

PERFIL DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN CUIDADORES/AS INFORMALES

¹ Sandra Y. Váquiro Rodríguez

² Viviane E. Jofré Aravena

¹ Enfermera Magíster. Servicio Cardiovascular. Hospital Clínico Regional de Concepción, Chile

² Doctora en Enfermería. Profesora asociada Facultad de Medicina. Universidad de Concepción, Chile

E-mail: sandravaq@hotmail.com

Cómo citar este artículo:

Váquiro Rodríguez SY, Jofré Aravena VE. Perfil de riesgo cardiovascular en cuidadores/as informales. Rev. iberoam. educ. investi. Enferm. 2016; 6(2):54-64.

RESUMEN

Objetivo: determinar los factores de riesgo cardiovascular y su relación con las características sociodemográficas y del cuidado en cuidadores/as informales de Postrados Centro de Salud Familiar en una comuna de Chile.

Material y método: estudio descriptivo, correlacional, en 45 cuidadoras que cumplieron requisitos de inclusión. Se aplicaron los instrumentos del examen de medicina preventiva del adulto (EMPA) y un cuestionario sobre las características sociodemográficas y del cuidado. Se realizó un análisis estadístico con el programa SPSS 1.5.

Resultados: todos los cuidadores/as presentaron factores de riesgo cardiovascular, especialmente riesgos condicionantes; no se encontraron cuidadores sanos. Se diagnosticaron factores de riesgos mayores. No se relaciona el riesgo cardiovascular con las características del cuidado ni las características sociodemográficas en cuidadores/as.

Discusión: se pesquisó que en las tablas de clasificación del riesgo cardiovascular no se incluyen los factores de riesgo condicionantes. Los factores de riesgo cardiovascular aún no han sido percibidos como perfil de riesgo por los cuidadores/as para su autocuidado ni por el equipo de salud formal para su intervención.

Conclusión: se identifica a los cuidadores/as como una población que evidencia un perfil de riesgo cardiovascular. Se requiere continuar con futuras investigaciones que demuestren nuevos factores de riesgo cardiovascular, pues el predictor causal aún no está definido y no se conoce cómo comienza, establece y controla el riesgo.

Palabras clave: cuidadores; factores de riesgo; cuidados de enfermería; autocuidado.

Perfil de risco cardiovascular nos cuidadores informais

RESUMO

Objetivo: determinar fatores de risco cardiovascular e sua relação com características sociodemográficas e cuidar do cuidador a o prostrado informal como Centro de Saúde da Família de uma comuna do Chile.

Método: descritivo, correlacionai em 45 cuidadores que preencheram os critérios de inclusão do estudo. O exame da Medicina Preventiva Adulto (APEM) e um questionário características sociodemográficas e instrumentos de cuidados aplicadas. Programa de análise estatística SPSS 1.5.

Resultados: todos os cuidadores apresentaram fatores de risco cardiovascular, especialmente condições de risco; cuidadores insalubres encontrados. Principais fatores de risco diagnosticadas. O risco cardiovascular com características de cuidados e características sociodemográficas dos cuidadores / as não relacionadas.

Discussão: pesquisó nas tabelas de classificação de fatores de risco cardiovascular não inclui condições de risco. Fatores de risco cardiovascular ainda não foram percebidos perfil de risco por parte dos cuidadores / as para o autocuidado ou pela equipe de saúde formal de intervir.

Conclusão: os cuidadores são identificados como uma população que mostra um perfil de risco cardiovascular. Requer pesquisas futuras continuam a demonstrar novos fatores de risco cardiovasculares, como o predictor causal e ainda não se sabe como começa, define e controla o risco.

Palavras-chave: cuidadores; fatores de risco; cuidados de enfermagem; auto-cuidado.

Cardiovascular risk profile in informal caregivers

ABSTRACT

Purpose: to assess cardiovascular risk factors and their relationship with sociodemographic and care characteristics in informal caregivers at Postrados Family Health Center in a Chile commune.

Material and methods: a descriptive, correlational study of 45 caregivers meeting inclusion criteria was carried out. Tools included in Examen de Medicina Preventiva del Adulto (EMPA) (preventive medicine exam in adults) and a questionnaire on sociodemographic and care characteristics were used. SPSS 1.5 software package was used for statistical analysis.

Results: all caregivers showed cardiovascular risk factors, particularly conditioning risks; no healthy caregivers were found. Major risks factors were diagnosed. No association of cardiovascular risk to care or sociodemographic characteristics of caregivers was observed.

Discussion: conditioning risk factors were found no to be included in cardiovascular risk classification tables. Cardiovascular risk factors have not yet been perceived as a risk profile by caregivers for their self-care or by professional healthcare staff to trigger interventions.

Conclusion: caregivers are recognized as a population with a cardiovascular risk profile. Further studies will be carried out to find novel cardiovascular risks factors, because causal predictor has not yet been defined, and how the risk begins, is established and can be controlled is not yet understood.

Key words: caregivers; risk factors; nursing care; self-care.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares constituyen una de las más importantes causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. En Chile, constituyen la segunda causa de muerte, 29% (1). Se entiende por enfermedades cardiovasculares una amplia gama de enfermedades del corazón y de los vasos sanguíneos, como la enfermedad coronaria, la hipertensión y los eventos cerebrovasculares. No solo se identifica su importancia en relación a las pérdidas humanas, sino que, además, a las pérdidas en años de vida saludable, adicionado a la carga que producen los años vividos de discapacidad para quien las padece; siendo responsable del alto costo personal, familiar y social, con significativas pérdidas económicas relacionadas al costo del cuidado y a la pérdida de productividad (2).

Este fenómeno se atribuye al incremento en los factores de riesgo tradicionales (tabaco, obesidad, dieta inadecuada, hipercolesterolemia y sedentarismo) asociados a hábitos y costumbres que introducen la modernización, cambios demográficos y de transición epidemiológica que experimentan los países en vías de desarrollo y al mejor control de las enfermedades infecciosas (3). Los factores de riesgo actúan por periodos prolongados provocando daños imperceptibles, pues su predictor causal aún no está definido; no siendo siempre evidente y no conociéndose completamente dónde y cómo comienzan, establece y controla el riesgo. Por tanto, la información existente de los mecanismos que generan los factores es limitada, siendo probable que la lista de factores de riesgo se extienda en el futuro (4).

Los factores de riesgo mayores (tabaquismo, hipertensión arterial, exceso de colesterol total y LDL y déficit de colesterol HDL, diabetes mellitus) tienen un poder predictivo, pudiendo por sí mismos, desencadenar una enfermedad cardiovascular y cuando se asocian tener un efecto multiplicativo. Sin embargo, un individuo con varios factores de riesgo condicionantes (aumento de la circunferencia de la cintura, obesidad, sedentarismo) puede tener riesgo de sufrir un episodio cardiovascular muy superior; siendo habitual que los riesgos aparezcan combinados y se relacionen entre sí, lo que hace que se potencien, el riesgo es multifactorial (5).

El Ministerio de Salud en Chile reorienta el Programa de Salud Cardiovascular con un examen de monitoreo preventivo, anual y gratuito denominado examen de medicina preventiva del adulto (EMPA) que incluye la aplicación de un cuestionario y la aplicación de exámenes según el riesgo cardiovascular (6), donde este es definido como la probabilidad de padecer un evento cardiovascular en los siguientes diez años (6,7). Para calcular el riesgo cardiovascular global se utilizan métodos cuantitativos como la tabla Framingham, estimado a diez años, y métodos cualitativos que consideran el número de factores de riesgo. Ambos instrumentos permiten estratificar el riesgo cardiovascular en bajo, moderado, alto y máximo lo que determina a su vez las metas e intervenciones (8); el criterio de clasificación solo incluye los factores de riesgo mayores (tabaquismo, hipertensión, diabetes, dislipidemia).

Los factores de riesgo condicionantes (circunferencia de cintura, peso y sedentarismo) no están incluidos en las tablas de valoración del riesgo cardiovascular (6), los cuales deberían ser tenidos en cuenta para su valoración, no existe una principal causa etiológica en las enfermedades cardiovasculares y depende de la coexistencia de varios componentes (9); considerando que el exceso de peso, específicamente la obesidad abdominal es un factor de alta prevalencia (Estados Unidos y Chile con un 64% y 61,3%, respectivamente), que se asocia significativamente al desarrollo de enfermedades cardiovasculares y diabetes, lo que lo constituyen un factor de riesgo cardiometabólico (10).

Es importante mencionar que la estimación del riesgo coronario a partir del modelo Framingham está basada en población estadounidense, lo que implica que en la utilización de estas tablas debe considerarse solo como una herramienta (9,11). En un estudio realizado en España refieren que la estimación del riesgo coronario debería basarse en el seguimiento de cohortes poblacionales de amplia base (9); Chile no dispone de estimaciones poblacionales, por lo que se evidencia la prioridad de realizar estudios que validen tablas de estimación del riesgo cardiovascular adaptadas a población chilena (8). El Ministerio de Salud de Chile en el 2009 a través de la guía "Implementación del Enfoque de Riesgo en el Programa de Salud Cardiovascular" adoptó las tablas existentes basadas en la realidad epidemiológica de la población chilena, que aún no han sido validadas; sin embargo, en la actualidad se utilizan para el cálculo de riesgo cardiovascular (12,13).

El desafío es cuantificar los factores de riesgo en diferentes poblaciones para que las estrategias de prevención sean efectivas y permitan que las personas logren disminuir el riesgo cardiovascular (13). Muchas de las evaluaciones epidemiológicas realizadas en Latinoamérica han adolecido de inconsistencias en la definición de los factores de riesgo, el muestreo poblacional y los métodos de evaluación. El estudio CARMELA (*Cardiovascular Risk Factor Multiple Evaluation in Latin America*) donde participaron siete ciudades: Santiago de Chile en Chile, Barquisimeto en Venezuela, Bogotá en Colombia, Buenos Aires en Argentina, Lima en Perú, México DF

en México, Quito en Ecuador, evidencia un panorama de prevalencia de factores de riesgo en ciudades principales de Latinoamérica e indica la necesidad de contar con políticas de salud racionales (14).

La atención informal en salud brindada desde la familia por cuidadores/as ha sido fundamentada en relaciones afectivas, de parentesco, asuntos familiares, de género, rasgos que caracterizan y afectan su visibilidad y reconocimiento social. Por tanto, no reconocido como un trabajo remunerado, que se confunde con una carencia de valor (15). Cuidarles significa estar presente para el apoyo de otro, realizando tareas muy variadas, siendo una experiencia de compromiso, tiempo y paciencia constante en el diario vivir (16), va más allá de realizar tareas, es una preocupación invisible, intangible (17). Un vínculo especial que se caracteriza por el afecto, entrega mutua, acompañamiento el compartir sentimientos y la reflexión constante (18).

Lo anterior significa que su calidad de vida se ve afectada, e impacta en su salud y bienestar personal, social, emocional y financiero, donde los estilos de vida se modifican y los roles se cambian (19). Si se toma en cuenta los resultados negativos del cuidar determinados por la fatiga, alteración del descanso y alimentación, los problemas de salud son percibidos como la principal amenaza en la aparición de enfermedades cardiovasculares, los que ajustados con malos hábitos y costumbres (sedentarismo y tabaco) conllevan riesgo a largo plazo en una mala calidad de vida y salud pobre (20).

La cuantificación de los factores de riesgo cardiovascular en una población adulta y vulnerable como los cuidadores/as informales, es un desafío en cuanto a identificar, delimitar y abordar el riesgo, dado que los cuidadores/as experimentan una serie de vivencias que implican altas exigencias derivadas de la demanda de cuidados, el asumir múltiples roles en una jornada que no tiene principio ni fin, cambios en la dinámica familiar y el estrés que supone enfrentarse diariamente con el sufrimiento y dependencia alterando su salud física y psicológica.

El sistema de salud chileno desconoce los factores de riesgo cardiovascular en cuidadores/as informales, ya que no llevan un registro de estos factores de riesgo relacionados con el desempeño del rol de los cuidadores/as. Desde esta perspectiva, el objetivo general de esta investigación fue determinar los factores de riesgo cardiovascular y su relación con las características sociodemográficas y del cuidado en cuidadores/as informales; población que va en aumento debido al incremento de la situación de discapacidad y enfermedad crónica. Por tanto, se considera de importancia abordar datos locales y registros en este grupo.

MATERIAL Y MÉTODO

Investigación cuantitativa, descriptiva, correlacional. La unidad de análisis fue cada uno de los cuidadores/as que cumplieron con los criterios de inclusión en el diseño metodológico.

El universo correspondió a la totalidad de 141 cuidadores/as informales del programa de postrados en un Centro Familiar (Cesfam) de una comuna de Chile. Muestreo no probabilístico e intencionado en 53 cuidadores/as, los cuales se redujo a 45 cuidadores/as por ser inconcluso el diagnóstico de hipertensión en cinco cuidadores/as y tres personas que se retiraron voluntariamente del estudio. En criterios de inclusión se consideró: ser cuidadora de pacientes postrados, no tener enfermedades crónicas y tener una edad entre 20 a 64 años.

De los aspectos éticos se consideró la participación voluntaria, explicando el propósito de la investigación y garantizando el manejo confidencial de la información y el anonimato con firma del consentimiento informado, resguardando los cuatro principios éticos: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Se realizó la recolección de los datos a través de la visita domiciliaria, mediante la aplicación de los siguientes instrumentos: examen de medicina preventiva del adulto (EMPA) del Programa de Salud Cardiovascular elaborado por el Ministerio de Salud de Chile, de uso en el ámbito nacional validado en Chile. Un cuestionario semiestructurado relacionado con los datos sociodemográficos y las características del cuidado, elaborado por las autoras de este estudio, al que se aplicó una prueba piloto en un grupo de 10 cuidadores/as con características similares a la muestra, lo que valora la confiabilidad y validez del instrumento.

Las variables consideradas fueron:

- Variable dependiente: factores de riesgo cardiovascular.

- Variables independientes: características sociodemográficas (sexo, estado civil, educación, creencia, ocupación, afiliación, percepción económica), y las características del cuidado (grado de dependencia del postrado, número de personas que cuida, vive con el postrado, motivación para asumir el cuidado, parentesco, apoyo familiar e instrucción del sistema formal).

Se realizó el análisis estadístico en el programa SPSS versión 15.0, utilizándose para el perfil de la muestra estadística descriptiva a través de las medidas de tendencia central y medidas de dispersión (media, mediana, moda, desviación estándar). Y un análisis de relación entre la variable dependiente y las variables independientes con medidas paramétricas (prueba *T-Student*, ANOVA de un factor) y no paramétricas (Chi cuadrado, U de Mann Whitney) según la normalidad de la variable. Se estima un nivel de confianza del 95% y un valor p de significancia estadística menor de 0,05.

RESULTADOS

Del total de la muestra el 93,3% correspondió al sexo femenino, 57,8% estaba casada, el 44,4% ha realizado la educación media, el 46,7% de creencia católica, con un promedio de edad de 45 años +/- 10 años. En cuanto la ocupación las actividades del hogar correspondieron 91,1%, manifestando que la economía familiar es insuficiente en un 84,4%, afiliación en salud sistema público, Foro Nacional de Salud (FONASA) 64,4%. (Tabla 1).

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS CUIDADORES/AS INFORMALES, PROGRAMA POSTRADOS

CARACTERÍSTICAS		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sexo	Mujer	42	93,3
	Hombre	3	6,7
Estado civil	Casado	26	57,8
	Soltero	13	28,9
	Viudo	2	4,4
	Separado	4	8,9
	Sin educación	1	2,2
Educación	Educación básica	18	40
	Educación media	20	44,4
	Educación superior	6	13,3
Creencia	Evangélica	18	40
	Católica	21	46,7
	Testigo de Jehová	1	2,2
	Otro credo	3	6,7
	No tiene	2	4,4
Ocupación	Dueña de casa	41	91,1
	Trabaja fuera del hogar	4	8,9
Afiliación	Sin afiliación	11	24,4
	Fonasa	29	64,4
	Prais	5	11,1
Percepción económica	Muy bien	1	2,2
	Suficiente	6	13,3
	Insuficiente	38	84,4

Respecto a las características del cuidado: el 62,2% de los postrados son de dependencia severa, el 91,1% cuida a una sola persona y vive en el hábitat del postrado en un 86,7%. El 48,9%, de los cuidadores/as es hija/hijo y la motivación para asumir el cuidado en un 35,6% fue por estima. El 71,1% recibe apoyo familiar y el 62,2% ha recibido instrucción por parte del equipo de salud (Tabla 2). En cuanto al tiempo de cuidado llevan realizando la actividad de cuidadoras/es siete años y medio con un promedio de 21 horas de cuidado al día.

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADO DE LOS CUIDADORES/AS INFORMALES, PROGRAMA POSTRADOS

VARIABLES DEL CUIDADO		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Grado de dependencia del postrado	Dependencia leve	1	2,2
	Dependencia moderada	16	35,6
	Dependencia severa	28	62,2
Número de personas que cuida	Uno	41	91,1
	Dos	4	8,9
Vive con el postrado	Sí	39	86,7
	No	6	13,3
Motivación para asumir el cuidado	Obligación	11	24,4
	Reciprocidad	3	6,7
	Estima	16	35,6
	Parentesco	15	33,3
Parentesco	Esposo/a	1	2,2
	Abuelo/a	2	4,4
	Hermana/o	3	6,7
	Hija/o	22	48,9
	Nuera/yerno	1	2,2
	Cuñada/do	1	2,2
	Madre/padre	8	17,8
	Tío/a	1	2,2
	Nieta/o	4	8,9
	Sobrina/o	2	4,4
Apoyo familiar	Sí	32	71,1
	No	13	28,9
Instrucción del sistema formal	Sí	28	62,2
	No	17	37,8

En relación a los factores de riesgo cardiovascular condicionantes: 42,2% tienen sobrepeso, donde el 76,2% de las mujeres tiene circunferencia de cintura mayor al rango normal; en mayor proporción que los hombres con 66,7%. El 95,6% del total de los cuidadores/as es sedentario (Tabla 3).

El 57,8% presenta tres factores de riesgo cardiovascular condicionantes, el 28,7% dos factores de riesgo, y el 11,1% un factor de riesgo condicionante. Hay una sola persona que no presenta factores de riesgo condicionantes, sin embargo, presenta un factor de riesgo mayor. Por lo tanto, del total de la muestra no hay individuos sanos (Tabla 4).

De los factores de riesgo mayor se diagnosticaron 28 personas con enfermedades cardiovasculares: personas con hipertensión (11,1), con dislipidemia (6,7), con diabetes (2,2) y en mayor porcentaje (42,2) tabaquismo (Tabla 5).

TABLA 3. FACTORES DE RIESGO CONDICIONANTES EN CUIDADORES/AS INFORMALES, PROGRAMA POSTRADOS

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES PRESENTES		N= 45	%
Relación peso/talla	Normal	12	26,7
	Sobrepeso	19	42,2
	Obeso	14	31,1
Circunferencia de cintura	Mujer <= 88 cm	10	23,8
	> 88 cm	32	76,2
	Hombre <= 102 cm	2	66,7
	> 102 cm	1	33,3
Sedentarismo	Sí	43	95,6
	No	2	4,4

TABLA 4. PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO CONDICIONANTES EN CUIDADORES/AS INFORMALES, PROGRAMA POSTRADOS

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Sin riesgos condicionantes	1	2,2	2,2	2,2
Presencia de un factor de riesgo cardiovascular condicionante	5	11,1	11,1	13,3
Presencia de dos factores de riesgo cardiovascular condicionante	13	28,7	28,7	42,0
Presencia de tres factores de riesgo cardiovascular condicionante	26	57,8	57,8	100
Total	45	100,0	100,0	

TABLA 5. FACTORES DE RIESGO MAYOR EN CUIDADORES/AS INFORMALES, PROGRAMA POSTRADOS

			FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO	PORCENTAJE
Tabaquismo	Válidos	Sí	19	42,2	42,2	
		No	26	27,8	57,8	
		Total	45	100,0	100,0	
Hipertensión arterial	Válidos	Sí	5	11,1	11,1	
		No	40	88,9	88,9	
		Total	45	100,0	100,0	
Dislipidemia	Válidos	Sí	3	6,7	6,7	
		No	42	93,3	93,3	
		Total	45	100,0	100,0	
Diabetes	Válidos	Sí	1	2,2	2,2	
		No	44	97,8	97,8	
		Total	45	100,0	100,0	

Respecto a la clasificación del riesgo cardiovascular los cuidadores/as están representados entre el riesgo bajo 45% y moderado en un 49%, correspondiendo solo el 4% alto y máximo 2% (Tabla 6).

Se encontró que no existe asociación entre la variable factores de riesgo cardiovascular y las características sociodemográficas, son independientes. Resulta un valor p sin significancia estadística (Tabla 7). Para la variable edad de las características sociodemográfica, se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con un valor p 0,984, lo que indica su normalidad. Se observó que en promedio en el riesgo cardiovascular bajo, medio, alto y máximo no hay diferencia en las edades; con una promedio de edad en el riesgo bajo de 46 años +/- de 10 años, un promedio de edad menor en el riesgo moderado, alto y máximo, con una edad de 44 años +/- de 10 años.

De igual manera la variable factores de riesgo cardiovascular y las características del cuidado son independientes, no existiendo evidencia estadística de correlación entre las dos variables (Tabla 8). Para las variables del cuidado cuantitativas tiempo de cuidado en meses, número de horas al día, se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov evidenciando un valor de no normalidad; por tanto, se realizó la prueba estadística U de Mann Whitney resultado sin diferencias estadísticamente significativas.

TABLA 6. CLASIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN LOS CUIDADORES/AS INFORMALES, PROGRAMA POSTRADOS

RIESGO	N	%
Riesgo bajo	20	45
Riesgo moderado	22	49
Riesgo alto	2	4
Riesgo máximo	1	2
Total	45	100

TABLA 7. ASOCIACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR Y LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN LOS CUIDADORES/AS INFORMALES, PROGRAMA POSTRADOS

	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	PRUEBA ESTADÍSTICA	VALOR P V DE CRAMER
Riesgo cardiovascular	Sexo	C de Pearson sig bilateral	0,688
	Ingresos mensuales	C de Pearson sig bilateral	0,462
	Previsión de salud	C de Pearson sig bilateral	0,938
	Pareja	C de Pearson sig bilateral	0,239
	Creencia	C de Pearson sig bilateral	0,196
	Nivel educativo	C de Pearson sig bilateral	0,093
	Actividad adicional al cuidado	C de Pearson sig bilateral	0,061
	Ingreso económico	C de Pearson sig bilateral	0,462
	VARIABLES	PRUEBA ESTADÍSTICA	VALOR P
	Edad	T-Student	0,654

TABLA 8. CLASIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR Y LAS CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADO EN LOS CUIDADORES/AS INFORMALES, PROGRAMA POSTRADOS

	VARIABLES DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADO	PRUEBA ESTADÍSTICA	VALOR P DE CRAMER
Riesgo cardiovascular	Grado de dependencia del postrado	C de Pearson sig bilateral	0,114
	Número de personas que cuida	C de Pearson sig bilateral	0,061
	Vive con el postrado	C de Pearson sig bilateral	0,769
	Tipo de motivación	C de Pearson sig bilateral	0,867
	Parentesco	C de Pearson sig bilateral	0,614
	Apoyo familiar	C de Pearson sig bilateral	0,883
	Taller por parte del equipo de salud	C de Pearson sig bilateral	0,731
	VARIABLES	TEST	VALOR P
	Tiempo en meses de cuidado	Wilcoxon Mann Withney-U	0,528
	Número de horas de cuidado al día	Wilcoxon Mann Withney-U	0,454

DISCUSIÓN

De acuerdo a los datos analizados, los cuidadores/as están clasificados en mayor porcentaje entre el riesgo cardiovascular bajo y moderado (45% y 49%). Lo cual se estima que no aporta evidencia suficiente, teniendo en cuenta que la tabla de clasificación del riesgo cardiovascular solo incluye los factores de riesgo mayor no considera los factores de riesgo condicionantes, los excluye (6,9); evento que subestima y limita la importancia de su intervención y vigilancia, puede llevar a que el correcto control de los factores de riesgo sea muy pobre y llegue demasiado tarde en el ámbito de la prevención (21).

Pueden existir otras variables que influyen en el control de los factores de riesgo cardiovascular, ya que su control constituye un complejo conjunto de interacciones (13). Los hallazgos encontrados en esta investigación son que al 95,6% de los cuidadores/as son sedentarias, el 57,8% presenta tres riesgos condicionantes, las cuidadoras (mujeres) presentan 76,2% circunferencia de cintura mayor del rango normal, son importantes y no menores dado que el origen de las enfermedades cardiovasculares es multifactorial (5,9).

Los cuidadores/as desconocen su perfil de riesgo cardiovascular, no conocían su valor de presión arterial, ni sus valores de colesterol y glicemia, considerando que el primer paso de la prevención es tener conciencia de que está en riesgo (21). Es conveniente estimar el riesgo y que la persona tome conocimiento, así puede hacer una percepción de este riesgo; hacer conciencia de ello e incorporarlo en sus aspectos conductuales y de autocuidado. Además, la población de cuidadores/as no ha sido detectada como población de riesgo por parte del equipo de salud para su intervención y control, existe una brecha en la cobertura de la población para mantener los individuos sanos, por lo que es necesario se unan esfuerzos personales y un mayor compromiso no solo del sector salud sino de otros sectores, un gran desafío del país para detectar precozmente los individuos en riesgo (1).

En este estudio no se encontraron cuidadores/as sanos, una sola persona no presentó factores de riesgo condicionantes, sin embargo, mostró un factor de riesgo mayor. Adicional a ello, se hace necesario que se estime el riesgo por grupos de poblaciones (1,11). Se plantea la posibilidad de reorientar el riesgo cardiovascular desde el punto de vista de los cuidadores/as informales, ya que los mecanismos que actúan y favorecen dicho riesgo aún no están bien definidos; no son claras las causas involucradas, así como si algunas condiciones socioeconómicas desfavorables predisponen a trastornos psicológicos (ansiedad, depresión, autoestima baja, hostilidad) y si un alto nivel de estrés inicia una cadena causal que mediante la adopción de conductas saludables nocivas (dieta, sedentarismo) favorece la incidencia de hipertensión, diabetes y dislipidemia (4).

El perfil de cuidadores/as informales: trabajo no remunerado, en virtud de relaciones afectivas y parentesco y asignado a la mujer; es un perfil de riesgo cardiovascular sustentado en el postergar el cuidado de su salud y manifestado en que todos los cuidadores/as presentan algún factor de riesgo cardiovascular. Respecto a las características del cuidado evidenciadas en esta investigación (las causas para asumir el cuidado, tiempo de cuidado, apoyo familiar, apoyo del equipo de salud) pone en evidencia la necesidad de promover la salud física, psíquica y emocional en el cuidador informal a través de políticas sociales y sanitarias efectivas con recursos y servicios de cuidado que conlleven a disminuir el riesgo cardiovascular como: oportunidades de descanso y respiro, reconocimiento económico que implique ser identificada como una labor remunerada, teniendo en cuenta la distribución del cuidado de personas dependientes entre el estado, la familia y el mercado de trabajo (5,15). El sedentarismo dentro de los factores de riesgo cardiovascular en los cuidadores/as presenta una alta prevalencia; el incorporar el programa de actividad física como nueva estrategia de intervención de promoción de la salud constituiría una medida costo beneficio positiva para incidir en varios factores de riesgos condicionantes que disminuirá la morbilidad a largo plazo (22-24).

Realizar valoración preventiva del riesgo cardiovascular a través del examen de medicina preventiva del adulto (EMPA) en cuidadores/as como parte del apoyo domiciliario permitiría maximizar la utilidad de un Programa de salud Cardiovascular existente (8). La consulta de enfermería surge como el contexto ideal para implementar intervenciones capaces de proporcionar a los cuidadores/as informales las herramientas necesarias para cuidar (25).

Se hace necesario que el sistema de salud proponga la creación de políticas de salud y sociales que permitan tener factores protectores hacia los riesgos cardiovasculares, específicamente hacia los cuidadores/as, como grupo de extensión del cuidado y así disminuir la inequidad de determinantes sociales como el empleo remunerado y promueva la igualdad de género abordando la necesidad de cuidado de los cuidadores/as (2).

La limitación observada en esta investigación fue la de requerir más investigaciones en cohortes mayores para así poder generalizar los resultados.

CONCLUSIONES

Al término de esta investigación se ha llegado a las siguientes conclusiones:

Los cuidadores/as presentan factores de riesgo cardiovascular (2), sin embargo, no existe relación entre los factores de riesgo cardiovascular con las características sociodemográficas y del cuidado. Queda expuesto en esta investigación el desafío de continuar la búsqueda de nuevos factores de riesgo cardiovascular pues su predictor causal aún no está definido y aún no se conoce cómo comienza, establece y controla el riesgo (4); y así generar nuevos conocimientos que fundamenten la práctica basada en la evidencia que respondan a necesidades del cuidado en cuidadores/as y aporten a su bienestar y calidad de vida.

Se evidencia un perfil de riesgo cardiovascular en cuidadores/as, que requiere ser intervenido y tener un mayor apoyo por parte del sistema de salud formal; la disciplina de enfermería debería asumir un papel protagonista en el apoyo al cuidador principal, desde la gestión del cuidado, crear intervenciones de enfermería con enfoque de riesgo que ayuden a crear y/o fortalecer conductas saludables, disminuir el perfil de riesgo y una mejor calidad de vida en los cuidadores/as (2).

Se requiere continuar investigaciones respecto a las tablas de riesgo cardiovascular en población Latinoamericana; en Chile se requiere validar las tablas de estimación de riesgo cardiovascular adaptadas a la población chilena y así poder definir el perfil de riesgo epidemiológico a la realidad del país y de Latinoamérica (8, 12).

BIBLIOGRAFÍA

1. Escobar F. Prevención del riesgo cardiovascular: políticas chilenas. *Rev. Med. Clín. Condes* 2012; 23(6):651-5.
2. Jofré Aravena V, Sanhueza Alvarado O. Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es informales. *Cienc. enferm.* 2010; XVI(2):111-120.
3. Hernández Gárciga FF, Opeyemi Jimada I, Pría Barros MC. Riesgo Cardiovascular Global. Consultorio: 3 Área de Salud de Guanabo. 2008. *Rev. Haban. Cienc. Méd.* 2010; 9 (supl.5):641-9.
4. Romero T. Factores modificables del riesgo cardiovascular: ¿cuáles estamos realmente modificando? *Rev. Méd. Chile.* 2009; 137:1498-1501.
5. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. OPS/OMS. División de Rectoría y Regulación Sanitaria Departamento de Programas de las Personas Programa Salud del Adulto 2002. Programa de Salud Cardiovascular Reorientación programas de Hipertensión y Diabetes [Internet]. Chile. 2002. [citado 16 marzo 2016]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/75fcbd5dc347e5efe04001011f012019.pdf>
6. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Guía Clínica Examen de Medicina Preventiva [Internet]. 1a ed. Santiago: Minsal, 2006. [citado 16 marzo 2016]. Disponible en: [http://www.saludquillota.cl/informacion_ges/Guias%20Clinicas%20GES/GES%202005/Guia%20Clinica%20medicina_preventiva%202005%20\(Ley\).pdf](http://www.saludquillota.cl/informacion_ges/Guias%20Clinicas%20GES/GES%202005/Guia%20Clinica%20medicina_preventiva%202005%20(Ley).pdf)
7. Carbonell San Román A, Segura de la Cal T, Zamorano Gómez JL. Protocolo de Valoración del riesgo cardiovascular. *Medicine* 2013; 11(36):2227-30.
8. Icaza G, Núñez L, Marrugat J, Mujica V, Escobar MC, Jiménez AL, et al. Estimación de riesgo de enfermedad coronaria mediante la función Framingham adaptada para la población chilena. *Rev. Méd. Chile* 2009; 137(10):1273-1282.
9. González Diego P, Moreno Iribas C, Guembe MJ, Viñes JJ, Vila J. Adaptación de la función del riesgo coronario de Framingham-Wilson para la población de Navarro (RICORNA). *Rev. Esp. Cardiol.* 2009; 62(8):875-85.
10. Espinoza ZM, Ruiz FN, Barrios E, Reigosa A, Leal H U, Gonzáles JC. Perfil metabólico de riesgo cardiovascular y resistencia a la insulina según índice de masa corporal, circunferencia de cintura y circunferencia hipertriglicéridémica en pacientes adultos. *Rev. Méd Chile.* 2009; 137:1179-86.

BIBLIOGRAFÍA (CONTINUACIÓN)

11. Kunstmann FS, Lira CMT, Icaza NG, Núñez FL, De Grazia KR. Estratificación del riesgo cardiovascular en la población chilena. *Rev. Med. Clin. Condes*. 2012; 23(6):657-65.
12. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública División Prevención y Control de Enfermedades Dpto. Enfermedades Transmisibles. Implementación del Enfoque de Riesgo en el Programa de Salud Cardiovascular. MINSAL, 2009. [citado 16 marzo 2016]. Disponible en: http://pifrecv.utelca.cl/docs/2009/Implementacion_Enfoque_Riesgo_PSCV_29_julio.pdf
13. Veliz-Rojas L, Mendoza-Parra S, Barriga OA. Adherencia terapéutica y control de los factores de riesgo cardiovascular en usuarios de atención primaria. *Rev. Enferm Universitaria-Mex*. 2015; 12(1):3-11.
14. Pramparo P, Boissonnet C, Schargrodsky H. Evaluación del riesgo cardiovascular en siete ciudades de Latinoamérica: Las principales conclusiones del estudio CARMELA y de los subestudios. *Rev. Argent. Cardiol*. 2011; 79:377-82.
15. Váquiro Rodríguez S, Stiepovich Bertoni J. Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Cienc. enferm*. 2010; 16(2):17-24.
16. Vargas Escobar LM, Pinto Afanador N. Calidad de vida del cuidador familiar y dependencia del paciente con Alzheimer. *Av. enferm*. 2010; XXVIII (1):116-28.
17. De la Cuesta Benjumea C. El cuidado familiar: una revisión crítica. *Invest. Educ. Enferm*. 2009; 27(1):96-102.
18. Chaparro L. Cómo se construye el "vínculo especial" de cuidado entre la persona con enfermedad crónica y el cuidado familiar. *Rev. Aquichan*. 2011; 11(1):7-22.
19. Díaz Álvarez JC, Rojas Martínez MV. Cuidando al cuidador: efectos de un programa educativo. *Rev. Aquichan*. 2009; 9(1):73-92.
20. Torres Egea P, Ballesteros Pérez E, Sánchez Castillo PD, Gejo Bartolomé A. Programas, intervenciones y redes de informales en salud. Necesidad de convergencia entre los programas formales y el apoyo informal. *Nursing*. 2008; 26 (6):56-61.
21. Carro A. Factores de riesgo cardiovascular, una epidemia ¿prevenible? *CorSalud*. 2012; 4(1):1-5.
22. Acevedo M, Kramer V, Bustamante MJ, Yañez F, Guidi D, Corbalán R, et al. Rehabilitación cardiovascular y ejercicio en prevención secundaria. *Rev. Méd. Chile* 2013; 141:1307-14.
23. Vidarte Claros JA, Vélez Álvarez C, Sandoval Cuellar C, Alfonso Mora ML. Actividad Física: Estrategia de Promoción de la Salud. *Hacia la Promoc. Salud*. 2011; 16(1):202-18.
24. Becerra Martínez MM, Díaz Heredia LP. Niveles de actividad física, beneficios, barreras y autoeficacia en un grupo de empleados oficiales. *Av. enferm*. 2008; 26(2):43-50.
25. Sotto Mayor M, Sequeira C, García B. Consulta de enfermería dirigida a cuidadores informales: instrumento de diagnóstico e intervención. *Gerokomos*. [internet]. 2013 sep [citado 16 marzo 2016]; 24(3):115-9. Disponible: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2013000300004&script=sci_arttext