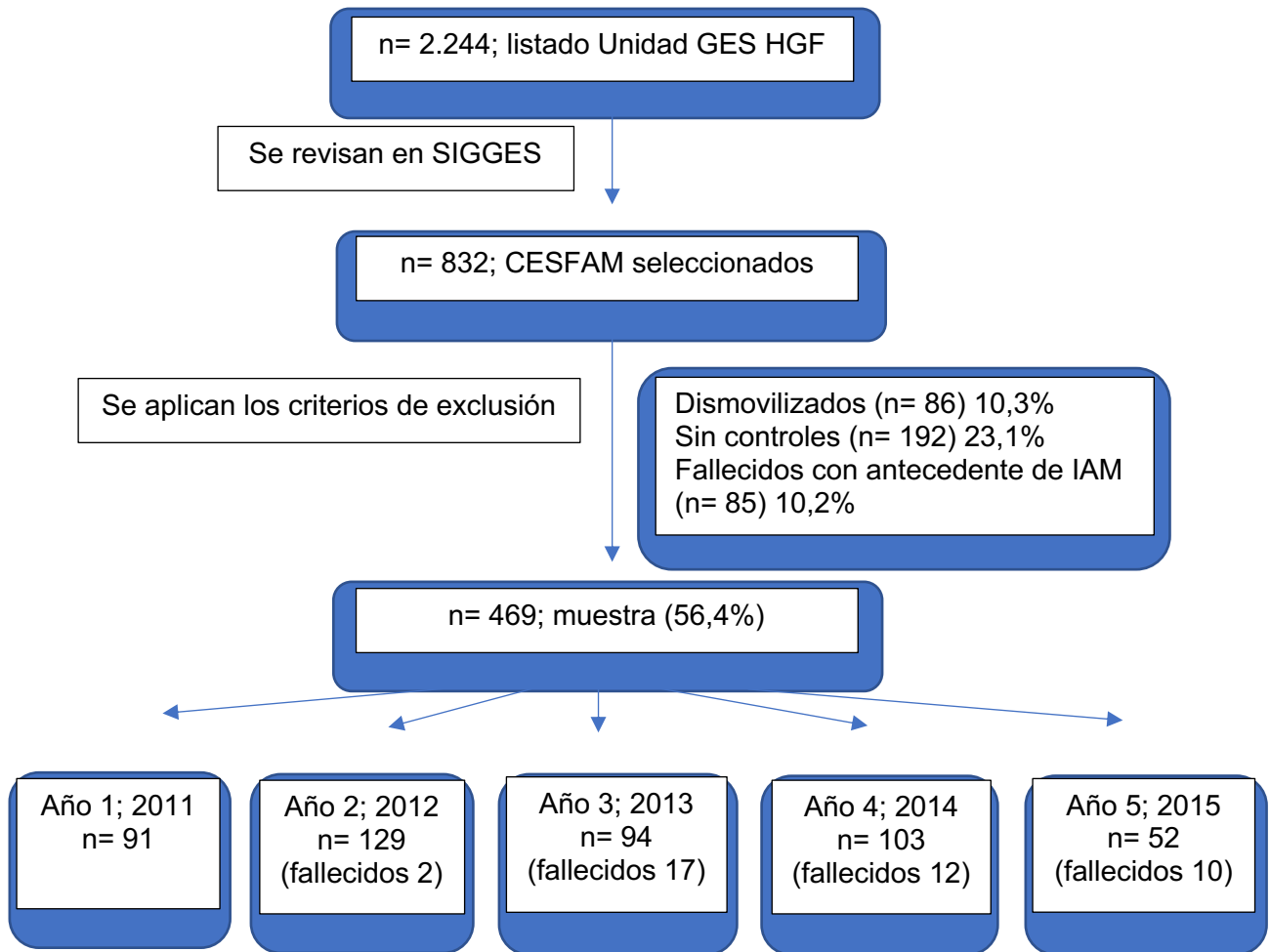
Universo y tamaño de la muestra

En el año 2015, la Unidad de Garantía Explícita de Salud (GES) del Hospital Gustavo Fricke, compartió el registro de 2.244 casos diagnosticados por IAM, pertenecientes a todos los CESFAM de la Comuna. Estos usuarios se revisaron en el Sistema de Información para la Gestión de Garantías Explícitas de Salud (SIGGES), identificando que 832 sujetos pertenecían a los CESFAM en estudio, se aplicaron los criterios de exclusión, quedando una muestra de 469. Corresponde a una muestra seleccionada y no aleatoria de los CESFAM escogidos de la Comuna de Viña del Mar.

El muestreo fue por conveniencia; es decir, los CESFAM seleccionados, se consideraron por tener mayor número de población inscrita (percápita), estimada a Junio del 2018, de más de 20.000 usuarios. Jorge Kaplán cuenta con 26.130 usuarios, Gómez Carreño con 21.531, Nueva Aurora con 30.192, Marco Maldonado con 28.939 y Miraflores con 27.643.

El n de la muestra inicial del año 2011, corresponde a sujetos infartados del año 2010, cuyo seguimiento se efectuó el año 2011, este fue incrementándose año a año según los nuevos casos presentados. Los últimos sujetos que ingresaron a la muestra corresponden a sujetos infartados en el año 2014. Desde el año 2012 (año 2), en adelante se identifican fallecidos (ver figura N°1).

Figura N°1. Configuración de la muestra



Criterios de inclusión

Se consideraron a los usuarios diagnosticados con Infarto Agudo al Miocardio, de ambos sexos, con edades mayores o igual a 15 años, pertenecientes al PSCV de los CESFAM Jorge Kaplán, Gómez Carreño, Nueva Aurora, Marcos Maldonado y Miraflores.

Criterios de exclusión

Se excluyeron a los usuarios que presenten algún grado de dependencia que les impida a asistir a los CESFAM Jorge Kaplán, Gómez Carreño, Nueva Aurora, Marcos Maldonado, Miraflores, que no se encuentren en el PSCV, abandonen la comuna, que se controlen en el extrasistema, que estén sin controles en el PSCV y los fallecidos con antecedente de IAM.

Variables Independientes

Edad, Sexo, CESFAM.

Variables Dependientes

Índice de masa corporal (IMC); Circunferencia de cintura (cc); Glicemia; Hemoglobina glicosilada (HbA1c); Perfil Lipídico; Presión arterial sistólica (PAS); Presión arterial diastólica (PAD), Asistencia a Controles, Indicación de Medicamentos.

Definición de las variables

Cuantitativas:

Edad: Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento, medido en años cumplidos. Tipo de variable continua.

Peso: Es la medida de la masa corporal de un individuo, en Kg. Tipo de variable continua.

Talla: Es la altura que tiene un individuo en posición vertical, desde el punto más alto de la cabeza hasta los talones en posición recta, medida en m. Tipo de variable continua.

IMC: Es la relación que existe entre el peso (en kilos) y la talla (en metros), utilizada para identificar el estado nutricional de los sujetos, medida en Kg/m². Tipo de variable continua.

Estado Nutricional: Resultado final del balance entre la ingesta y el requerimiento de nutrientes. Tipo de variable ordinal.

Circunferencia de Cintura (cc): Es la medida alrededor de la cintura en posición paralela al piso, pasando por el punto medio entre el reborde costal y la cresta iliaca de ambos lados, mientras el sujeto se encuentra al final de la espiración normal, medida en cm. Tipo de variable continua.

Presión Arterial: Presión que ejerce la sangre al circular por los vasos sanguíneos, medida en mmHg. Tipo de variable continua.

Glicemia: Cantidad de glucosa en la sangre, medida en mg/dL. Tipo de variable continua.

Hemoglobina Glicosilada (HbA1c): Es el promedio de los niveles de glucosa en sangre, durante los últimos 3 a 4 meses, medida en %. Tipo de variable continua.

Perfil lipídico: Es una prueba de lípidos corporales en suero sanguíneo, medido en mg/dL. Tipo de variable continua.

Aspirina (100 mg): Antiagregante plaquetario utilizado para prevenir nuevos eventos isquémicos, cuyo uso debe considerarse indefinido. Tipo de variable discreta.

Lovastatina (20 mg): Estatina utilizada para disminuir la morbimortalidad, independiente de los niveles de colesterol. Tipo de Variable discreta.

Atenolol (50 mg): Betabloqueador cardiosselectivo Beta 1, utilizado para reducir la mortalidad cardíaca, reinfarto y muerte súbita. Tipo de variable discreta.

Cualitativas:

Sexo: Es un conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer. Tipo de variable nominal.

Categorización del Riesgo Cardiovascular: Estimación de Riesgo Coronario adaptada a la población chilena. Variable nominal.

Controles de Salud Cardiovascular (CV): Son los controles de salud por los diferentes profesionales, Médico, Nutricionista y Enfermera. Variable nominal.

Fuentes de Información

Los 2.244 sujetos correspondientes a la Unidad GES del HGF, se analizaron en la plataforma virtual SIGGES y los 469 usuarios diagnosticados por IAM pertenecientes a los CESFAM se revisaron en el sistema informático Avis.

A partir de las fuentes de datos correspondientes al registro clínico electrónico (RCE) del Software Informático AVIS o ficha electrónica de los usuarios post IAM, se obtuvieron los controles por los diferentes profesionales (Médico, Enfermera, Nutricionista), resultados del perfil bioquímico (glicemia, hemoglobina glicosilada, perfil lipídico), presión arterial, parámetros antropométricos de peso, talla e índice de masa corporal (IMC), circunferencia de cintura y estado nutricional y uso de fármacos (aspirina, lovastatina y atenolol).

Toda la información se registró en el instrumento de recolección ad hoc y se consolidó en una planilla digital, utilizando el Software Microsoft Excel 365, donde cada sujeto tuvo un folio eliminando la relación con las variables estudiadas (datos personales codificados), sin incorporar la información particular de RUN, nombre, apellidos, dirección. Y en caso de corroboración de la información se realizó mediante la identificación de registro electrónico mediante numeración (Nº de ficha o código de identificación de registro).

VII.- Plan de análisis

Para el análisis estadístico se utilizó el Software computacional SPSS versión 25, donde se incorporaron todos los datos a evaluar confeccionados en una planilla digital utilizando Microsoft Excel, cuyos reportes se realizaron en los años 2011, 2012, 2013, 2014 y 2015.

Se construyeron variables dicotómicas denominadas factores de riesgo de: Presión arterial, colesterol total, triglicéridos, utilizando los puntos de corte para Presión arterial sistólica <130 mmHg y diastólica <80 mmHg; Colesterol Total <200 mg/dL, Colesterol LDL <70 mg/dL, Triglicéridos <150mg/dL y para los sujetos que padecen DM <7% de Hemoglobina glicosilada (ver Anexo N°1).

Los datos considerados para el análisis fueron los cumplidos a un año desde el diagnóstico de IAM, es decir, si registró el egreso en Marzo 2011, las variables cuantitativas continuas fueron tomadas en Marzo 2012, y en algunos casos que no se encontraron datos, se consideró el mes más cercano al año analizado.

Para el análisis de los controles de salud por profesional, también se dicotomizó considerando efectivos los controles de salud cardiovascular, el asistir una vez al año por profesional o el último control vigente (ver Anexo N°1).

En el caso de la variable analizada para los fármacos, la indicación se subdividió en “Retira” y “No Retira”, en No Indicado y No registro, donde se consideró que estos se visualizaran en la ficha clínica del usuario dentro del año, (puesto que las recetas se emiten por un año en el caso de los CESFAM de Viña del Mar). (Ver Anexo N°1).

Todos estos datos se validaron mediante triangulación de investigadores, con Dra. en Salud Pública Carolina Nazzal y Cardiólogo Dr. Carlos Raffo del HGF.

Finalmente, para someter a prueba la hipótesis de investigación, que refiere que “no existe diferencia en el cumplimiento de las recomendaciones de prevención secundaria entre los usuarios hombres y las usuarias mujeres post infartados en el nivel primario de atención”, se realizaron análisis de asociación entre la variable sexo, a través del test Chi-

Cuadrado para el cumplimiento de prevención secundaria para cada año. De igual forma, se aplicó una Prueba Paramétrica T para Muestras Relacionadas, considerando un valor $p < 0,05$; como estadísticamente significativo entre sexos.

Manejo descriptivo de las variables

Para todas las variables cuantitativas continuas: Edad (años), Peso (kg), talla (m), IMC (kg/m^2), circunferencia de cintura (cm), presión arterial (mmHg), glicemia (mg/dL), HbA1c (%), perfil lipídico: colesterol total (mg/dL), colesterol LDL (mg/dL), colesterol HDL (mg/dL), triglicéridos (mg/dL), se describió con medidas de tendencia central y dispersión según la simetría de la distribución de las mismas.

Para todas las variables cualitativas dicotómicas, politómicas y nominales: Sexo (hombre, mujer), estado nutricional (Enflaquecido, Normal, Sobrepeso, Obesidad), retiro de Aspirina de 100 mg, retiro de Lovastatina de 10 mg, retiro de Atenolol de 50 mg, controles de salud CV por profesional (Médico, Enfermera, Nutricionista), se resumió a través de frecuencias absolutas (n) y proporciones (%).

Análisis de evolución

Para evaluar la evolución en el tiempo (año 1, año 2, año 3, año 4, año 5), para las variables Edad (años), Peso (kg), talla (m), IMC (kg/m^2), circunferencia de cintura (cm), presión arterial (mm Hg), glicemia (mg/dL), HbA1c (%), perfil lipídico: colesterol total (mg/dL), colesterol LDL (mg/dL), colesterol HDL (mg/dL), triglicéridos (mg/dL), se realizó estadística de tipo paramétrica en caso de normalidad y en caso de no normalidad estadística no paramétrica.

Todos los análisis se realizaron con el software SPSS 25, y se consideró un valor $p < 0,05$ como estadísticamente significativo, utilizando la Prueba Paramétrica T y el test Chi-Cuadrado.

Limitaciones del estudio

Dentro de las limitaciones del estudio encontradas, fueron la confiabilidad de los datos, errores de rigurosidad, acceso a la información, temporalidad, registros incompletos, digitación.

Dentro de la validez interna, en primera instancia este se realizó a través de una fuente secundaria que fue el HGF quien suministró de los casos de usuarios infartados. Posteriormente la fuente primaria fue la revisión de las fichas clínicas a través del sistema informático Avis.

Consideraciones éticas

Este estudio fue sometido a consideración del comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, se obtuvo la autorización del Director de Área de la Corporación Municipal para el Desarrollo Social de la comuna de Viña del Mar, para tener acceso a los registros de las Fichas Clínicas Electrónicas del sistema informático Avis.

Los datos se trabajaron con estricta reserva del autor en conjunto con el equipo de investigación.

VIII.- Resultados

Los siguientes resultados tienen la finalidad de responder a la pregunta de investigación, objetivos y comprobación de la hipótesis planteada.

La siguiente tabla y gráfico describe la distribución de la muestra a analizar.

Tabla N°1: Distribución de la Muestra por Años y Sexo.

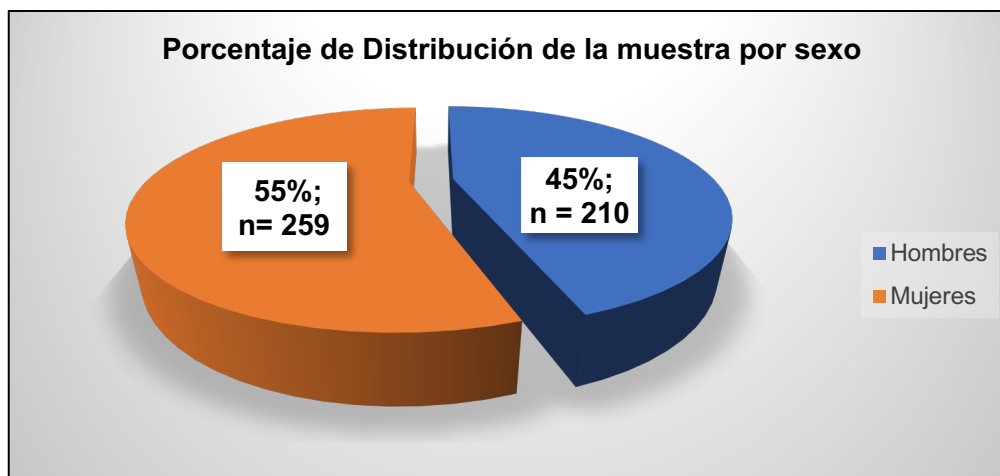
Años		MUESTRA POR AÑOS					Total
		2011	2012	2013	2014	2015	
Sexo	Hombres	50	53	37	49	21	210
	Mujeres	41	76	57	54	31	259
Total		91	129	94	103	52	469

Fuente: En Base a Fichas Clínicas, CESFAM Jorge Kaplán, Gómez Carreño, Nueva Aurora, Marcos Maldonado y Miraflores.

De la tabla se observa que existe un mayor número de mujeres que de hombres por cada año analizado, exceptuando el 2011.

El siguiente gráfico describe su distribución general:

Gráfico N°1: Porcentaje de distribución de la Muestra por Sexo.



Fuente: En Base a Fichas Clínicas, CESFAM Jorge Kaplán, Gómez Carreño, Nueva Aurora, Marcos Maldonado y Miraflores.

La distribución de la muestra es un 55% de mujeres, lo que corresponde a un total de 259 pacientes y 45 % de varones, que corresponde a un total de 210 pacientes.

A continuación, se describen los factores de riesgo de la muestra:

Tabla N°2: Número y Porcentaje de Patologías de la Muestra según Sexo.

Patologías	Hombres n=259		Mujeres n=210	
	n	%	n	%
Diabetes Mellitus tipo 2	62	29,5	75	29
Hipertensión arterial	157	74,8	191	73,7
Dislipidemia	62	29,5	73	28,2

Fuente: En Base a Fichas Clínicas, CESFAM Jorge Kaplán, Gómez Carreño, Nueva Aurora, Marcos Maldonado y Miraflores.

Desde la tabla, se observa que la patología predominante es la Hipertensión Arterial, con un 74,8 % para los varones y un 73,7 % para las mujeres, con una distribución similar para hombres y mujeres, con respecto a estas tres enfermedades cardiovasculares.

De lo anterior, se presenta la descripción general de las características Demográficas, Antropométricas, Clínicas y Bioquímicas de los usuarios post Infarto agudo al miocardio, controlados en los CESFAM Jorge Kaplán, Gómez Carreño, Nueva Aurora, Marco Maldonado y Miraflores, de la comuna de Viña del Mar:

Tabla N°3: Medidas de Tendencias Centrales, Mediana e intervalos intercuartílicos para la dispersión.

Variables	2011 (n= 91)			2012 (n= 129)			2013 (n= 94)			2014 (n= 103)			2015 (n= 52)		
	Q ₁	Q ₂	Q ₃	Q ₁	Q ₂	Q ₃	Q ₁	Q ₂	Q ₃	Q ₁	Q ₂	Q ₃	Q ₁	Q ₂	Q ₃
Edad (años)	60	72	83	60	69	78	60	71	78	63	75	81	61	68	76
IMC (kg/m ²)	24,7	28,1	31,4	27,2	29,6	33,0	27,3	30,1	33,0	26,9	30,2	32,5	26,0	28,8	33,4
CC (cm)	87,8	91,3	103	91,1	96,5	103	96	101	110	95	100	110	97,5	106	110
PAS mmHg	125	138	150	122	134	150	122	136	150	130	140	159	126	136	154
PAD mmHg	70	80	88	70	80	90	70	80	84	80	78	90	70	78	82
Glic mg/dL	88	97	125	93	105	126	90	106	132	94,5	104	127	95	105	135
HbA1c %	6,0	6,8	7,9	6,1	6,3	9,9	6,4	7,4	8,7	6,6	7,3	8,5	6,9	7,9	10,0
CT mg/dL	169	208	234	155	183	211	149	172	200	152	167	192	154	184	199
LDL mg/dL	93	120	153	86,3	102	125	86	94	110	80	98	117	87	115	124
HDL mg/dL	37	43	54	36	42	53	35	40	47	35,3	41,5	47,8	35	39	44
TG mg/dL	103	155	227	111	154	185	105	143	213	101	135	181	97	151	205

Fuente: En Base a Fichas Clínicas, CESFAM Jorge Kaplán, Gómez Carreño, Nueva Aurora, Marcos Maldonado y Miraflores. Software SPSS 25.

De la tabla se destaca una mediana promedio de 71 años y el comportamiento de los intervalos intercuartílicos presentados, oscilan entre los 60 y 83 años en los años estudiados.

En términos de sus características nutricionales por año, predomina el sobrepeso y la obesidad, pudiendo ser demostrado además en los intervalos intercuartílicos, acompañado de valores de circunferencia de cintura sobre 90 cm en todos los años, en donde se destaca una mediana de obesidad mórbida en los años 2013 y 2014.

Por otra parte, los valores de presión arterial sistólica en los cinco años fueron mayores a 130 mmHg, y en el caso de la presión arterial diastólica la mediana se mantuvo en los 80 mmHg.

Para la hemoglobina glicosilada se observaron valores sobre 7% en los años 2013, 2014 y 2015. Además, el colesterol total sólo el año 2011 presenta valores mayores a 200 mg/dL. La mediana de la lipoproteína de baja densidad en todos los años fue mayor a 70 mg/dL, quedando demostrado además en todos los intervalos intercuartílicos.

Finalmente, la lipoproteína de alta densidad o colesterol HDL, asociado a la disminución del RCV, cuatro años indicaron valores sobre 40 mg/dL que se podría denominar protector. Asimismo, los años 2011, 2012 y 2015 alcanzaron triglicéridos mayores e igual a 150 mg/dL, sólo los años 2013 y 2014 obtuvieron resultados menores de 150 mg/dL. Para el comportamiento de los intervalos intercuartílicos, el Q3 en los años 2011, 2013 y 2015, presenta valores sobre 200 mg/dL.

Ahora bien, dado que la muestra corresponde a usuarios post infartados, el análisis se centrará en la indicación de medicamentos. Para ello, se presentan los porcentajes de retiro y no retiro por parte del usuario, no indicado por el profesional Médico y no registro de Aspirina (100 mg), Atenolol (50 mg) y Lovastatina (10 mg) por año, mediante tablas para la comparación por sexo y gráficos para describir la distribución general de la muestra.

Tabla N°4: Indicación de Aspirina por Año y Sexo. Años 2011-2015.

ASPIRINA (100 mg)			ANTECEDENTES POR AÑOS				
			2011	2012	2013	2014	2015
Indicado / Retira	Sexo	Hombres	25	47	73	98	104
		Mujeres	27	56	86	108	137
	Total		52	103	159	206	241
	%		11%	22%	33,9%	46,1%	51,4%
Indicado / No Retira	Sexo	Hombres	7	13	21	24	25
		Mujeres	4	26	32	40	43
	Total		11	39	53	64	68
	%		2,3%	8,3%	11,3%	13,2%	14,5%
No Indicado	Sexo	Hombres	18	32	32	47	53
		Mujeres	10	22	36	46	52
	Total		28	54	68	93	105
	%		6%	11,5%	14,5%	19,8%	22,4%
No Registro	Sexo	Hombres	160	188	84	41	28
		Mujeres	218	155	105	55	27
	Total		378	343	189	96	55
	%		80,7%	58,2%	40,3%	20,9%	11,7%

Fuente: En Base a Fichas Clínicas, CESFAM Jorge Kaplán, Gómez Carreño, Nueva Aurora, Marcos Maldonado y Miraflores.

Desde la tabla, se observa que para el ácido acetil salicílico (ASA), a través de los años, hubo una marcada tendencia al incremento de retiro de medicamentos para ambos sexos, pero a pesar de esto no se logra que el usuario retire en un 100% su farmacoterapia.

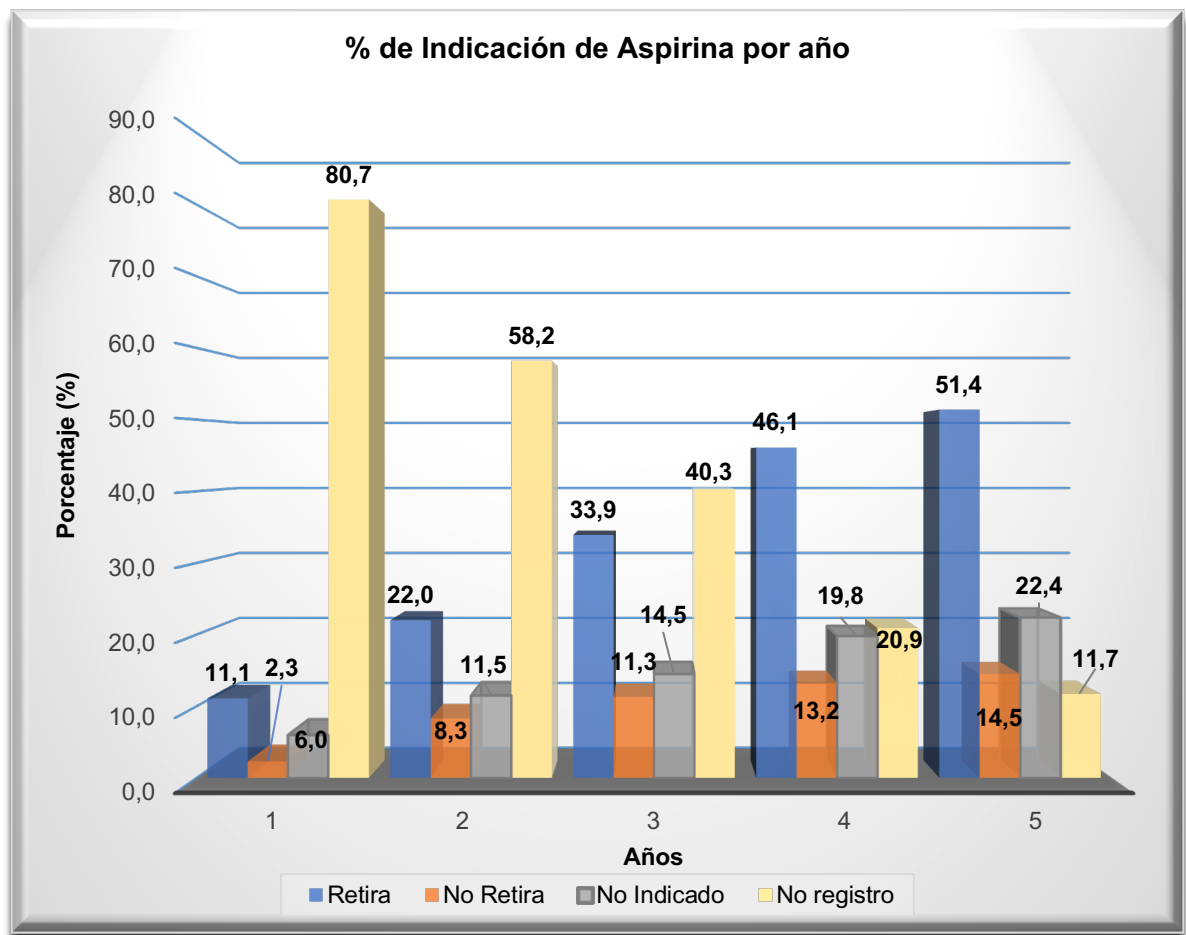
Por otro lado, ocurre algo similar con los sujetos que no retiran ASA, la tendencia aumenta a través de los años, llegando a un 14,5% en el 2015. A su vez, la no indicación del medicamento por el médico tratante, también incrementa durante el 2011 al 2015.

Finalmente, se debe precisar que las fichas clínicas no registran indicación del fármaco en un 80,7% en el 2011, terminando con un 11,7% en el año 2015.

No se aprecian diferencias en el retiro, no retiro y no indicación de ASA entre los usuarios hombres y mujeres post Infarto agudo al miocardio, durante los años 2011 al 2015.

A continuación, se presenta un gráfico con la descripción general para los sujetos que retiran y no retiran el fármaco, no indicación y sin registro de Aspirina:

Gráfico N°2: Porcentajes de indicación de Aspirina, ambos sexos. Años 2011-2015.



Fuente: En Base Fichas Clínicas, CESFAM Jorge Kaplán, Gómez Carreño, Nueva Aurora, Marcos Maldonado y Miraflores.

Desde el gráfico, se puede observar una constante disminución de los usuarios que no tuvieron registrado, de un 80,7% (n=378) el año 2011 a un 11,7% (n=55), en el año 2015.

Ahora bien, en el mismo año 2015, se alcanzan los mayores porcentajes de retiro con un 51,4%, de no retiro con un 14,5%, y de medicamentos no indicados con un 22,4%,

lo cual se puede explicar por el aumento de pacientes controlados en comparación al periodo 2012-2014.

La siguiente tabla describe el porcentaje de retiro, no retiro del usuario, no indicado por el profesional Médico y no registro de indicación de Atenolol por año en los usuarios hombres y mujeres post Infarto agudo al miocardio, durante los años 2011 al 2015:

Tabla N°5: Indicación de Atenolol por Sexo. Años 2011-2015.

ATENOLOL (50 mg)			ANTECEDENTES POR AÑOS				
			2011	2012	2013	2014	2015
Indicado / Retira	Sexo	Hombres	16	23	38	55	60
		Mujeres	17	38	55	80	78
	Total		33	61	93	135	138
	%		7%	13%	19,8%	28,8%	29,4%
Indicado / No Retira	Sexo	Hombres	7	13	21	24	27
		Mujeres	4	27	33	39	42
	Total		11	40	54	63	69
	%		2,3%	8,5%	11,5%	13,4%	14,7%
No Indicado	Sexo	Hombres	26	56	68	91	97
		Mujeres	20	39	66	83	110
	Total		46	95	134	174	207
	%		9,8%	20,3%	28,6%	37,1%	44,1%
No Registro	Sexo	Hombres	161	118	83	40	26
		Mujeres	218	155	105	57	29
	Total		379	273	188	97	55
	%		80,9%	58,2%	40,1%	20,7%	11,8%

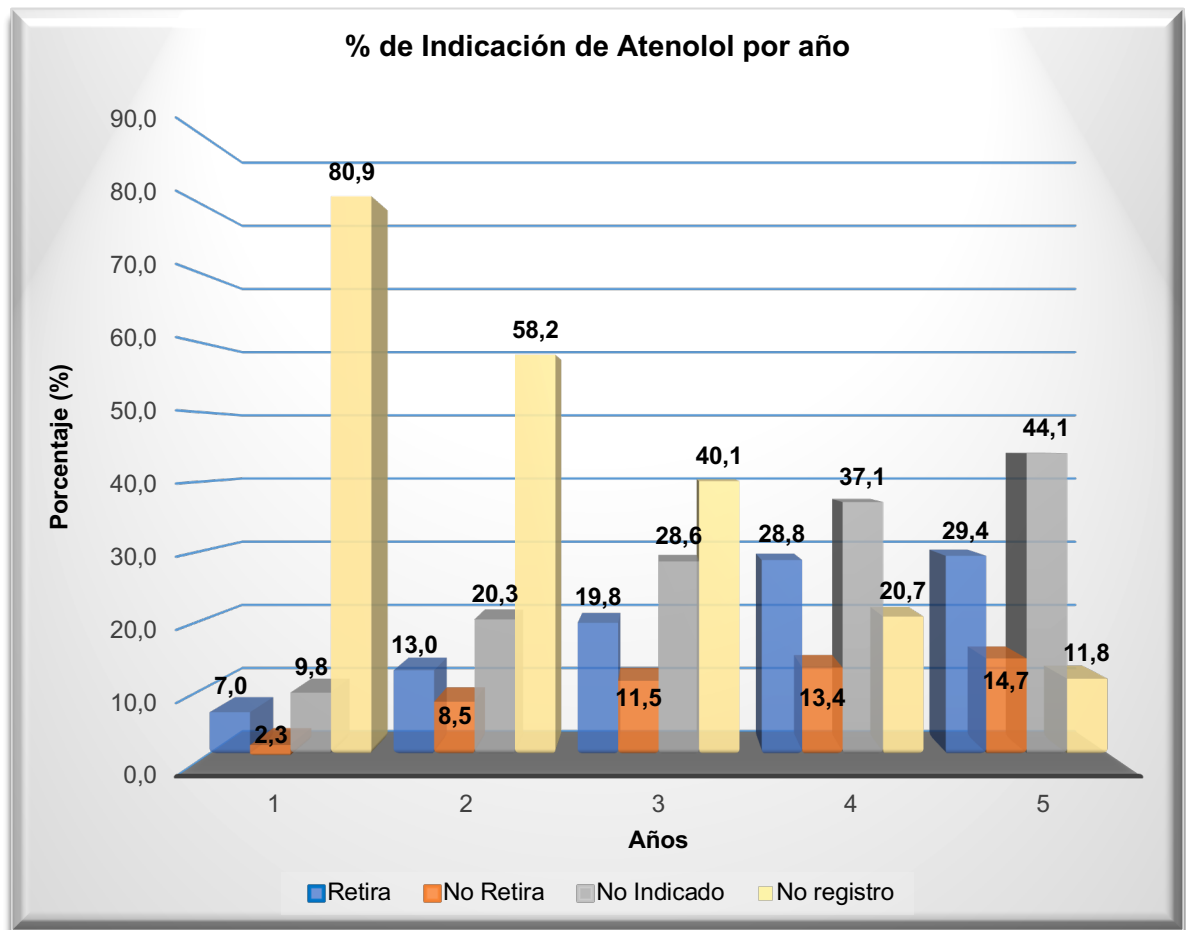
Fuente: En Base a Fichas Clínicas, CESFAM Jorge Kaplán, Gómez Carreño, Nueva Aurora, Marcos Maldonado y Miraflores.

Desde la tabla, se observa que, para el Atenolol, el retiro, no retiro y no indicación de este fármaco, fue ascendiendo a través de los años.

Se debe precisar que las fichas clínicas no registran la indicación del medicamento en un 80,9% en el año 2011; 58,2% en el 2012; 40,1% en el 2013, 20,7% en el año 2014 y un 11,8% en el 2015. Asimismo, no se aprecian diferencias en el retiro, no retiro y no indicación de Atenolol entre los usuarios hombres y mujeres post Infarto agudo al miocardio, durante los años 2011 al 2015.

El siguiente gráfico, describe la distribución general de la indicación de Atenolol:

Gráfico N°3: Porcentajes de indicación de Atenolol, ambos sexos. Años 2011-2015.



Fuente: En Base a Fichas Clínicas, CESFAM Jorge Kaplán, Gómez Carreño, Nueva Aurora, Marcos Maldonado y Miraflores.

Desde el gráfico, se puede reiterar una constante disminución de los usuarios no registrados, de un 80,9% (n=379) el año 2011 a un 11,8% (n=55), que en el año 2015. Asimismo, se observa que al igual que con la indicación del medicamento Aspirina, el Atenolol incrementó el año 2015, alcanzando un 29,4% de retiro, un 14,7% de no retiro, y un 44,1 % de no indicado.

Finalmente, se analiza el retiro, no retiro del usuario, no indicado por el profesional Médico y no registro de Lovastatina por año en los usuarios hombres y mujeres post Infarto agudo al miocardio, durante los años 2011 al 2015:

Tabla N°6: Indicación de Lovastatina por Sexo. Años 2011-2015.

LOVASTATINA (10 mg)			ANTECEDENTES POR AÑOS				
			2011	2012	2013	2014	2015
Indicado / Retira	Sexo	Hombres	22	44	58	80	87
		Mujeres	30	51	83	115	122
	Total		52	95	141	195	209
	%		11,1%	20,3%	30,1%	41,6%	44,6%
Indicado / No Retira	Sexo	Hombres	7	12	20	22	25
		Mujeres	4	26	32	39	42
	Total		11	38	52	61	67
	%		2,3%	8,1%	11,1%	13%	14,3%
No Indicado	Sexo	Hombres	21	36	49	67	71
		Mujeres	7	27	39	49	67
	Total		28	63	88	116	138
	%		6%	13,4%	18,7%	24,7%	29,4%
No Registro	Sexo	Hombres	160	118	83	41	26
		Mujeres	118	155	105	56	29
	Total		378	273	188	97	55
	%		80,6%	58,2%	40,1%	20,7%	11,7%

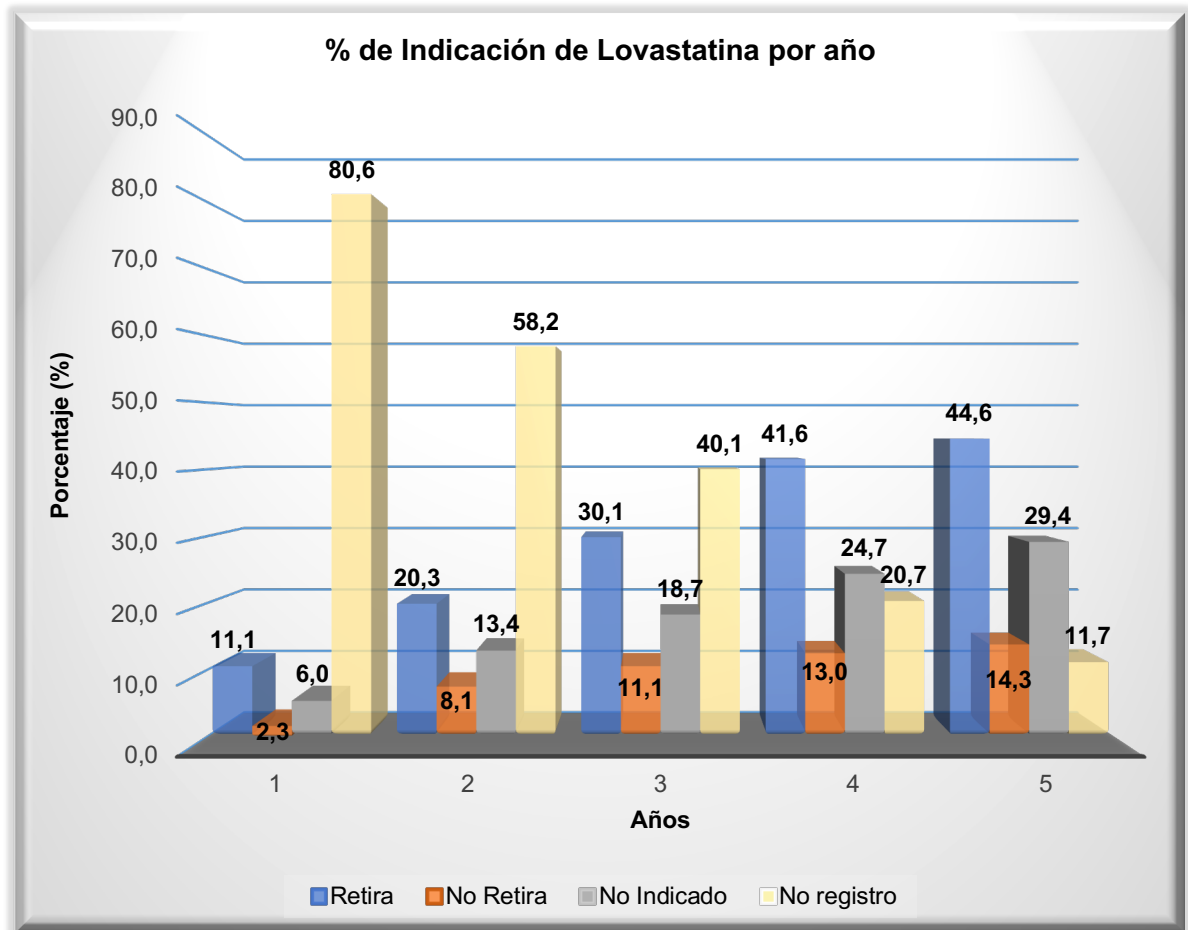
Fuente: En Base a Fichas Clínicas, CESFAM Jorge Kaplán, Gómez Carreño, Nueva Aurora, Marcos Maldonado y Miraflores.

Desde la tabla, se observa para la Lovastatina, una tendencia al incremento de retiro, no retiro y no indicación del fármaco. De igual modo, nuevamente se debe precisar que el número de fichas clínicas que no registran la indicación de Lovastatina presenta un descenso a través de los años.

Finalmente, al igual que con la Aspirina y el Atenolol no se aprecian diferencias en el retiro, no retiro y no indicaciones de la Lovastatina entre los usuarios hombres y mujeres post Infarto agudo al miocardio, durante los años 2011 al 2015.

El siguiente gráfico, describe la distribución general de la indicación de Lovastatina:

Gráfico N°4: Porcentajes de indicación de Lovastatina, ambos sexos. Años 2011-2015.



Fuente: En Base a Fichas Clínicas, CESFAM Jorge Kaplán, Gómez Carreño, Nueva Aurora, Marcos Maldonado y Miraflores.

Desde el gráfico, se puede observar nuevamente una constante disminución de los usuarios no registrados, de un 80,6% (n=378) el año 2011 a un 11,7% (n=55), que en el año 2015. Asimismo, en comparación con la indicación de medicamentos con los casos anteriores, que se reitera la tendencia de incremento el año 2015, alcanzando un 44,6% de retiro, un 14,3% de no retiro, y un 29,4 % de no indicado.

Ahora bien, al realizar el Test Chi-Cuadrado para la asociación de la variable sexo en la indicación de los medicamentos por cada año, se puede determinar lo siguiente:

Tabla N°7: Chi-Cuadrado; Indicación de Medicamentos por Sexo. Años 2011-2015.

INDICACIÓN MEDICAMENTOS	ANTECEDENTES POR AÑOS				
	2011	2012	2013	2014	2015
ASPIRINA	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
ATENOLOL	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
LOVASTATINA	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Fuente: En Base a Fichas Clínicas, CESFAM Jorge Kaplán, Gómez Carreño, Nueva Aurora, Marcos Maldonado y Miraflores. Software SPSS 25.

Desde la tabla, se puede observar que la significación asintótica es de 0,000, indicando grados de confianza del 100% y con grados de libertad de 1 a 4 según tabla de distribución del Chi-Cuadrado (ver Anexo N°2), en cuanto a la indicación de aspirina, atenolol y lovastatina, demostrando una proporcionalidad en la frecuencia esperada.

De este modo, se puede establecer que no existe diferencia entre los usuarios hombres y las usuarias mujeres en el cumplimiento de las recomendaciones de prevención secundaria en la indicación de medicamentos por cada año, con lo cual, se puede aceptar la hipótesis de investigación.

A continuación, el análisis descriptivo se centrará en la Asistencia a Controles con los Profesionales Médicos, Enfermera y Nutricionista:

Tabla N°8: Asistencia a Controles de los Profesionales de la salud por Sexo. Años 2011-2015.

CONTROLES PROFESIONALES			ANTECEDENTES POR AÑOS				
			2011	2012	2013	2014	2015
Médico	Sexo	Hombres	28	62	73	114	114
		Mujeres	23	57	86	123	135
	Total		51	119	159	237	249
	%		82,3%	86,9%	71%	76%	70,7%
Enfermera	Sexo	Hombres	20	40	55	73	68
		Mujeres	14	42	66	85	91
	Total		34	82	121	158	159
	%		54,8%	59,9%	53,8%	50,6%	45,2%
Nutricionista	Sexo	Hombres	7	20	37	33	30
		Mujeres	13	25	36	40	42
	Total		20	45	73	73	72
	%		32,3%	33,2%	32,7%	23,4%	20,5%

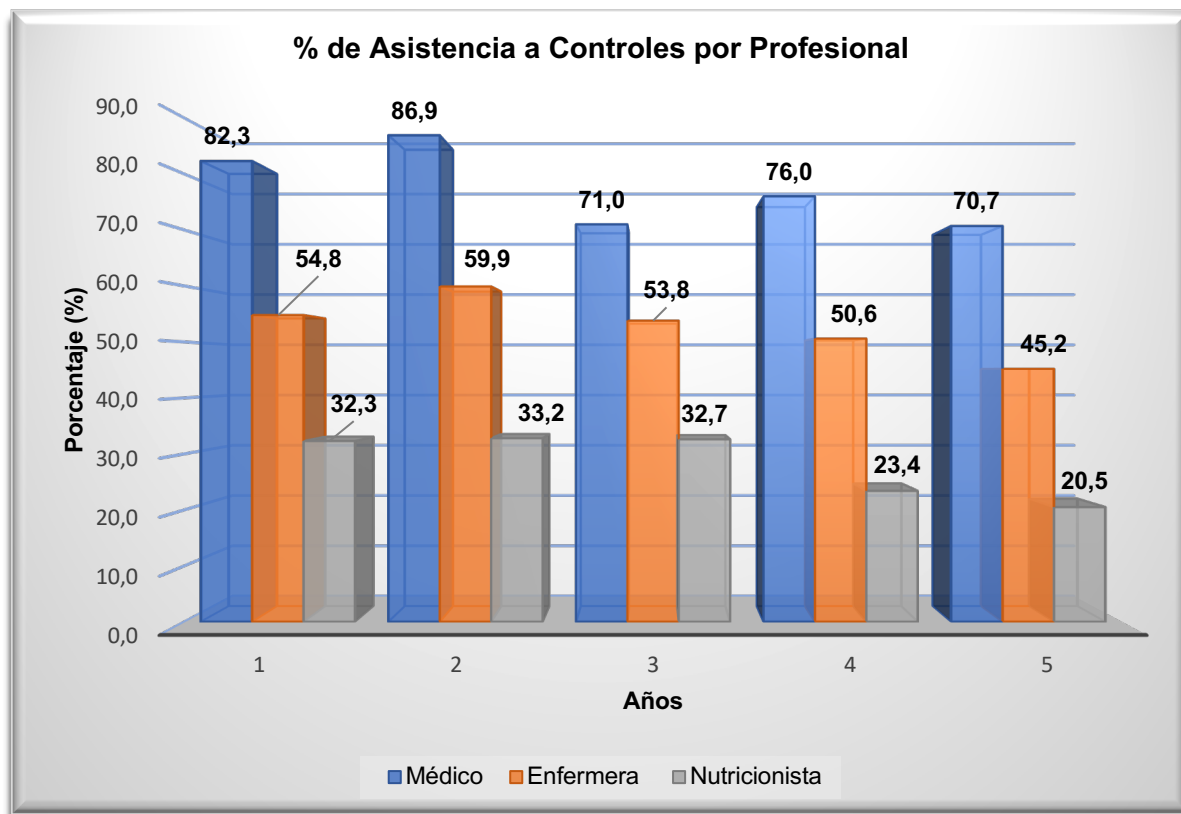
Fuente: En Base a Fichas Clínicas, CESFAM Jorge Kaplán, Gómez Carreño, Nueva Aurora, Marcos Maldonado y Miraflores.

Desde la tabla, se indica el porcentaje de asistencia a controles del PSCV, por Médico, Enfermera y Nutricionista con una periodicidad mínima de una vez al año.

En este sentido, se observa un descenso de la asistencia a los controles, en la cual, en el caso de los Médicos, este descenso va desde un 82,3% en el año 2011 a un 70,7% en el año 2015. De igual forma, en el caso de los controles de Enfermera y Nutricionista, en la cual los controles con la Enfermera descendieron de 59,9% en el 2012 a 45,2% el 2015 y los controles con la Nutricionista de un 33,2% en el año 2012 a 20,5% el año 2015.

El siguiente gráfico, describe la distribución general de la asistencia a los controles por los profesionales de la salud:

Gráfico N°5: Porcentajes de Asistencia a Controles por Profesional, ambos sexos. Años 2011-2015.



Fuente: En Base a Fichas Clínicas, CESFAM Jorge Kaplán, Gómez Carreño, Nueva Aurora, Marcos Maldonado y Miraflores.

Desde el gráfico, se puede observar que los controles médicos son los que mantienen la mayor asistencia a controles de los usuarios post infartados. Sin embargo, se indica un descenso en donde el año 2011 asistieron un 82,3% de los pacientes a 70,7% el año 2015.

De igual forma, este descenso se presenta en la asistencia a controles con la Enfermera y Nutricionista. En el caso de los controles con la Enfermera, se observa el año 2012, una asistencia del 59,9%, y en el año 2015 una asistencia del 45,2%, lo que indica un descenso del 14,7%. Por su parte los controles con la Nutricionista, se observa el año 2012, una asistencia del 33,2%, y en año 2015 una asistencia del 20,5%, lo que indica un descenso del 12,7%.

Por otro lado, se presenta Test Chi-Cuadrado para la asociación de la variable sexo en el cumplimiento de prevención secundaria en la asistencia a controles con profesionales:

Tabla N°9: Chi-Cuadrado; Asistencia a Controles de los Profesionales de la salud por Sexo. Años 2011-2015.

CONTROLES PROFESIONALES	ANTECEDENTES POR AÑOS				
	2011	2012	2013	2014	2015
Médico	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Enfermera	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Nutricionista	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Fuente: En Base a Fichas Clínicas, CESFAM Jorge Kaplán, Gómez Carreño, Nueva Aurora, Marcos Maldonado y Miraflores.

Desde la tabla, se puede observar que al igual que en las indicaciones de medicamentos, la asistencia a controles con los tres profesionales de la salud estudiados, presenta una significación asintótica de 0,000, por consiguiente, con grados de confianza del 100% y con grados de libertad de 8 a 17, según tabla de distribución del Chi-Cuadrado (Ver Anexo N°2), indicando una proporcionalidad en la frecuencia esperada.

Así entonces, nuevamente se acepta la hipótesis de investigación, ya que no existe diferencia entre los usuarios hombres y las usuarias mujeres en el cumplimiento de las recomendaciones de prevención secundaria en la asistencia a los controles con los profesionales de la salud.

A continuación, se presenta un análisis de los valores de Presión Arterial Sistólica y Diastólica, en referencia al logro de las recomendaciones de la guía clínica entre los usuarios hombres y mujeres post Infarto agudo al miocardio, durante los años 2011 al 2015:

Tabla N°10: Presión Arterial Sistólica por Sexo. Años 2011-2015.

PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA			ANTECEDENTES POR AÑOS				
			2011	2012	2013	2014	2015
PAS <130 mmHg	Sexo	Hombres	11	23	24	32	37
		Mujeres	8	27	41	47	55
	Total		19	50	65	79	92
	%		27,5%	33,1%	27,5%	25,3%	27,1%
PAS ≥130 mmHg	Sexo	Hombres	28	53	82	108	116
		Mujeres	22	46	74	113	121
	Total		50	99	156	221	237
	%		72,5%	65,0%	65,0%	71,0%	70,0%
No Indica	Sexo	Hombres	0	1	9	4	6
		Mujeres	0	1	8	7	3
	Total		0	2	17	11	9
	%		0%	1,9%	7,5%	3,7%	2,9%
Total Registrado	Sexo	Hombres	39	77	115	144	159
		Mujeres	30	74	123	167	179
	Total		69	151	238	311	338

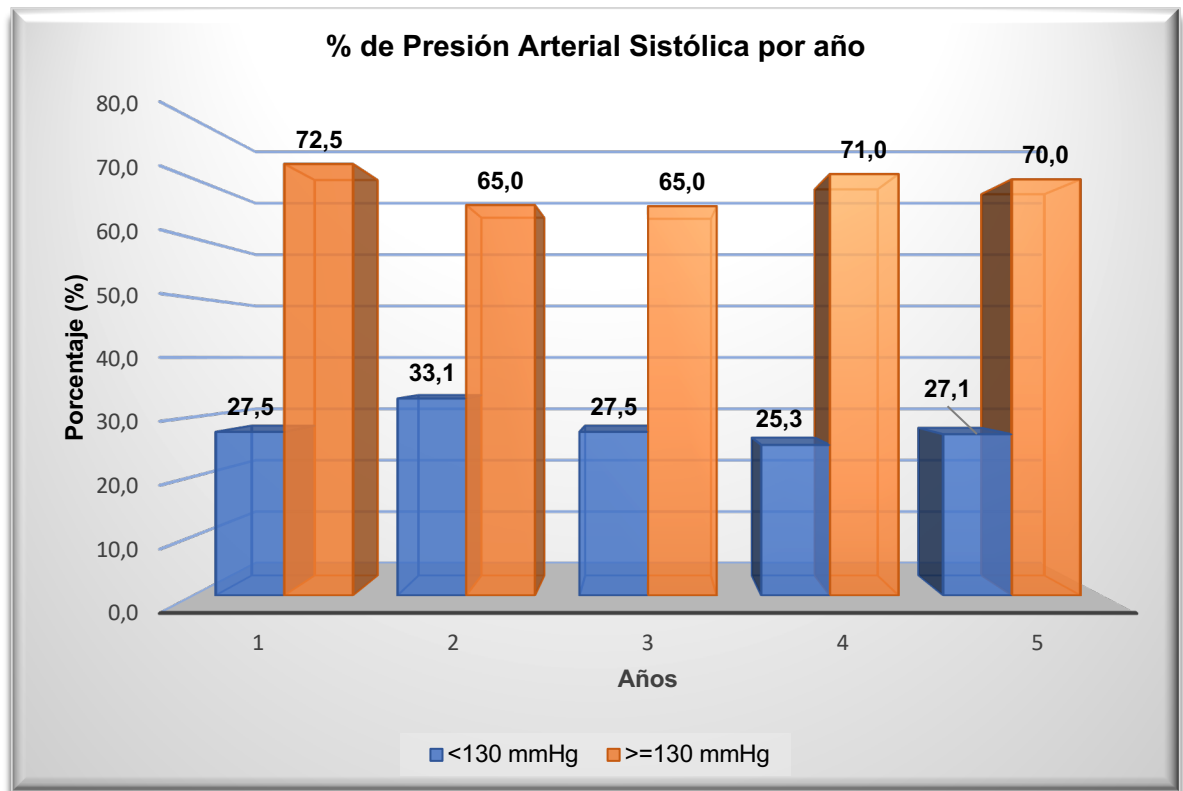
Fuente: En Base a Fichas Clínicas, CESFAM Jorge Kaplán, Gómez Carreño, Nueva Aurora, Marcos Maldonado y Miraflores.

Desde la tabla, se observa un bajo porcentaje de compensación de PAS en general, sólo en el año 2012 registra un porcentaje más alto de 33,1%.

Por otro lado, en todos los años se presentaron un 65% y más, de presión arterial sistólica igual o sobre 130 mmHg.

El siguiente gráfico, describe la distribución general de la distribución de la Presión Arterial Sistólica por año:

Gráfico N°6: Porcentajes de Presión Arterial Sistólica, ambos Sexos. Años 2011-2015.



Fuente: En Base a Fichas Clínicas, CESFAM Jorge Kaplán, Gómez Carreño, Nueva Aurora, Marcos Maldonado y Miraflores.

Del total de los pacientes controlados y registrados, el gráfico confirma lo señalado con anterioridad, dado que los valores de presión arterial sistólica < 130 mmHg y ≥ 130 mmHg se distribuyen porcentualmente semejantes en el periodo de tiempo analizado, y la brecha de compensación y descompensación es considerable.

La siguiente tabla muestra los valores de la Presión Arterial Diastólica:

Tabla N°11: Presión Arterial Diastólica por Sexo. Años 2011-2015.

PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA			ANTECEDENTES POR AÑOS				
			2011	2012	2013	2014	2015
PAD <80 mmHg	Sexo	Hombres	17	31	52	65	82
		Mujeres	12	27	48	84	89
	Total		29	58	100	149	171
	%		42%	38,4%	43,8%	49,6%	50,7%
PAD ≥80 mmHg	Sexo	Hombres	22	45	55	75	70
		Mujeres	18	46	68	76	88
	Total		40	91	123	151	158
	%		58%	60,3%	51%	50,3%	46,9%
No Indica	Sexo	Hombres	0	1	7	4	3
		Mujeres	0	1	5	2	5
	Total		0	2	12	6	8
	%		0%	1,3%	5,2%	2%	2,4%
Total Registrado	Sexo	Hombres	39	76	107	140	152
		Mujeres	30	73	116	160	177
	Total		69	149	223	300	329

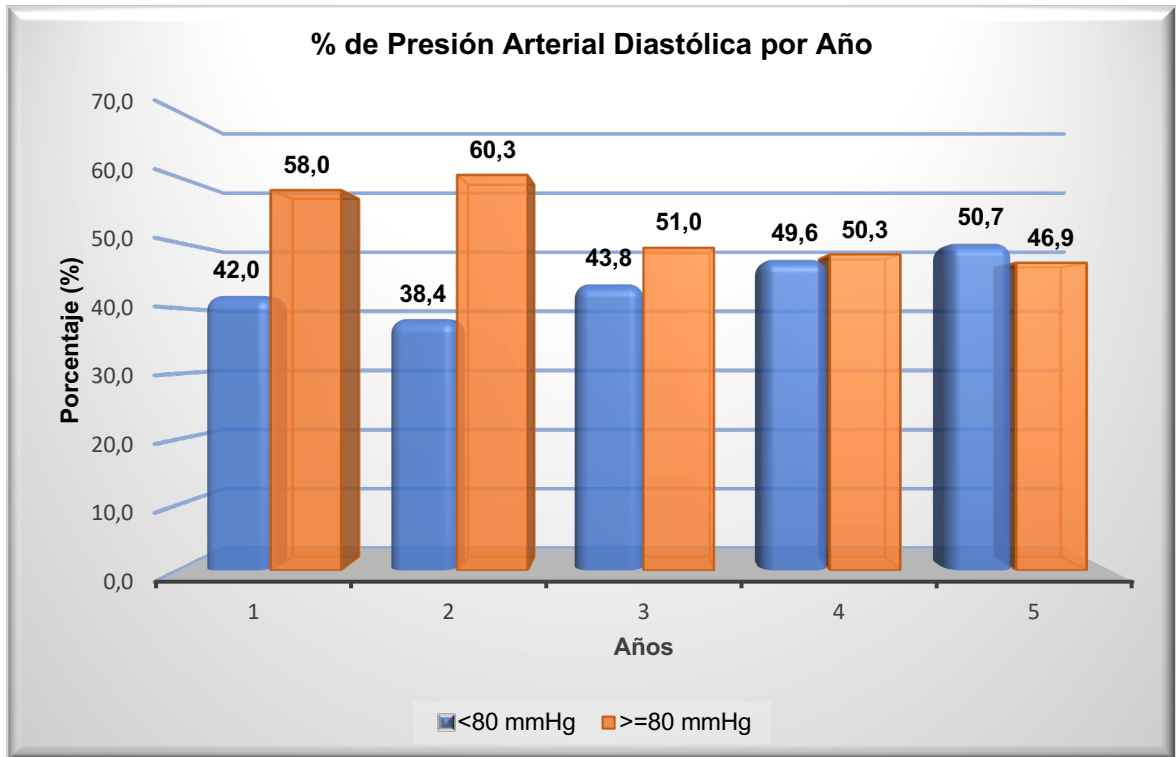
Fuente: En Base a Fichas Clínicas, CESFAM Jorge Kaplán, Gómez Carreño, Nueva Aurora, Marcos Maldonado y Miraflores.

Desde la tabla, se observa que la presión arterial diastólica con valores < 80 mmHg no sobrepasan el 52% en todos los años, presentando un promedio del 44,9% entre el 2011 al 2015.

Por otro lado, se muestra que los valores ≥ 80 mmHg, presentan un promedio de 53,3%.

A continuación, se presenta la descripción general de la distribución de la Presión Arterial Diastólica por año:

Gráfico N°7: Porcentajes de Presión Arterial Diastólica, ambos Sexos. Años 2011-2015.



Fuente: En Base a Fichas Clínicas, CESFAM Jorge Kaplán, Gómez Carreño, Nueva Aurora, Marcos Maldonado y Miraflores.

Del total de los pacientes controlados y registrados, el gráfico indica que los valores de presión arterial diastólica < 80 mmHg y ≥ 80 mmHg, se distribuyen, al igual que presión arterial sistólica, porcentualmente semejantes. Y el porcentaje de logro de una PAD < 80 mmHg, se presenta un aumento relevante desde año 2013, alcanzando un porcentaje positivo el año 2015, con un 50,7%.

La siguiente tabla muestra los valores del Colesterol Total por Año y Sexo:

Tabla N°12: Colesterol Total por Sexo. Años 2011-2015.

COLESTEROL TOTAL			ANTECEDENTES POR AÑOS				
			2011	2012	2013	2014	2015
CT <200 mg/dL	Sexo	Hombres	6	30	70	69	70
		Mujeres	10	31	90	83	90
	Total		16	61	160	152	160
	%		38,1%	64,2%	66,5%	71%	74,1%
CT ≥200 mg/dL	Sexo	Hombres	18	18	23	25	23
		Mujeres	8	14	23	25	23
	Total		26	32	46	50	46
	%		61,9%	33,7%	23,0%	23,4%	21,3%
No Indica	Sexo	Hombres	0	1	14	4	4
		Mujeres	0	1	10	7	5
	Total		0	2	24	11	9
	%		0%	2,1%	10,5%	5,6%	4,6%
Total Registrado	Sexo	Hombres	24	48	93	94	93
		Mujeres	18	45	113	108	113
	Total		42	93	206	202	206

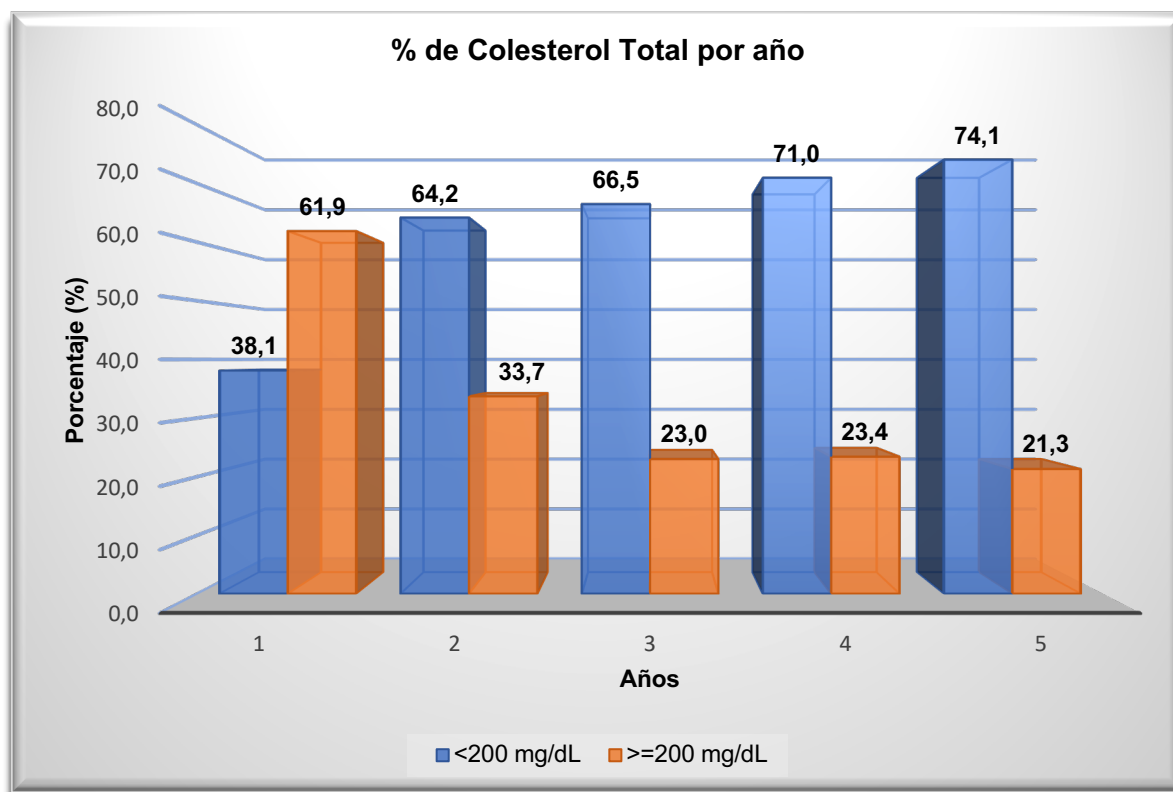
Fuente: En Base a Fichas Clínicas, CESFAM Jorge Kaplán, Gómez Carreño, Nueva Aurora, Marcos Maldonado y Miraflores.

Desde la tabla, se observa que el porcentaje de Colesterol Total con valores < 200 mg/dL durante el periodo analizado, logró una tendencia a la compensación desde el año 2012 al 2015.

Por su parte, el porcentaje de Colesterol Total con valores ≥ 200 mg/dL, denotan un descenso importante, de un 61,9% el año 2011 a un 21,3% el año 2015.

A continuación, se presenta una descripción general de la distribución de Colesterol Total por año:

Gráfico N°8: Porcentajes de Colesterol Total, ambos Sexos. Años 2011-2015.



Fuente: En Base a Fichas Clínicas, CESFAM Jorge Kaplán, Gómez Carreño, Nueva Aurora, Marcos Maldonado y Miraflores.

Del total de los pacientes controlados y registrados, el gráfico indica un aumento sostenido de los usuarios post infartado con porcentajes de colesterol < 200mg/dL y de igual forma, los porcentajes de descenso del colesterol ≥ 200mg/dL. Se destaca el notable cambio entre los años 2011 y 2012, que se mantiene en un constante descenso en los años posteriores.

La siguiente tabla muestra los valores de los triglicéridos por año:

Tabla N°13: Triglicéridos Total por Sexo. Años 2011-2015.

TRIGLICÉRIDOS			ANTECEDENTES POR AÑOS				
			2011	2012	2013	2014	2015
TG <150 mg/dL	Sexo	Hombres	10	26	38	55	36
		Mujeres	9	21	33	63	62
	Total		19	47	71	118	98
	%		45,2%	50,5%	50,4%	59,0%	47,4%
TG ≥150 mg/dL	Sexo	Hombres	14	22	29	38	57
		Mujeres	9	24	41	44	52
	Total		23	46	70	82	109
	%		54,8%	49,4%	49,6%	41,0%	52,7%
No Indica	Sexo	Hombres	0	1	7	4	3
		Mujeres	0	1	10	7	6
	Total		0	2	17	11	9
	%		0%	2,2%	12,1%	5,5%	4,4%
Total Registrados	Sexo	Hombres	24	48	67	93	93
		Mujeres	18	45	74	107	114
	Total		42	93	141	200	207

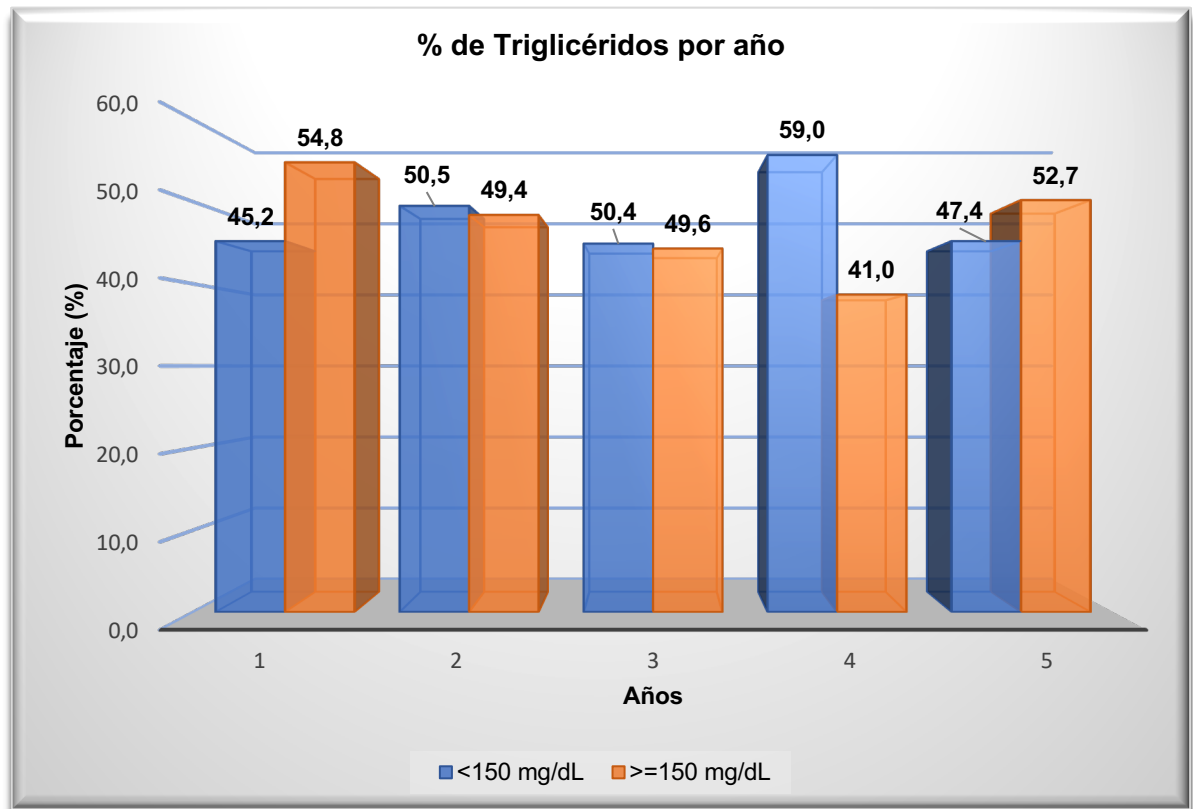
Fuente: En Base a Fichas Clínicas, CESFAM Jorge Kaplán, Gómez Carreño, Nueva Aurora, Marcos Maldonado y Miraflores.

Desde la tabla, se indica que los porcentajes en los valores de triglicéridos < 150 mg/dL, no logran sobrepasar el 50,5% como promedio para los cinco analizados.

Por otro lado, los porcentajes en los valores de triglicéridos ≥ 150 mg/dL, son muy similares a los descritos anteriormente, presentan un promedio del 49,5% para los años analizados.

A continuación, se presenta una descripción general de la distribución de los Triglicéridos por año:

Gráfico N°9: Porcentajes de Triglicéridos, ambos Sexos. Años 2011-2015.



Fuente: En Base a Fichas Clínicas, CESFAM Jorge Kaplán, Gómez Carreño, Nueva Aurora, Marcos Maldonado y Miraflores.

Del total de los pacientes controlados y registrados, el gráfico indica que sólo en los años 2012, 2013 y 2014 se obtuvieron cifras sobre el 50% de meta lograda.

Finalmente, al realizar el Test Chi-Cuadrado para la asociación de la variable sexo en el cumplimiento de prevención secundaria en cuanto a la recomendación de la presión arterial sistólica (PAS), presión arterial diastólica (PAD), colesterol total y triglicéridos por cada año, se puede indicar lo siguiente:

Tabla N°14: Chi-Cuadrado; Recomendaciones de Presión Arterial, Colesterol Total y Triglicéridos por Sexo. Años 2011-2015.

RECOMENDACIONES	ANTECEDENTES POR AÑOS				
	2011	2012	2013	2014	2015
PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (PAS)	0,000	0,000	0,000	0,003	0,033
PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (PAD)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,024
COLESTEROL TOTAL	0,045	0,021	0,039	0,048	0,034
TRIGLICÉRIDOS	0,042	0,031	0,049	0,040	0,031

Fuente: En Base a Fichas Clínicas, CESFAM Jorge Kaplán, Gómez Carreño, Nueva Aurora, Marcos Maldonado y Miraflores.

Desde la tabla, se puede observar que la recomendación para la presión arterial sistólica (PAS) y la presión arterial diastólica (PAD), la significación asintótica se presenta de 0,000 hasta 0,033, indicando grados de confianza de al menos del 99,96% y con grados de libertad de 3 a 6, según tabla de distribución del Chi-Cuadrado (ver Anexo N°2), estableciendo de igual forma una proporcionalidad en la frecuencia esperada, con lo cual, se aprecia que no existe diferencia entre los usuarios hombres y las usuarias mujeres en el cumplimiento de las recomendaciones de prevención secundaria en cuanto a estas variables.

Por otro lado, al centrarse en los grados de compensación para el colesterol y los triglicéridos, se puede observar una significación asintótica que va desde el 0,045 al 0,049, indicando grados de confianza para el colesterol total y los triglicéridos del al menos 99,5% y con grados de libertad que van 5 al 9, según tabla de distribución del Chi-Cuadrado (ver Anexo N°2), en donde también se establece una proporcionalidad esperada, con lo cual, nuevamente se acepta la hipótesis de investigación.

A continuación, se presenta la descripción resumida del 50% del logro de las recomendaciones de la guía clínica de los usuarios hombres y mujeres post Infarto agudo al miocardio, durante los años 2011 al 2015 controlados en los CESFAM Jorge Kaplán, Gómez Carreño, Nueva Aurora, Marco Maldonado y Miraflores, de la comuna de Viña del Mar.

Tabla Resumen N°15: Cumplimiento de las Recomendaciones de Prevención Secundaria de Usuarios post infartados, ambos sexos. Años 2011-2015.

Cumplimiento de las Recomendaciones de Prevención Secundaria de Usuarios por Años					
Variables	2011	2012	2013	2014	2015
PAS <130 mmHg	•	•	•	•	•
PAD <80 mmHg	•	•	•	✓	✓
HbA1c <7%	✓	✓	•	•	•
Colesterol Total <200 mg/dL	•	✓	✓	✓	✓
Colesterol LDL <70 mg/dL	•	•	•	•	•
Triglicéridos <150 mg/dL	•	✓	✓	✓	•
Retiro de Medicamentos	•	•	•	•	•
Asistencia a controles Médico, 1 vez al año	✓	✓	✓	✓	✓
Asistencia a controles Enfermera, 1 vez al año	✓	✓	✓	✓	•
Asistencia a controles Nutricionista, 1 vez al año	•	•	•	•	•

Fuente: En Base a Fichas Clínicas, CESFAM Jorge Kaplán, Gómez Carreño, Nueva Aurora, Marcos Maldonado y Miraflores.

- ✓ : Se cumple
- : No se cumple

La tabla muestra un resumen del comportamiento del 50% de cumplimiento de las recomendaciones por año, dicotomizando las variables enunciadas. En ninguno de los años estudiados se cumple con presentar menos de 130 mmHg de presión arterial sistólica y solo en los dos últimos años (2014 y 2015), los usuarios presentaron menos de 80 mmHg de presión arterial diastólica en un 50% de los sujetos estudiados.

Los usuarios que padecen Diabetes Mellitus Tipo 2, sólo en el año 2011 y 2012 cumplieron con el 50% de la meta de presentar <7% de HbA1c.

En el caso del perfil lipídico, se destaca el cumplimiento del 50% de la recomendación del colesterol total en cuatro años, no así para el colesterol LDL.

En cuanto a la indicación de los fármacos, en esta tabla sólo se menciona el retiro de estos, observando que en ningún año se cumplió con el objetivo.

Para la asistencia a controles una vez al año, por los diferentes profesionales estudiados, se cumple con el 50% de asistencia con Médico en la totalidad de los años estudiados, Enfermera en los primeros cuatro años, haciendo la diferencia el control con Nutricionista, ya que en ninguno de los años se cumple con este cumplimiento.

Finalmente, la siguiente tabla presenta la Prueba Paramétrica T para observar la relación estadística entre las categorías de Sexo y Factores Patológicos, Signo Vital y Parámetros Bioquímicos:

Tabla N°16: Prueba T: Relación Estadística entre Categorías de Análisis.⁴

Muestras Relacionadas		Media	95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	gl	Sig. (Bilateral)
			Inferior	Superior			
Par 1	Sexo - PAS	-871,699	-899,422	-843,976	-61,787	468	,000
Par 2	Sexo - PAD	-863,094	-892,695	-833,493	-57,296	468	,000
Par 3	Sexo - Glicemia	-917,371	-940,589	-894,153	-77,643	468	,000
Par 4	Sexo - HbA1c	-960,3829	-977,6872	-943,0787	-109,060	468	,000
Par 5	Sexo - CT	-927,367	-947,995	-906,738	-88,340	468	,000
Par 6	Sexo - C HDL	-913,075	-937,799	-888,350	-72,569	468	,000
Par 7	Sexo- TG	-9119,156	-9373,836	-8864,476	-70,361	468	,000

Fuente: En Base a Fichas Clínicas, CESFAM Jorge Kaplán, Gómez Carreño, Nueva Aurora, Marcos Maldonado y Miraflores. Software SPSS 25.

Desde la tabla resumen, se puede afirmar que el valor de la media se encuentra dentro del intervalo de confianza comprendido por los valores de la diferencia inferior y superior de la media de las categorías de análisis de Sexo, Factores Demográficos, Patológicos, Antropométricas, Signo Vital y Parámetros Bioquímicos. Además, para cada Prueba T de Muestras Relacionales se decidió excluir los casos con valor perdido de las variables que fueron contrastadas, se excluyó un solo caso (n-1), con lo cual, aleatoriamente 468 casos de la muestra entregaron información.

De esta forma, la Prueba T indica con un 95% de confianza indicado por el valor de la media, que las probabilidades están bajo la curva de distribución **t**, con lo cual el valor del resultado asociado a **p** es menor que el nivel de significación 0,05 que establece esta Prueba T, con lo cual se acepta la hipótesis de investigación, debido que el nivel de significación es 0,00, con lo cual no se presenta un mejor cumplimiento de las recomendaciones de prevención secundaria de la guía clínica entre los usuarios hombres y las usuarias mujeres post infartados en el nivel primario de atención.

⁴ **Media:** Promedio entre Intervalos Inferior y Superior, **t:** Curva de Distribución, **gl:** Grados de libertad n=469-1, **sig. (Bilateral):** Nivel de Significación.

IX.- Discusión

En este estudio se encontró mayor porcentaje de mujeres (55%), un reflejo de la tendencia nacional, que también está compuesta por mayor número de este sexo, ya que según la proyección del INE al año 2019 un 51% corresponde a mujeres y 49% para hombres (52).

Dentro de las patologías sobresalientes se encuentra la HTA, presente en más del 70% para ambos sexos, (constituyendo un total de 348 sujetos de la muestra) una patología de base común, ya que es la principal enfermedad crónica declarada en la población (23,53) y también en otros países latinoamericanos, que exponen una alta prevalencia de hipertensión en usuarios que padecieron IAM (54).

La distribución fue homogénea entre hombres y mujeres para las patologías de HTA, DM y DLP, así como lo indica la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, donde no se encontraron diferencias significativas para ambos sexos (23).

Por otro lado, los resultados encontrados son similares a los reportados en estudios chilenos realizados en el año 2013, los cuales muestran insuficiente control de los factores de riesgo cardiovascular en los pacientes post infarto en hospitales públicos como en los establecimientos de salud primaria en usuarios con enfermedad coronaria, especialmente en los indicadores de sobrepeso, obesidad, LDL y presión arterial, lo que se ha relacionado con estilos de vida poco saludables (5,14).

En general para todos los años, los valores de glicemia fueron mayores a 100 mg/dL, lo que se podría deducir que la presencia de sospecha de DM2 se encuentra subvalorada, sin dejar de mencionar que la presencia de hiperglicemia está relacionada con la morbilidad y la mortalidad del IAM, es decir, se asocian a un peor pronóstico (54).

Asimismo, los valores de HbA1c en el caso de los sujetos que presentaron DM, en tres años estudiados se presentan valores sobre 7%, lo que indicaría un grado de descompensación en el año 2013, 2014 y 2015.

El promedio encontrado para los valores de colesterol fue de 182,7 mg/dL, HDL de 41,1 mg/dL, lo que podría indicar un mejor control de estas variables en cada año estudiado.

En la lipoproteína de baja densidad o LDL, se encontraron valores que indicarían descompensación, es decir mayor o igual a 70 mg/dL, que es la actual recomendación para pacientes coronarios.

Es importante mencionar que estos factores de riesgo forman parte del síndrome metabólico (SM), lo que se asocia a un mayor riesgo global de enfermedad cardiovascular, considerando que estos usuarios presentan RCV alto, así como lo expone el estudio de Cárdenas-Villarreal, realizado en México, que indica la prevalencia de SM en un 67% en 100 usuarios infartados entre 27 y 89 años (53).

En cuanto a los fármacos, no todos los usuarios presentaron tratamientos farmacológicos, puesto que en el retiro de los fármacos, del ácido acetil salicílico no superó el 52% en los años estudiados, atenolol no superó el 30% y de lovastatina el 45%, lo que puede demostrar un bajo cumplimiento de la guía clínica en el nivel primario de atención, ya que el acceso a los medicamentos está garantizado por la ley GES. Esto pudo deberse quizás por el uso de la polifarmacia, dosificación del medicamento, efectos secundarios, olvido del usuario de tomar su tratamiento, baja motivación, conocimiento de los fármacos y utilidad de estos para su patología, el no percibir la necesidad del tratamiento, percepción del fracaso en tratamientos anteriores, el no aceptar la enfermedad, nivel educacional, disponibilidad del fármaco en el centro de salud, relación médico paciente, entre otros, causas que resultan interesantes de seguir investigando a través de otros estudios.

Asimismo, es relevante señalar que existen contraindicaciones cuando se utiliza ASA, como por ejemplo el uso de anticoagulante (neosintrón) o la presencia de hemorragia digestiva reciente.

También la no indicación de atenolol pudo deberse a que en el nivel secundario (HGF), las indicaciones de tratamiento correspondan al uso de carvedilol o bisoprolol.

Por su parte, el uso de la lovastatina, no necesariamente pudiera ser considerado como adecuado para el tratamiento en APS, para el logro de las metas terapéuticas, puesto que sólo desde el año 2016 se comenzó a utilizar en los CESFAM de Viña del Mar atorvastatina, la cual tiene mejores resultados al utilizar dosis de 80 mg/día (55).

Además, existe un gran número de no registro de fármacos en las fichas clínicas electrónicas en todos los años, esto se puede deber a que los sujetos podrían estar retirando su tratamiento medicamentoso en el nivel secundario de atención y en los casos de no indicación de la farmacoterapia puede deberse a que los usuarios fueron considerados con otras patologías de base, como Hipotiroidismo, Parkinson, Insuficiencia Renal Crónica, Intolerancia a la Glucosa, Asma, Artrosis, Enfermedad Pulmonar Crónica, Epilepsia, Gota.

En cuanto a los controles médicos, estos son los que mantienen la mayor asistencia, en comparación con los profesionales Enfermera y Nutricionista, lo que podría justificar la falta de herramientas del usuario para lograr mejores cifras de triglicéridos y mejor manejo de la malnutrición por exceso presente en los resultados de este estudio. Así como lo menciona Troncoso en Chile, en el año 2016, que el tener pareja o esposa influye en la adherencia a los controles nutricionales y que las indicaciones entregadas no están dentro del nivel socioeconómico (57). Tal situación, se presenta como uno de los principales riesgos que pueden provocar un nuevo infarto a los pacientes, como a su vez, un obstaculizador para el cumplimiento de las recomendaciones de prevención secundaria de la Guía Clínica. Asimismo, esto podría estar relacionado por la presencia de obligaciones que dificultan el cuidado de su enfermedad como es la situación laboral, largas jornadas laborales que pueden constituir una barrera al momento de llevar un estilo de vida saludable y sobre todo una alimentación equilibrada.

Con respecto al logro de las recomendaciones de la guía clínica, no se observaron diferencias significativas en los usuarios hombres y mujeres post Infarto agudo al miocardio durante los años 2011 al 2015, demostrado con el test Chi-Cuadrado, dado que los valores presión arterial sistólica <130 mmHg y ≥ 130 mmHg presentaron una distribución homogénea, al igual que para los valores de presión arterial diastólica (< 80 mmHg y ≥ 80 mmHg), sin dejar de mencionar que en todos los años no se cumplió la recomendación para la presión arterial sistólica y sólo en los dos últimos años analizados hubo cumplimiento en cuanto a la presión arterial diastólica, señalando además que la presión arterial elevada se asocia a un mayor riesgo de muerte y nuevos eventos coronarios en los usuarios post infartados (8).

Para los porcentajes de Colesterol Total, ya sea de < 200 mg/dL y ≥ 200 mg/dL, indicaron una constante mejora a través de los años analizados, permitiendo establecer que

tanto los medicamentos como los controles periódicos de los usuarios post infartados están entregando cifras positivas en la prevención de nuevos infartos y enfermedades derivadas. Asimismo, no se observaron diferencias significativas entre los usuarios hombres y mujeres post Infarto agudo al miocardio durante los años 2011 al 2015.

Caso contrario ocurrió con los valores de triglicéridos, ($< 150\text{mg/dL}$ y $\geq 150\text{mg/dL}$), estos no presentaron una tendencia hacia la estabilización de sus valores en los años analizados, por lo que se presume que los medicamentos, consumo de estos y/o controles médicos no están produciendo los efectos esperados. Del mismo modo, cabe reiterar que no se observaron diferencias significativas entre los usuarios hombres y mujeres post Infarto agudo al miocardio.

Estos datos pueden explicarse por las deficiencias existentes en el sistema de salud de atención primaria, ejemplo de ello; son las escasas acciones de promoción y prevención, a la falta de intervenciones, brecha importante de dotación profesional, concentración de prestaciones de las agendas clínicas acotadas, tratamientos acorde a la canasta de fármacos y no necesariamente basados en la evidencia, que pudieran ser útil en la realización de programas de prevención de enfermedades crónicas (11,13).

También cabe mencionar, la ausencia de una gestión que permita una contrarreferencia de Cardiología del nivel secundario, ya que la realidad existente desde el año 2017, indica que las Epicrisis de los casos de usuarios infartados son enviadas a los CESFAM, sin embargo, aún se mantienen las deficiencias en los formatos de registros de las fichas clínicas electrónicas Avis, lo cual impide entrelazar la información con el sistema SIDRA trackcare, y con ello, contar con la información emitida del Cardiólogo que oriente la atención de los profesionales en el CESFAM.

Asimismo lograr que el usuario presente un mejor conocimiento y consciencia de su o sus patologías, incrementar la participación del usuario en la toma de decisiones de su enfermedad, para que los reportes en ficha clínica sean los más fidedignos posibles, puesto que quizás los usuarios reconocen menos patologías de las que padecen o bien no tienen claro si el diagnóstico de IAM fue debutante o bien se efectuó su ingreso hospitalario de manera preventiva, por tanto podría existir una sub estimación de parte de ellos con respecto al diagnóstico clínico.

De igual forma, se requiere considerar cambios integrales en múltiples niveles, como: el abordaje de la actividad física, el consumo de tabaco y la alimentación saludable, además en nuevas propuestas en la intervención y prestaciones para los usuarios en APS, con el objetivo de ejecutar las modificaciones a nivel local, y con ello, superar las disparidades en las atenciones (11).

De esta forma, se hace necesario involucrar a todos los profesionales en el seguimiento y prevención secundaria de la enfermedad en APS, para así lograr los cambios requeridos, de estilo de vida, logro de metas y autocuidado (5).

Asimismo, se debe fortalecer la asistencia sanitaria, para poder garantizar al usuario una atención eficiente, que permita servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, eficaces y oportunos para la recuperación de su salud cardiovascular, en el menor tiempo posible para su pronta incorporación a sus actividades habituales (13). Implementar en todos los CESFAMs que todos los profesionales tengan horarios vespertinos, que permita una atención continuada para los que presentan una jornada laboral extensa y garantice los cuidados en su salud.

Los profesionales debemos estar conscientes además del nuevo paradigma en relación con el manejo de las enfermedades crónicas, que es contemplar al usuario y a su entorno familiar y comunitario como partícipe y responsable de su patología. El usuario activo, informado y participativo es un buen aliado para lograr un mejor grado de adherencia terapéutica (56).

Por otro lado, es aconsejable centrar la atención en las intervenciones ambientales y políticas, ya que son potenciales cargas para las enfermedades crónicas, en la búsqueda de modificar los entornos físicos y sociopolíticos. Además, estas intervenciones podrían contribuir a superar las carencias de información en el ámbito local sobre enfermedades crónicas y sus factores de riesgo, y con ello, establecer prioridades para una eficiente y eficaz evaluación de los diferentes programas (11), con el objetivo de alcanzar sustanciales cambios conductuales que permitan entregar mayores estándares de bienestar y salud a los usuarios desde el punto de vista de la equidad y de los determinantes sociales de la salud.

Entre las principales limitaciones del estudio se encuentra que el tipo de muestreo no se realizó de manera aleatoria, pero dada las características de los sujetos estudiados, podría representar lo que ocurre en otros CESFAM de Viña del Mar.

Finalmente, se pudo establecer desde la Prueba T, que no se presenta un mejor cumplimiento de las recomendaciones de prevención secundaria de la guía clínica desde los factores demográficos, patológicos, antropométricas, signo vital y parámetros bioquímicos entre los usuarios hombres y las usuarias mujeres, dado su nivel de significación de 0,00, realidad que está en concordancia con los sustentos teórico a nivel mundial. Asimismo, se pudo establecer en este estudio que no existen diferencias entre hombres y mujeres, en el comportamiento para asistir a los controles con los equipos de profesionales y sus tratamientos farmacológicos, como tampoco en los diferentes factores analizados.

Cabe mencionar, que la muestra no es representativa de la realidad nacional, ya que quizás los resultados podrían variar si se contara con datos del Norte, Centro y Sur de nuestro país, que permitirían tener una visión más general del comportamiento de los sujetos post IAM y su manejo en Salud Pública.

X.- Conclusión

- ✓ Se requieren mayores esfuerzos para fortalecer los programas de manejo en los usuarios infartados, hacer más partícipe a los profesionales no médicos, monitorear la terapia farmacológica, fomentar un estilo de vida saludable, incorporando idealmente la actividad física y una alimentación saludable.

- ✓ A pesar de las limitaciones descritas en los apartados anteriores, se puede concluir que existen deficiencias en los tratamientos de los usuarios post infartados, ya sea desde a la atención médica y farmacológica, en la que, no se cuenta con las suficientes herramientas de gestión, recursos, información, coordinación, etc., para alcanzar los logros impuestos por las guías clínicas e implementadas en los diferentes Centros de Salud Familiar, lo cual resulta preocupante para la salud de los usuarios.

- ✓ La Atención Primaria es el pilar fundamental para ejecutar programas encaminados a controlar y modificar los FR que interfieren en un IAM, así como es la piedra angular en el tratamiento temprano de los usuarios infartados y mejorar el destino final de esta población.

- ✓ Por ello, este estudio puede ser considerado un avance en términos del diagnóstico de la realidad que vivencian los pacientes que se atienden en los diferentes CESFAMs incluidos en este estudio, que permite enunciar sus falencias y posibles soluciones para alcanzar satisfactorios indicadores de prevención, tratamientos y atención, que entreguen mayor bienestar a los usuarios.

XI. Sugerencias

Para abordar de mejor manera al usuario post infartado y fortalecer líneas de intervención, es que se sugiere:

A.- Adecuar el tratamiento, conducta terapéutica farmacológica y no farmacológica, con el objetivo de proponer una mejor meta de tratamiento, enmarcado en una regulada valoración de riesgo del paciente.

B.- Reunir información para la construcción y validación de protocolos de atención en salud, actualizándolos cada 8-10 años, lo cual también, podrá fundamentar y focalizar futuras investigaciones de este tipo de usuario.

C.- Otorgar al país protocolos de derivación establecidos a nivel de APS, que permitan un abordaje integral, optimizar recursos y posibilitar políticas públicas efectivas, como, por ejemplo: en la prevención secundaria de los pacientes IAM, enfermedades del sistema circulatorio que son la principal causa de muerte en Chile.

D.- Aumentar el cumplimiento de las recomendaciones de prevención secundaria de la guía clínica, mediante mayor información a los usuarios, en la cual se sientan parte del proceso que debe contar con su intención, interés y responsabilidad de asistir a sus controles de salud con los diferentes profesionales y seguir adecuadamente sus tratamientos farmacológicos, situación que les ayudará a mejorar sus condiciones de salud para alcanzar mayores estándares de calidad de vida.

E.- Se considera pertinente realizar una investigación donde se pueda entrevistar a los profesionales sobre estos deficientes índices del cumplimiento de las guías clínicas y cuáles son las causas desde el punto de vista sociocultural, socioeconómico por parte del usuario o estructural de esta política pública, utilizando metodología cualitativa.

XII. Bibliografía

(1). Murray C, López A. Measuring the global burden of disease. N. Engl. J. Med. [Internet] 2013. [citado 28 de Agosto del 2018]; 369(5): 448-57. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra1201534>

(2). Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Gobierno de Chile. Educación en automanejo de pacientes hospitalizados por un evento cardiovascular agudo. [Internet]. 2015. [citado el 15 de Mayo del 2018]; Disponible en: http://www.redcronicas.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2014/03/Educaci%C3%B3n-en-automanejo-de-pacientes-hospitalizados-eventos-CV-1.pdf

(3). Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS), Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Indicadores Básicos de Salud, Chile 2015. [Internet]. 2015 [citado el 8 de Agosto del 2018]; Disponible en: http://cognos.deis.cl/ibmcognos/cgi-bin/cognos.cgi?b_action=cognosViewer&ui.action=run&ui.object=%2fcontent%2ffolder%5b%40name%3d%27PUB%27%5d%2ffolder%5b%40name%3d%27REPORTES%27%5d%2ffolder%5b%40name%3d%27Egresos%27%5d%2freport%5b%40name%3d%27Egresos%20hospitalarios%20-%20Edad%20y%20causa%20-%20Regiones%27%5d&ui.name=Egresos%20hospitalarios%20-%20Edad%20y%20causa%20-%20Regiones&run.outputFormat=&run.prompt=true

(4). Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS), Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Egresos hospitalarios según edad y causa. [Internet]. 2018 [citado el 16 de Julio del 2020]; Disponible en: http://cognos.deis.cl/ibmcognos/cgi-bin/cognos.cgi?b_action=cognosViewer&ui.action=run&ui.object=%2fcontent%2ffolder%5b%40name%3d%27PUB%27%5d%2ffolder%5b%40name%3d%27REPORTES%27%5d%2ffolder%5b%40name%3d%27Egresos%27%5d%2freport%5b%40name%3d%27Egresos%20hospitalarios%20-%20Edad%20y%20causa%20-%20Regiones%27%5d&ui.name=Egresos%20hospitalarios%20-%20Edad%20y%20causa%20-%20Regiones&run.outputFormat=&run.prompt=true

- (5). Nazzal C, Lanas F, Garmendia ML, Bugueño C, Mercadal E, Garcés E, et al. Prevención secundaria post infarto agudo de miocardio en hospitales públicos: implementación y resultados de las garantías GES. Rev. Med. Chile [Internet]. 2013 [citado el 10 de Mayo del 2015]; 141: 977-986. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v141n8/art03.pdf>
- (6). Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Metas 2011-2020. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. [Internet]. 2011 [citado el 10 de Mayo del 2015]; 1-426. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
- (7). Biblioteca del Congreso Nacional de Chile/BCN. Establece un Régimen de Garantías en Salud, Ministerio de Salud. [Internet]. 2004 [citado el 20 de Agosto del 2018]. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=229834>
- (8). Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Guía clínica infarto agudo del miocardio con supradesnivel del segmento ST. [Internet]. 2010 [citado el 09 de Mayo del 2015]; Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/72213ed52c3323d1e04001011f011398.pdf>
- (9). Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Enfoque de riesgo para la prevención de enfermedades cardiovasculares. [Internet]. 2014 [citado el 06 de Agosto del 2015]; 1-63. Disponible en: http://www.compuerta.cl/joomla/documentos/Consenso_2014_prevenccion_enfermedades_cardiovasculares.pdf
- (10). Ministerio de Salud, Alfaro T, Díaz N, Matute I, Rosso F, Vallebuona C, et al. Reporte de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles (ENT). Situación Epidemiológica de las ENT en Chile. [Internet]. 2011 [citado el 09 de Mayo del 2015]; Disponible en: <http://epi.minsal.cl/epi/html/public/InformeNacionalVENTChile2011.pdf>
- (11). Brownson RC, Haire-Joshu D, Luke DA. Shaping the context of health: a review of environmental and policy approaches in the prevention of chronic diseases. Annu. Rev. Public Health. [Internet]. 2006 [citado el 28 de Agosto del 2018]; 27:341-70. Disponible en: <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102137>

(12). Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Chile. Enfermedades Cardiovasculares. [Internet], [Consultado el 10 de Julio del 2018]; Disponible en:

https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=172:enfermedades-cardiovasculares&Itemid=1005

(13). Gómez L. Biomédica, Instituto Nacional de Salud, Bogotá, D.C., Colombia. [Internet]. 2011 [citado el 22 de Julio del 2018]; 31(4). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v31n4/v31n4a01.pdf>

(14). Neira V, Potthoff M, Quiñiñir L, López G, Stockins B, Castillo C, et al. Logro de metas de prevención secundaria, prescripción farmacológica y eventos cardiovasculares mayores en pacientes con enfermedad coronaria. Rev. Med. Chile [Internet]. 2013 [citado el 15 de Agosto del 2018]; 141: 870-878. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v141n7/art06.pdf>

(15). Karim M, Majumder A, Islam K, Alam M, Paul L, Islam M, et al. Risk factors and in-hospital outcome of acute ST segment elevation myocardial infarction in young Bangladeshi adults. BMC Cardiovasc Disord [Internet]. 2015 [citado el 02 de Agosto del 2015]; 1–8. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4509563/pdf/12872_2015_Article_69.pdf

(16). Marinho de Souza M, Gawryszewski V, Orduñez P, Sanhueza A, Espinal M. Cardiovascular disease mortality in the Americas: current trends and disparities. Heart [Internet]. 2012 [citado el 15 de Agosto del 2018]; 98(6): 1207-12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22826558>

(17). Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Datos Mortalidad. [Internet], [Consultado el 28 de Agosto del 2018]; Disponible en: <https://hiss.paho.org/pahosys/grp.php>

(18). Estadísticas vitales 2016. INE. [Internet]. 2018 [citado el 16 de Octubre del 2019]. Disponible en: <https://www.ine.cl/docs/default-source/demogr%C3%A1ficas-y-vitales/vitales/anuarios/2016/sintesis-vitales-final.pdf?sfvrsn=11>

- (19). Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Chile. Anuario de Estadísticas Vitales. [Internet] 2015 [Citado el 6 de Agosto del 2018]. Disponible en: <http://www.ine.cl/docs/default-source/publicaciones/2017/s%C3%ADntesis-de-estad%C3%ADsticas-vitales-2015.pdf?sfvrsn=7>
- (20). World Economic Forum. The global economic burden of non-communicable diseases. [Internet]. 2011 [citado el 24 de Julio del 2018]. Disponible en: http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf
- (21). Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS). Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Defunciones por alguna causa de muerte según sexo. Región de Aisén del Gral. C. Ibáñez del Campo, De Antofagasta, De Arica y Parinacota y 13 más y Grupo de edad de 0 a 4, 10 a 14, 15 a 19 y 15 y más. [Internet]. 2015 [Citado el 2 de Agosto del 2018]. Disponible en: http://www.deis.cl/wp-content/2017/gobCL-sitios-1.0/assets/SerieDefunciones_2000_2015.html
- (22). Ramos L, Vilches R, Ochoa L, González M, Díaz H. Infarto Miocárdico Agudo: una perspectiva desde la Atención Primaria de Salud. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. [Internet]. 2014 [citado el 18 de Agosto del 2018]; 30(2): 242-254. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v30n2/mgi10214.pdf>
- (23). Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Primeros resultados. [Internet]. 2017 [citado el 14 de Agosto del 2018]. Disponible en: http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS_RESULTADOS.pdf
- (24). Coll Y, Ruíz J, Navarro J, De la Cruz L, Valladares F. Factores relacionados con la mortalidad intrahospitalaria en el infarto agudo del miocardio. Revista Finlay [Internet]. 2012 [citado el 20 de Mayo del 2015]; 2(3). Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/133/1314>

- (25). Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Metas 2011-2020. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. [Internet]. 2011 [citado el 10 de Mayo del 2015]; 1-426. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
- (26). Organización Mundial de la Salud, 2015. ¿Qué puedo hacer para evitar un infarto de miocardio o un accidente vascular cerebral?. [citado el 2 de Agosto del 2018]; Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/27/es/>
- (27). Stone S, Serrao G, Mehran R, Tomey M, Witzenbichler B, Guagliumi G, et al. Incidence, Predictors, and Implications of Reinfarction After Primary Percutaneous Coronary Intervention in ST-Segment-Elevation Myocardial Infarction: The Harmonizing Outcomes With Revascularization and Stents in Acute Myocardial Infarction Trial. *Circ Cardiovasc Interv* [Internet]. 2014 [citado el 02 de Agosto del 2015];7(4):543–51. Disponible en: <http://circinterventions.ahajournals.org/content/7/4/543.abstract?etoc>
- (28). Alonso FT, Nazzal C, Alvarado ME. Mortalidad por cardiopatía isquémica en Chile: quiénes, cuántos y dónde. *Rev. Panam. Salud Pública* [Internet]. 2010 [citado el 09 de Mayo del 2015];28(5):319–25. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v28n5/01.pdf>
- (29). Nazzal C, Alonso FT. Incidencia y letalidad por infarto agudo del miocardio en Chile: 2001-2007. *Rev. Med. Chile* [Internet]. 2011 [citado el 26 de Mayo del 2015]; 139: 1253–60. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v139n10/art02.pdf>
- (30). Escobar MC. Prevención del Riesgo Cardiovascular: Políticas Chilenas. *Rev. Med. Clin. Condes* [Internet]. 2012 [citado el 09 de Mayo del 2015];23(6):651–5. Disponible en: http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF_revista_médica/2012/noviembre/Prevenciondelriesgo-2.pdf
- (31). Nazzal C. Cumplimiento y resultado de la guía GES para prevención secundaria post infarto agudo al miocardio en pacientes atendidos en el sistema público de salud chileno. [Internet]. 2013 [citado el 10 de Mayo del 2015]; Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/116468>

- (32). Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención de las enfermedades cardiovasculares. Guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular. [Internet]. 2008 [citado el 2 de Agosto del 2018]. Disponible en: http://www.who.int/publications/list/PocketGL_spanish.pdf
- (33). Maroto J, Artigao R, Morales M, Zarzosa C, Abraira V. Rehabilitación cardíaca en pacientes con infarto de miocardio. Resultados tras 10 años de seguimiento. Rev. Esp. Cardiol. [Internet]. 2005 [citado el 5 de Julio del 2018]; 58(10): 1181-7. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/rehabilitacion-cardiaca-pacientes-con-infarto/articulo/13079912/>
- (34).- Corrá U, Piepoli MF, Carré F, Heuschmann P, Hoffmann U, Verschuren M, et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: physical activity counselling and exercise training: key components of the position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. Eur. Heart. [Internet]. 2010 [citado el 5 de Julio del 2018]; 31(16): 1967-74. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20643803>
- (35). Drozda J, Messer J, Spertus J, et al. ACCF/AHA/AMA-PCPI 2011 performance measures for adults with coronary artery disease and hypertension: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Performance Measures and the American Medical Association. Circulation [Internet]. 2011 [citado el 22 de Agosto del 2018]; 124: 248-270. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/CIR.0b013e31821d9ef2>
- (36). Auer R, Gaume J, Rodondi N, Cornuz J, Ghali W. Efficacy of in-hospital multidimensional interventions of secondary prevention after acute coronary syndrome a systematic review and meta-analysis. Circulation [Internet]. 2008 [citado el 27 de Mayo del 2015];117(24):3109–17. Disponible en: <http://circ.ahajournals.org/content/117/24/3109.full.pdf+html>
- (37). ISIS-2 (Second International Study of Infarct Survival) Collaborative Group. Randomised trial of intravenous streptokinase, oral aspirin, both, or neither among 17,187 cases of suspected acute myocardial infarction: ISIS-2. Lancet [Internet]. 1988 [citado el 20

de Julio del 2018]; 2(8607):349-60. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2899772>

(38) Rojas J, Flórez M. Adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con infarto agudo de miocardio. Aquichan [Internet] 2016. [citado 29 de Febrero del 2020]; 16(3): 328-339. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v16n3/v16n3a05.pdf>.

(39). Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra: 2004. Disponible en:
<http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/adherencia-largo-plazo.pdf>

(40). Martin Alfonso L, Grau Ábalo J, Espinosa Brito A. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. Rev Cubana Salud Pública. [Internet] 2014. [citado 29 de Febrero del 2020]; 40(2): 225-238. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v40n2/spu07214.pdf>

(41). Faridi KF, Peterson ED, McCoy LA, Thomas L, Enriquez J, Wang TY. Timing of first postdischarge follow-up and medication adherence after acute myocardial infarction. JAMA Cardiol. [Internet] 2016. [citado 18 de Julio del 2020]; 1(2): 147-155. Disponible en:
<file:///Users/andreacarocmartinez/Downloads/hoi160001.pdf>

(42). Zambrano R, Duitama J, Posada J, Flórez J. Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. [Internet] 2012. [citado 29 de Febrero del 2020]; 30(2): 163-174. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n2/v30n2a05.pdf>

(43). Arce L, Monge-Nágera, J. Género y niveles de adherencia al tratamiento antihipertensivo en el personal de la Universidad Estatal a Distancia de Costa Rica. Cuadernos de investigación UNED. [Internet] 2009. [citado 29 de Febrero del 2020]; 1(2): 163-170. Disponible en:
<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:0iXbNaSnuYMJ:https://revistas.uned.ac.cr/index.php/cuadernos/article/download/226/100/+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=cl&lient=firefox-b-d>

(44). Atulomah N, Florence O, Oluwatosin A. Treatment adherence and risk of non-compliance among Hypertensives at a Teaching Hospital in Ogun state, Southwest Nigeria. Acta SATECH. [Internet] 2010. [citado 29 de Febrero del 2020]; 3(2): 143-149. Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/259282580_Treatment_Adherence_and_Risk_of_Non-compliance_among_Hypertensives_at_a_Teaching_Hospital_in_Ogun_State_Southwest_Nigeria

(45). Varleta P, Akel C, Acevedo C, Pino J, Opazo V, García A, et al. Prevalencia y determinantes de adherencia a terapia antihipertensiva en pacientes de la Región Metropolitana. Rev. Med. Chile. [Internet] 2015. [citado 29 de Febrero del 2020]; 143: 569-576. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v143n5/art03.pdf>

(46). Rees K, Dyakova M, Wilson N, Ward K, Thorogood M, Brunner E. Dietary advice for reducing cardiovascular risk. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2013 [citado el 25 de Agosto del 2018]; 28(3). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002128.pub4/epdf/full>

(47). National Clinical Guideline Centre (UK). National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines. MI – Secondary Prevention: Secondary Prevention in Primary and Secondary Care for Patients Following a Myocardial Infarction: Partial Update of NICE CG48 [Internet]. 2013 [citado el 12 de Agosto del 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0068966/>

(48). Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Guía Clínica Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más. [Internet]. 2010 [citado el 22 de Noviembre del 2019]; Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7220fdc4341c44a9e04001011f0113b9.pdf>

(49). Escuela Salud Pública. Universidad Mayor. Informe Final Evaluación Sanitaria de las Intervenciones GES. [Internet]. 2010 [citado el 09 de Mayo del 2015]; 1-69. Disponible en: http://www.redcronicas.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2014/03/Evaluación-Sanitaria-de-las-Intervenciones-GES-IAM-20101.pdf

(50). Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 6ta Ed. México: McGraw-Hill; 2014

(51). Argimon J, Jiménez J. Métodos de Investigación Clínica y Epidemiológica. 4ta Ed. España: Elsevier; 2013.

(52). Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Actualización Población INE 2002-2012 y proyección 2013-2020. Disponible en: <http://www.deis.cl/estadisticas-poblacion/>

(53). Cárdenas-Villarreal V, Castillo M, Flores-Peña Y. Prevalencia de síndrome metabólico en pacientes que sufrieron infarto agudo al miocardio. Desarrollo Cientif. Enferm. [Internet]. 2012 [citado el 22 de Noviembre del 2019]; 20(6). Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/20pdf/20-182.pdf>

(54). Valdés E, Rivera M, Bencosme N. Comportamiento del infarto agudo del miocardio en personas con diabetes mellitus de la provincia Granma. Rev. Cubana de Endocrinología. [Internet]. 2012 [citado el 26 de Noviembre del 2019]; 23(2): 128-138. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/end/v23n2/end03212.pdf>

(55). Galve E, Oristrell G, García-Dorado D. Estatinas en pacientes con síndrome coronario agudo. Más allá de las lipoproteínas de baja densidad. Rev. Esp. Cardiol. [Internet]. 2015 [citado el 28 de Agosto del 2018]; 15(A): 28-33. Disponible en: http://apps.wl.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=90379375&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=61&accion=L&origen=cardio&web=www.revspcardiol.org&lan=es&fichero=25v15nSupl.Aa90379375pdf001.pdf&anuncioPdf=ERROR_publico_pdf

(56). Vargas Negrín F. Adherencia al tratamiento: un reto difícil pero posible. Rev. Osteopor. Metab. Miner. [Internet]. 2014 [citado el 26 de Febrero del 2020];6(1):5-7. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/romm/v6n1/editorial2.pdf>

(57). Troncoso C, Contreras N, González S. Adherencia al control nutricional en varones con patologías crónicas. Rev. Chil. Nutr. [Internet]. 2016 [citado el 10 de Junio del 2020]; 43(1). Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v43n1/art02.pdf>

XIII.- Anexos

Anexo N°1: Tipos de variables del estudio, su naturaleza, escala de medición y operacionalización.

Nombre de la variable	Naturaleza de la variable	Escala de medición	Operacionalización
Edad	Cuantitativa continua	De Razón	años
Sexo	Cualitativa dicotómica	Nominal	0.- Hombre 1.- Mujer
Peso	Cuantitativa continua	De Razón	Kg
Talla	Cuantitativa continua	De Razón	m
IMC	Cuantitativa continua	De Intervalo	Kg/ m ²
CC	Cuantitativa continua	De razón	cm
Estado Nutricional	Cualitativa politómica	Ordinal	1.- Enflaquecido 2.- Normal 3.- Sobrepeso 4.- Obesidad
Presión Arterial (PA)	Cuantitativa continua	De razón	mmHg
Glicemia	Cuantitativa continua	De Intervalo	mg/dL
HbA1c	Cuantitativa continua	De Intervalo	%
Perfil lipídico	Cuantitativa continua	De Intervalo	mg/dL
Retiro de Aspirina (ASA) 100 mg	Cuantitativa politómica	Nominal	1.- Indicado / Retira 2.- Indicado / No retira 3.- No indicado 4.- No registro
Retiro de Lovastatina 20 mg	Cuantitativa politómica	Nominal	1.- Indicado / Retira 2.- Indicado / No retira 3.- No indicado 4.- No registro
Retiro de Atenolol 50 mg	Cuantitativa politómica	Nominal	1.- Indicado / Retira 2.- Indicado / No retira 3.- No indicado 4.- No registro
Controles de Salud Cardiovascular (CSCV) con Médico	Cualitativa dicotómica	Nominal	1.- Asiste 2.- No asiste
Controles de Salud Cardiovascular (CSCV) con Enfermera	Cualitativa dicotómica	Nominal	1.- Asiste 2.- No asiste
Controles de Salud Cardiovascular (CSCV) con Nutricionista	Cualitativa dicotómica	Nominal	1.- Asiste 2.- No asiste

Anexo N°2. Distribución Chi-Cuadrado

P = Probabilidad de encontrar un valor mayor o igual que el chi cuadrado tabulado, v = Grados de Libertad

v/p	0,001	0,0025	0,005	0,01	0,025	0,05	0,1	0,15	0,2	0,25	0,3	0,35	0,4	0,45	0,5
1	10,8274	9,1404	7,8794	6,6349	5,0239	3,8415	2,7055	2,0722	1,6424	1,3233	1,0742	0,8735	0,7083	0,5707	0,4549
2	13,8150	11,9827	10,5965	9,2104	7,3778	5,9915	4,6052	3,7942	3,2189	2,7726	2,4079	2,0996	1,8326	1,5970	1,3863
3	16,2660	14,3202	12,8381	11,3449	9,3484	7,8147	6,2514	5,3170	4,6416	4,1083	3,6649	3,2831	2,9462	2,6430	2,3660
4	18,4662	16,4238	14,8602	13,2767	11,1433	9,4877	7,7794	6,7449	5,9886	5,3853	4,8784	4,4377	4,0446	3,6871	3,3567
5	20,5147	18,3854	16,7496	15,0863	12,8325	11,0705	9,2363	8,1152	7,2893	6,6257	6,0644	5,5731	5,1319	4,7278	4,3515
6	22,4575	20,2491	18,5475	16,8119	14,4494	12,5916	10,6446	9,4461	8,5581	7,8408	7,2311	6,6948	6,2108	5,7652	5,3481
7	24,3213	22,0402	20,2777	18,4753	16,0128	14,0671	12,0170	10,7479	9,8032	9,0371	8,3834	7,8061	7,2832	6,8000	6,3458
8	26,1239	23,7742	21,9549	20,0902	17,5345	15,5073	13,3616	12,0271	11,0301	10,2189	9,5245	8,9094	8,3505	7,8325	7,3441
9	27,8767	25,4625	23,5893	21,6660	19,0228	16,9190	14,6837	13,2880	12,2421	11,3887	10,6564	10,0060	9,4136	8,8632	8,3428
10	29,5879	27,1119	25,1881	23,2093	20,4832	18,3070	15,9872	14,5339	13,4420	12,5489	11,7807	11,0971	10,4732	9,8922	9,3418
11	31,2635	28,7291	26,7569	24,7250	21,9200	19,6752	17,2750	15,7671	14,6314	13,7007	12,8987	12,1836	11,5298	10,9199	10,3410
12	32,9092	30,3182	28,2997	26,2170	23,3367	21,0261	18,5493	16,9893	15,8120	14,8454	14,0111	13,2661	12,5838	11,9463	11,3403
13	34,5274	31,8830	29,8193	27,6882	24,7356	22,3620	19,8119	18,2020	16,9848	15,9839	15,1187	14,3451	13,6356	12,9717	12,3398
14	36,1239	33,4262	31,3194	29,1412	26,1189	23,6848	21,0641	19,4062	18,1508	17,1169	16,2221	15,4209	14,6853	13,9961	13,3393
15	37,6978	34,9494	32,8015	30,5780	27,4884	24,9958	22,3071	20,6030	19,3107	18,2451	17,3217	16,4940	15,7332	15,0197	14,3389
16	39,2518	36,4555	34,2671	31,9999	28,8453	26,2962	23,5418	21,7931	20,4651	19,3689	18,4179	17,5646	16,7795	16,0425	15,3385
17	40,7911	37,9462	35,7184	33,4087	30,1910	27,5871	24,7690	22,9770	21,6146	20,4887	19,5110	18,6330	17,8244	17,0646	16,3382
18	42,3119	39,4220	37,1564	34,8052	31,5264	28,8693	25,9894	24,1555	22,7595	21,6049	20,6014	19,6993	18,8679	18,0860	17,3379
19	43,8194	40,8847	38,5821	36,1908	32,8523	30,1435	27,2036	25,3289	23,9004	22,7178	21,6891	20,7638	19,9102	19,1069	18,3376
20	45,3142	42,3358	39,9969	37,5663	34,1696	31,4104	28,4120	26,4976	25,0375	23,8277	22,7745	21,8265	20,9514	20,1272	19,3374
21	46,7963	43,7749	41,4009	38,9322	35,4789	32,6706	29,6151	27,6620	26,1711	24,9348	23,8578	22,8876	21,9915	21,1470	20,3372
22	48,2676	45,2041	42,7957	40,2894	36,7807	33,9245	30,8133	28,8224	27,3015	26,0393	24,9390	23,9473	23,0307	22,1663	21,3370
23	49,7276	46,6231	44,1814	41,6383	38,0756	35,1725	32,0069	29,9792	28,4288	27,1413	26,0184	25,0055	24,0689	23,1852	22,3369
24	51,1790	48,0336	45,5584	42,9798	39,3641	36,4150	33,1962	31,1325	29,5533	28,2412	27,0960	26,0625	25,1064	24,2037	23,3367
25	52,6187	49,4351	46,9280	44,3140	40,6465	37,6525	34,3816	32,2825	30,6752	29,3388	28,1719	27,1183	26,1430	25,2218	24,3366
26	54,0511	50,8291	48,2898	45,6416	41,9231	38,8851	35,5632	33,4295	31,7946	30,4346	29,2463	28,1730	27,1789	26,2395	25,3365
27	55,4751	52,2152	49,6450	46,9628	43,1945	40,1133	36,7412	34,5736	32,9117	31,5284	30,3193	29,2266	28,2141	27,2569	26,3363
28	56,8918	53,5939	50,9936	48,2782	44,4608	41,3372	37,9159	35,7150	34,0266	32,6205	31,3909	30,2791	29,2486	28,2740	27,3362
29	58,3006	54,9662	52,3355	49,5878	45,7223	42,5569	39,0875	36,8538	35,1394	33,7109	32,4612	31,3308	30,2825	29,2908	28,3361

Anexo N°3. Glosario

ACV: Accidente Cerebrovascular

APS: Atención Primaria de Salud

ASA o AAS: Acido acetilsalicílico o aspirina

AVISA: Años de Vida Ajustados por discapacidad

CC: Cardiopatía coronaria

cc: Circunferencia de cintura

CT: Colesterol Total

CV: Cardiovascular

CESFAM: Centro de Salud Familiar

DEIS: Departamento de Estadística e Información en Salud

DLP: Dislipidemia

DM: Diabetes Mellitus

ESC: Enfermedad del Sistema Circulatorio

ENS: Encuesta Nacional de Salud

FR: Factor(es) de riesgo

FRCV: Factor(es) de riesgo cardiovascular

GES: Garantías Explícitas en Salud

HbA1c: Hemoglobina glicosilada

HTA: Hipertensión Arterial

HGF: Hospital Gustavo Fricke

HDL: Lipoproteína de alta densidad

IAM: Infarto Agudo al Miocardio

IMC: Índice de Masa Corporal

LDL: Lipoproteína de baja densidad

MINSAL: Ministerio de Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PAS: Presión arterial sistólica

PAD: Presión arterial diastólica

PSCV: Programa de Salud Cardiovascular

RCE: Registro clínico electrónico

RCV: Riesgo Cardiovascular

RGES: Régimen de Garantías Explícitas en Salud

SIGGES: Sistema de Información para la Gestión de Garantías Explícitas de Salud

SCV: Sistema Cardiovascular

TG: Triglicéridos