



REVISTA MÉDICA UNIVERSITARIA

Facultad de Ciencias Médicas - UNCuyo

Vol 13 – Nº1 – 2017
ISSN 1669-8991



Trabajo original

¿A cuántos?

Gasull Andrea*, Lascano Soledad*, Matile Carlos*, Salomon Susana^{***}, José Carena.^{***}

*Servicio de Clínica Médica. Hospital Lagomaggiore. Mendoza.

**Facultad de Ciencias Médicas – Universidad Nacional de Cuyo.

RESUMEN: A Cuantos?

Objetivo: Determinar a cuantos pacientes le realizamos prácticas recomendadas en promoción y prevención de la salud y pesquisa de enfermedades prevalentes en atención primaria.

Material y métodos: Se realizó un estudio protocolizado, descriptivo y transversal. Se usó una encuesta autoadministrada y anónima que incluyó variables sociodemográficas, años de práctica clínica, cantidad de pacientes evaluados en consultorio por semana, en ámbito público y privado. El cuestionario constaba de 24 preguntas, 6 de promoción de la salud, 4 de prevención de enfermedad y 10 de pesquisa de enfermedades prevalentes. Se preguntó sobre prescripción de fármacos, confección de recetas, derivación a otro especialista y si se acordó con el paciente una cita para control. Se utilizó una escala tipo Likert con porcentajes de realización de cada práctica que arbitrariamente consideramos como apropiadas e inapropiadas y se solicitó al profesional que reflexionara sobre su actividad de consultorio en la última semana. Se incluyeron médicos clínicos de planta y residentes de clínica médica de un hospital general de la ciudad de Mendoza, Argentina, durante el primer semestre del año 2016. Análisis estadístico: medidas de tendencia central, dispersión y Test exacto de Fisher (p significativa <0.05).

Resultados: Se encuestó a 50 médicos: 28 (56%) médicos clínicos de planta y 22 (44%) residentes. El 62% eran mujeres. La edad media de los médicos de planta fue de 48.71 años ($DS\pm 11.28$) y de los residentes, 28.14 ($DS\pm 1.52$). Los años de consultorio en promedio fueron 17.21 ($DS\pm 11.12$) para médicos de planta y 2.10 ($DS\pm 0.85$) para residentes. Los médicos de planta realizaron 2.2 ($DS\pm 0.91$) consultorios por semana en

ámbito público y 2.75 ($DS\pm 1.29$) consultorios por semana en el ámbito privado y los residentes 2.20 ($DS\pm 0.76$) y 1.50 ($DS\pm 2.83$) respectivamente. Los médicos de planta asistieron en el hospital 8.21 ($DS\pm 2.31$) pacientes por día vs 7.35 ($DS\pm 1.72$) para los residentes y en el ámbito privado 7.76 pacientes por día ($DS\pm 3.30$) vs 3.81 ($DS\pm 6.35$).

La mayoría de los profesionales no previene sobre accidentes de tránsito, no deriva a control de boca sana y no educa a gerontes para evitar caídas. Más de la mitad no proporcionó información sobre infecciones de transmisión sexual (ITS), uso de preservativos y cese de hábito tabáquico o alcohólico. La mitad realizó toma de tensión arterial, solicitó mamografía y Papanicolaou y menos de la mitad solicitó serología para VIH. Más del 90% indicó vacunación, medidas higiénico dietéticas y actividad física. En los médicos de planta se encontró diferencias significativas en los ítems de medir y pesar a los pacientes, realizar cribado de osteoporosis y patología de columna vertebral cuando correspondían ($p<0.05$). Cerca del 50% derivó a otro especialista, más del 75% prescribió un fármaco nuevo y citó a control por escrito y el 100% realizó recetas.

Conclusión: Se encuentra un déficit alarmante en las actividades de la práctica clínica, siendo llamativas en la toma de tensión arterial, prevención de accidentes de tránsito, controles ginecológicos, prevención de caídas, de ITS y cese de hábitos tóxicos. Se debería propiciar el espacio y disponer de herramientas que permitieran re-dimensionar la importancia de la promoción de la salud y de la prevención de las enfermedades.

Palabras claves: Promoción de la salud-Medicina preventiva-Atención primaria.

SUMMARY: To how many?

Objective: Determine to how many patients we carried out best practices in health promotion, prevention or investigation of prevalent diseases in primary care.

Material and methods: A protocolized,

descriptive and cross-sectional study was conducted. First, a self-administered and anonymous survey was used. It included sociodemographic variables, years of clinical practice, number of patients evaluated per

week in the doctor's office in the public and private area. Second, the questionnaire consisted of twenty four questions, six of them were of health promotion, four of disease prevention and ten of investigation of prevalent diseases. Next, we asked about drug and medical prescription, referral to another specialist and if an appointment for checking the patient was scheduled. A Likert scale was used with percentages of completion of each practice which we arbitrarily considered as appropriate and inappropriate. Moreover, the professional was requested to reflect on his office activity last week. Staff and resident clinical physicians of a general hospital in Mendoza city were included during the first semester of the year 2016. Statistical analysis: measures of central tendency, dispersion and Fisher exact test (p significant <0.05). **Results:** Fifty doctors were surveyed: twenty-eight (56%) were staff physician and twenty-two (44%) were residents. Sixty-two per cent were women. The average age of the staff physicians was 48.71 years ($SD \pm 11.28$) and 28.14 ($SD \pm 1.52$) for residents. The years of practice were 17.21 ($SD \pm 11.12$) for staff physicians and 2.10 ($SD \pm 0.85$) for residents. In the public area 2.2 ($DS \pm 0.91$) outpatient consults per week vs 2.20 ($SD \pm 0.76$) for resident physicians; in the private area staff physicians made 2.75 ($SD \pm 1.29$) vs 1.50 ($SD \pm 2.83$) for residents. At the hospital staff physicians looked after 8.21 ($SD \pm 2.31$) patients per day vs 7.35 ($SD \pm 1.72$) for residents, and 7.76 ($SD \pm 3.30$) vs 3.81

Introducción

El médico clínico es quien debe ocuparse de la salud de sus pacientes en forma integral, ya que se lo reconoce como "médico de cabecera", aunque esta tarea desde hace muchos años también es llevada a cabo por el médico de familia, quien oficia de médico de todos los integrantes del núcleo familiar y en algunos casos es apoyado por el médico comunitario, que trabaja fuertemente como médico referente de la comunidad. Este rol que el clínico sigue desempeñando le exige el manejo no sólo de la medicina interna en su conjunto para el diagnóstico y

pacientes per day ($SD \pm 6.35$) in the private area respectively.

The majority of the physicians didn't counsel about traffic accidents or control of healthy mouth, and didn't educate old people about falls. More than a half did not provide information about sexually transmitted diseases (STDs), use of barrier contraception and counseling about smoking or drinking alcohol. Only half of them measured the blood pressure, asked for a mammography and a Papanicolaou smear and less than a half requested an HIV serology. On the other hand, more than ninety per cent of the physicians indicated vaccination, hygienic measures, healthy food and exercise. Staff physicians were significantly different in terms of measuring and weighting patients, carrying out a screening of osteoporosis and vertebral column pathology when corresponded ($p < 0.05$). About fifty per cent of the physicians referred patients to another specialist; more than seventy-five per cent prescribed a new drug and made an appointment by writing, and one hundred per cent made prescriptions.

Conclusion: There is an alarming deficit in the activities of the clinical practice, specially measuring blood pressure, counseling about prevention of traffic accidents, gynecological controls, prevention of falls, STDs and cessation of toxic habits. Space should be facilitated and tools become available to re-emphasize the importance of health promotion and disease prevention.

Keywords: Health promotion - Preventive medicine - Primary care.

tratamiento de las enfermedades que sus pacientes puedan padecer, sino que también demanda que tome medidas activas de promoción de la salud, prevención de enfermedades, detección temprana de patologías prevalentes y cuando sea prudente, se ocupe de la rehabilitación de la enfermedad, e incluso de cuidados paliativos si hace falta, involucrando en todos los casos al paciente y a la familia a ocuparse de manera responsable del proceso de salud-enfermedad.

Lo relevante desde la medicina pública actual es el cambio de paradigma, pasando de centrar la atención médica en la enfermedad ya instaurada y sus secuelas, a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, lo que lleva a un mejor uso de los conocimientos y recursos disponibles, a la vez que busca mejorar la salud de toda la población.

La prevención clínica de las enfermedades se lleva a cabo implementando medidas que influyen sobre las personas y se desarrolla fundamentalmente en los consultorios médicos, en las áreas de medicina preventiva de los hospitales, o por intervenciones de los equipos de salud comunitaria. Tiene como objetivo aumentar el nivel de salud y evitar enfermedades cuya historia natural sea conocida y para las cuales se disponga de

intervenciones seguras y costo efectivas (como por ejemplo la inmunización, estrategias de cribado y la educación sanitaria).¹

Considerando el continuo desarrollo del conocimiento médico, el clínico debe estar debidamente actualizado en estos temas, para desempeñarse de acuerdo a las necesidades de la población que asiste y en cada consulta incorporar medidas de promoción y prevención de la salud.

Este trabajo se realizó con el objetivo de determinar a cuantos pacientes le realizamos prácticas recomendadas en promoción y prevención de la salud y pesquisa de enfermedades prevalentes en atención primaria en un Hospital General de la ciudad de Mendoza.

Material y métodos

Se realizó un estudio protocolizado, descriptivo y transversal. Se usó una encuesta auto administrada y anónima que incluyó variables sociodemográficas, años de práctica clínica, cantidad de pacientes evaluados en consultorio por semana en el ámbito público y privado.

El cuestionario, denominado “¿A Cuántos...?” interrogó a qué porcentaje de pacientes evaluados en ambulatorio el médico le realizó la intervención propuesta. Se consignaron preguntas de promoción de la salud, recomendaciones sobre prevención de enfermedades y pesquisa de patologías prevalentes.

Constaba de 24 preguntas:

- 6 de promoción de la salud,
- 4 de prevención de enfermedad

- 10 de pesquisa de enfermedades prevalentes.

Se preguntó sobre prescripción de fármacos, confección de recetas, derivación a otro especialista y si acordó con el paciente una cita para control.

Se utilizó una escala tipo Likert con porcentajes de realización de cada práctica que arbitrariamente consideramos como apropiadas e inapropiadas y se solicitó al profesional que para responder la encuesta reflexionara sobre su actividad de consultorio en la última semana. Se incluyeron médicos clínicos de planta y médicos residentes.

Análisis estadístico: medidas de tendencia central, dispersión y Test exacto de Fisher. Se consideró significativa $p < 0.05$.

Resultados

Se encuestaron 50 médicos: 28 médicos de planta y 22 residentes. Las características sociodemográficas se muestran en la tabla 1. Las preguntas dirigidas a promoción de la salud evaluaban si el profesional brindaba información sobre infecciones de transmisión sexual, prevención de accidentes de tránsito (a mayores de 15 años) y para evitar caídas a mayores de 65 años; si derivaba a sus

pacientes a control de boca sana; si promovía la vacunación y si indicaba por escrito ejercicio y medidas higiénico dietéticas. (Tabla 2)

Los médicos de planta en un 93% refirieron indicar vacunación y medidas higiénico dietéticas y ejercicio por escrito. Menos del 50% previene sobre caídas y deriva a control de boca sana, alrededor del 20% brinda

información sobre ITS y sólo el 3.6% previene accidentes de tránsito.

Al revisar los resultados de los residentes para estas mismas variables, se constató que más del 90% refiere indicar vacunas y medidas higiénico-dietéticas y ejercicio, menos del 20% deriva a sus pacientes a control de boca sana y previene caídas, el 30% informa sobre infecciones de transmisión sexual y el 13% sobre accidentes de tránsito.

En el subset de prevención de enfermedad se investigó: la recomendación de uso de preservativo, el consejo a los pacientes con hábito tabáquico o alcohólico para el cese de dichos tóxicos y el control ambulatorio de la presión arterial (tabla 3).

Los médicos de planta reconocen proporcionar información sobre cese tabáquico en un 70% y para el cese alcohólico en un 46%. En cuanto a la recomendación de uso de preservativo, sólo lo hace el 30% y sólo el 57% recomienda el control ambulatorio de la presión arterial, Menos de 50% de los residentes recomienda uso de preservativo y brinda estrategias para el cese alcohólico, el 50% indica el cese tabáquico y el 54% control ambulatorio de presión arterial.

El último grupo de preguntas corresponde a pesquisa de enfermedades prevalentes donde se evaluó si el médico tomaba la tensión arterial, pesaba y media a sus pacientes y si evaluaba columna vertebral en el examen físico. También se preguntó si solicitaba serología para VIH, glucemia en ayunas a pacientes con índice de masa corporal elevado, colesterolemia a los

mayores de 35 años, TSH a los mayores de 50 años, mamografía a las mujeres mayores de 45 años y Papanicolaou a las mayores de 21, y si hacía cribado de osteoporosis a mayores de 65 años (Tabla 4).

Los médicos de planta en más del 80% solicitan glucemia y colesterol, el 75% hace screening de hipotiroidismo; un 60% realiza cribado de osteoporosis, pesa y mide a sus pacientes y toma tensión arterial; alrededor del 50% solicita controles ginecológicos; el 32% solicita serología para VIH y el 22% evalúa columna vertebral.

El 100% de los residentes solicita glucemia a los pacientes con índice de masa corporal elevado; el 86% solicita TSH; el 80% colesterol. Respecto de los controles ginecológicos, el 63% solicita Papanicolaou y alrededor del 50% mamografía. El 50% solicita VIH, 32% hace cribado de osteoporosis. El 54% le toma la tensión arterial a sus pacientes, el 22% los pesa y mide y ninguno evalúa columna vertebral.

En el análisis comparativo entre médicos de planta y residentes se observó que los primeros dan información sobre caídas, derivan a consultorio de boca sana, hacen cribado de osteoporosis, pesan y miden a sus pacientes y evalúan columna vertebral más frecuentemente con diferencias estadísticamente significativas. Los residentes indican más determinación de glucemia y serología de VIH que los médicos de planta.

Cerca del 50% de todos los encuestados derivó a su paciente a otro especialista, más del 75% prescribió un fármaco nuevo y citó a control por escrito y el 100% realizó recetas médicas.

Discusión

La promoción de la salud, política y socialmente, involucra no sólo estrategias dirigidas a fortalecer habilidades y capacidades de los individuos, sino también a modificar las condiciones socio-ambientales y económicas para disminuir su impacto en la salud pública e individual.² Conceptualmente, según la carta de Ottawa³ la "promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma".

Los accidentes de tránsito graves constituyen un problema para la salud pública con consecuencias equiparables a las enfermedades cardiovasculares y al cáncer, siendo la segunda causa de muerte en los jóvenes de todo el mundo. Por año en el mundo se estima que pierden la vida 1.2 millones de personas y entre 20 y 50 millones sufren lesiones por incidentes viales. Los costos económicos que significan los accidentes viales son elevados al

considerarse la discapacidad, rehabilitación y años de vida perdidos y se estima que alcanzan el 1% del Producto Bruto Interno de los países más pobres y entre el 1.5 y 2% de los más ricos, estando prácticamente todo el costo asumido por el sector de la salud.⁴

En Argentina en 2015 fallecieron a causa de accidentes viales 7472 personas (301 en la provincia de Mendoza).⁵ Llama la atención el bajo porcentaje de médicos clínicos que en este estudio refirieron prevenir sobre accidentes de tránsito, teniendo en cuenta que las intervenciones al respecto recomendadas son de consejería en relación a no conducir cansado ni distraídos (por el teléfono celular, por ejemplo), ni bajo los efectos de estupefacientes o alcohol, el uso de cinturón de seguridad y casco y el respeto por las normas de tránsito.⁴⁶

El médico debe reconocer a los accidentes de tránsito como un problema creciente de salud pública y asumir su responsabilidad en la lucha activa contra esta epidemia de la modernidad.

Se estima que cada año se registran 357 millones de nuevos casos en el mundo de infecciones de transmisión sexual (ITS) curables en personas de entre 15 y 49 años (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, sífilis y *Trichomonas vaginalis*), sumado a los 417 millones de personas que se consideran infectadas por virus del Herpes Simple tipo 2 y 291 millones de mujeres portadoras del Virus del Papiloma Humano. Estas epidemias tienen un gran impacto en la salud de la población en relación con sus consecuencias, como las muertes fetales, infertilidad, el cáncer cervico-uterino y el riesgo de contraer VIH. Aunque el número de hombres y mujeres afectadas por las ITS prácticamente es igual, las mujeres son más vulnerables a padecer las complicaciones.⁷ Entre los medios disponibles para disminuir la incidencia de las infecciones de transmisión sexual (entre ellas el VIH) se recomienda focalizar las actividades a los grupos de población más vulnerables, promover el uso de preservativos (y suministrarlos) y estrategias de cribado de infecciones, entre ellas de VIH,⁸ para su

tratamiento oportuno a fin de evitar la progresión y las secuelas

Este estudio demostró que sólo un tercio de los médicos clínicos educa sobre ITS, menos de la mitad realiza cribado de VIH y recomienda el uso de preservativos y aproximadamente la mitad solicita Papanicolaou, encontrándose lejos de los objetivos propuestos por los organismos internacionales en este tópico.

Dentro de los grandes logros de la medicina preventiva a nivel mundial se encuentran las vacunas. Año a año, el uso de vacunas evita entre 2 y 3 millones de muertes en el mundo,⁹ aunque aproximadamente 1.5 millones de personas siguen muriendo a causa de infecciones prevenibles por vacunas.¹⁰ En lo que se refiere a inmunizaciones en los adultos, deben considerarse los grupos de riesgo, ya que el esquema de vacunación es escueto en comparación con el de los niños y adolescentes. Es importante reconocer si el paciente tiene el calendario completo y si padece factores de riesgo para enfermedades inmunoprevenibles. Los profesionales encuestados en este trabajo, manifiestan un elevado interés en este área estando por encima del 90% quienes recomiendan la vacunación a sus pacientes.

La educación alimentaria tiene como objetivos la prevención de problemas de salud relacionado con el consumo deficiente de energía y nutrientes, así como la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles donde podemos citar las cerebrovasculares, cardiovasculares, renales, diabetes, obesidad, enfermedades respiratorias crónicas y el cáncer.¹¹ Esto debe ir asociado a la prescripción de actividad física, ya que los estilos de vida sedentarios sumados a la mala alimentación constituyen una combinación ominosa para la salud.

La hipercolesterolemia, puede estar asociada a otras enfermedades, pero fundamentalmente se vincula a los estilos de vida sedentarios y con malos hábitos alimentarios. El colesterol elevado ocasiona el 4.5% del total de muertes en el mundo y una pérdida de 29.7 millones de años de vida perdidos por discapacidad.¹²

La Task Force recomienda el dosaje de colesterol a los varones mayores de 35 años, sin importar otros factores de riesgo asociados y a las mujeres mayores de 45 años con riesgo aumentado de padecer enfermedad coronaria (recomendación de grado A).¹³

Según la OMS la inactividad física se encuentra entre los 10 principales factores de riesgo de muerte a nivel mundial, ocupando los primeros puestos entre los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles como la obesidad, las cardiovasculares y el cáncer. En este punto cabe aclarar que la definición de actividad física implica todo movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que implica consumo de energía y que se desarrolla en cualquier ámbito (al trabajar, jugar, hacer tareas domésticas o recreativas). No debe confundirse con el ejercicio físico que es un subtipo de actividad física que se planea, está estructurada, es repetitiva y tiene como objetivo mejorar o mantener uno o más componentes del estado físico.¹⁴

La actividad física —tanto moderada como intensa— es beneficiosa para la salud. Las recomendaciones actuales para mayores de 18 años son realizar actividad física moderada durante 180 minutos por semana. La actividad física regular y en niveles adecuados mejora el estado muscular y cardiorrespiratorio, la salud ósea (reduce el riesgo de caídas y de fracturas vertebrales o de cadera), es fundamental para el equilibrio energético y el control de peso y reduce el riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer de mama y colon y depresión.¹⁴

Desde el consultorio intervenciones simples como proponerle al paciente caminar o ir en bicicleta al trabajo puede ser suficiente para comenzar a modificar el hábito sedentario, sin la necesidad de invertir dinero en clubes o gimnasios. En este punto los médicos encuestados parecen comprometidos ya que más del 90% refirieron indicar medidas higiénico dietéticas y ejercicio. Consideramos que esta práctica debe prescribirse y jerarquizarse dentro de la consulta médica.

Cada año fallecen aproximadamente 3.4 millones de personas debido a exceso de peso. La obesidad juega un rol protagónico como factor de riesgo de otras enfermedades crónicas como la diabetes, la cardiopatía isquémica y algunos tipos de cánceres.¹² Las enfermedades relacionadas a la nutrición en nuestro país han cambiado en los últimos años en consonancia con lo que sucede en el resto del mundo y actualmente la obesidad ha sobrepasado a la desnutrición como problema de salud pública.

La causa fundamental del exceso de peso es el desequilibrio energético que se produce por la ingesta de alimentos hipercalóricos en combinación con una disminución del gasto calórico producido por el sedentarismo. Para determinar el estado nutricional de un paciente en el consultorio sólo se requiere pesarlo y medirlo ya que con el índice de masa corporal podremos categorizarlo y definir su estado nutricional.

En la Tercera Encuesta Nacional sobre Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles, publicada en julio de 2015 se precisó que la prevalencia de sobrepeso es de 37.1% y la de obesidad del 20.8% (un 15% mayor que en 2009) ambas predominan en los hombres y aumentan con la edad.¹²

Relacionado a los estilos de vida debemos mencionar a la diabetes como una de las enfermedades no trasmisibles que ha experimentado mayor crecimiento a nivel mundial en los últimos años. Según las estimaciones de la OMS, 422 millones de adultos en el mundo padecían diabetes en 2014, representando el 8.5% de la población adulta.¹⁵

Se considera que para esta enfermedad la clave está en el manejo de los factores de riesgo (obesidad y sedentarismo) y el diagnóstico precoz, por lo que los médicos que hacen atención primaria deben poder acceder a estudio sencillos como determinaciones de glucemia.

En el presente estudio se comprobó que los médicos más experimentados realizan más la práctica semiológica de pesar y medir a los pacientes que los más jóvenes, aunque estos últimos realizan más cribado de diabetes a los pacientes con sobrepeso.

Si hablamos de enfermedades no transmisibles en el adulto no podemos dejar de mencionar a la hipertensión arterial (HTA). Según datos de la OMS de 2013 en el mundo hay más de 1000 millones de personas hipertensas. La medición de la presión arterial constituye una práctica preventiva importante para la detección de pacientes que podrían beneficiarse de modificaciones en los estilos de vida o uso de medicación para reducir el riesgo cardiovascular asociado a la HTA. En la última Encuesta Nacional sobre factores de riesgo para enfermedades no transmisibles se comprobó que las personas que tienen cobertura médica se controlan más frecuentemente la tensión arterial que aquellos que sólo se atienden en el sector público.¹²

El monitoreo ambulatorio de la presión arterial constituye una técnica muy adecuada para el correcto manejo de la HTA en la práctica clínica. Es útil para el diagnóstico correcto de la HTA, de la hipertensión de guardapolvo blanco y de la hipertensión enmascarada, y para el diagnóstico del efecto de guardapolvo blanco y ayuda a la elección y titulación de drogas antihipertensivas. Como inconvenientes en su aplicación se pueden mencionar que el paciente o su cuidador deben estar capacitados para realizar una correcta medida de la tensión arterial y los equipos utilizados debidamente calibrados.¹⁶

Un hecho llamativo es que alrededor del 50% de los encuestados reconoce no medir la tensión arterial a sus pacientes en forma rutinaria. Se conoce que la medición correcta de la presión arterial es un prerrequisito esencial para el diagnóstico y el seguimiento de los pacientes con hipertensión. De ahí la necesidad del entrenamiento y certificación de quienes miden la presión arterial, de la calibración periódica de los instrumentos de medición y de la existencia de una infraestructura para ello.

La evaluación de la tensión arterial en personas que acuden a controles periódicos de salud forman parte de una oportunidad única que no debe ser perdida ni desaprovechada para el diagnóstico de HTA, una de las enfermedades con mayor

prevalencia y más alta carga de morbimortalidad en el mundo. Numerosos estudios han recomendado la evaluación periódica del paciente con hipertensión a fin de que se valoraren sus estilos de vida, se identifiquen otros factores de riesgo cardiovascular o enfermedades concomitantes que pudieran afectar el tratamiento, se busquen causas secundarias de HTA y que se determine su repercusión sobre los órganos blanco. Es un objetivo claramente definido a nivel de salud pública lograr a través de diversas estrategias, la reducción de la morbilidad y de la mortalidad cardiovascular y renal, y hacia este punto deben encaminarse todos los esfuerzos.

En la Argentina mueren 40.000 personas por año por enfermedades relacionadas al tabaco. La prevalencia de tabaquismo en Argentina se encuentra en descenso desde el 2005. Actualmente la prevalencia entre los varones es cercana al 30% y en las mujeres del 20%. Los datos de 2015 publicados por el Ministerio de Salud de la Nación son llamativos respecto a que el 50% de los fumadores reconoció haber pensado en dejar de fumar durante el último mes a causa de las imágenes que se imprimen en las cajetillas de cigarrillos.¹² En este estudio entre el 50 y el 70% de los médicos refiere dar pautas para el cese tabáquico.

A nivel mundial el uso nocivo del alcohol causa aproximadamente 3,3 millones de muertes por año, lo que representa el 5,9% de todas las muertes, mientras que el 5,1% de la carga mundial de morbilidad es atribuible al consumo de esta sustancia. En nuestro continente el consumo promedio de alcohol per cápita es superior al promedio mundial.

Si bien la relación entre el consumo de alcohol y la salud es compleja, la evidencia demuestra que el abuso de alcohol es la principal causa de traumatismos involuntarios, de trastornos neuropsiquiátricos, depresión y malnutrición. Además, actúa como factor de riesgo para enfermedades hepáticas, cardiovasculares, algunos cánceres, anemia y alteraciones en el funcionamiento sexual.

El patrón de consumo también influye en el daño que el alcohol produce. En América Latina se consume grandes cantidades de alcohol en forma episódica e intensa.

La prevalencia del consumo de alcohol episódico excesivo a nivel nacional en la Encuesta de Factores de Riesgo para Enfermedades No transmisibles, en 2015 fue de 10,4% (en aumento respecto a cifras de 2009). Quienes consumen más alcohol son los varones y los más jóvenes, siendo este un factor de riesgo importante para los accidentes viales.¹²

En este tema es fundamental la intervención del médico, tanto para motivar a sus pacientes jóvenes a evitar el consumo riesgoso de alcohol como también para acompañar y ayudar a sus pacientes mayores que ya tienen consumos problemáticos o poliadicciones a superar estas enfermedades. En nuestro trabajo alrededor del 50% de los médicos reconoce hacer intervenciones con sus pacientes destinadas al cese alcohólico.

Como sabemos a nivel global, el cáncer constituye una de las principales causas de muerte en el mundo. Por ejemplo, en Argentina, el cáncer colorrectal se encuentra entre los más prevalentes. En mujeres, el cáncer de mama (20,4%) y el cáncer de cuello de útero (9,4%) son la primera y segunda causa de muerte por tumores malignos respectivamente. Se recomienda en la población general, la realización de mamografía cada dos años en mujeres asintomáticas de entre 50 y 70 años, la realización de PAP en mujeres de 25 a 65 años y el tamizaje de cáncer de colon en adultos de 50 a 75 años.^{17, 18, 19}

Respecto a las estrategias de promoción y prevención dirigidas al adulto mayor, las caídas suelen ser un problema a considerar. Éstas no sólo se producen por alteraciones músculo-esqueléticas, sino también por otras situaciones que se relacionan con la vejez como las alteraciones del equilibrio, la disminución de la visión, el enlentecimiento de los reflejos para corregir los movimientos y los efectos adversos de los múltiples fármacos que consumen.

Las caídas constituyen la segunda causa de muerte mundial por lesiones accidentales no

intencionales. Los mayores de 65 años son el grupo etéreo con mayor riesgo para sufrir caídas mortales.²⁰ Aquí las estrategias deben estar dirigidas a identificar el riesgo de caídas y cuáles son sus determinantes, promover la actividad física para el fortalecimiento muscular y mejorar la resistencia ósea, sugerir ambientes despejados en la vivienda con buena iluminación y evaluar periódicamente los fármacos que el paciente usa.

En este estudio los médicos encuestados tienen regular desempeño al respecto, siendo los médicos de planta los que hacen recomendaciones con más frecuencia.

Desde 1946 cuando Sigerist usó por primera vez el término promoción de la salud, los campos de la promoción y la prevención de salud han ocupado un papel preponderante en el logro de mejores condiciones de salud.

Durante las últimas décadas la prevención y promoción de la salud se han desarrollado como armas fundamentales, tanto como medidas correctivas orientadas a restablecer los lazos existentes entre salud y bienestar social como también en el desarrollo de calidad de vida colectiva e individual. En este contexto, la actitud del personal de salud hacia estos conceptos resulta fundamental. Si bien los hábitos de la buena práctica clínica se forman en diversos ámbitos, en especial durante la formación de posgrado, es una prioridad trabajar en las actitudes de sostener tanto en la formación, la capacitación y el perfeccionamiento como profesionales de la salud, el compromiso con una medicina centrada en la salud a través de la práctica cotidiana.²¹

Conclusión

Se encuentra un déficit alarmante en las actividades de la práctica clínica, siendo llamativas en la toma de tensión arterial, prevención de accidentes de tránsito, controles ginecológicos, prevención de caídas, de ITS y cese de hábitos tóxicos. Se debería propiciar el espacio y disponer de herramientas que permitieran re-dimensionar la importancia de la promoción de la salud y de la prevención de las enfermedades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carrada-Bravo T. Prevención de las enfermedades en la práctica clínica. Avances recientes y perspectivas. Rev Inst Nal Enf Resp Mex 2000;13(1):51-62.
2. Carbonetti M, Brunazzo, Federico Suchowolski E, Conte E, et al. Manual Salud Comunitaria I-2016 [Internet]. Universidad Nacional de Córdoba; 2016. Disponible en <http://saludcomunitaria.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2012/06/Manual-Salud-Comunitaria-1-2016.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ginebra: OMS; 1986.
4. Asamblea General de la AMM. Declaración de la AMM sobre los Accidentes de Tránsito. Pilanesberg, Sudáfrica;2007.
5. Luchemos por la vida. Muertos en Argentina durante 2015 [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.luchemos.org.ar/es/estadisticas/muertosanuales/muertosarg2015>
6. Ministerio de Salud de la Nación. Prevención de accidentes viales [Internet]. Disponible en:http://www.msal.gov.ar/viajeros/index.php?option=com_content&view=article&id=399&Itemid=32
7. OMS. Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016-2021. Hacia el fin de las ITS [Internet]. 2016. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250253/1/WHO-RHR-16.09-spa.pdf>
8. Steen R, Wi TE, Kamali A, Ndowa F. Boletín de la Organización Mundial de la Salud Control de las infecciones de transmisión sexual y prevención de la transmisión del VIH. 2009;87:805-884.
9. Bustreo F, Kieny M-P. Las vacunas: un éxito para la salud mundial que nos mantiene alerta [Internet]. OMS; 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/commentaries/vaccines/es/>
10. Okwo-Bele J-M. Juntos podemos cerrar las brechas en inmunización [Internet].OMS;2015. Disponible en:<http://www.who.int/mediacentre/commentaries/vaccine-preventable-diseases/es/>
11. Ministerio de Salud de la Nación. Guías Alimentarias para la Población Argentina. Buenos Aires;2016.
12. Ministerio de Salud de la Nación. Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles. Primera edición. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, Instituto Nacional e Estadísticas y Censos; 2015.
13. US Preventive Service Task Force. The Guide to Clinical Preventive Services. 2014
14. Una guía de enfoques basados en población para incrementar los niveles de actividad física. OMS[Internet]; 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/es/>
15. OMS. Informe Mundial sobre la Diabetes. Resumen de orientación; 2016. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf
16. Sociedad Andaluza de Medicina de Familia. Manual de Hipertensión Arterial en la práctica clínica de atención primaria; 2006
17. Organización mundial de la salud. Cáncer de mama, prevención y control. Disponible en <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index3.html>.
18. Instituto Nacional del Cáncer. Ministerio de Salud de la Nación. Boletín INC n°5. Cancer de mama. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/inc/index.php/comunicacion/boletines.://doctorvazquez.es/pdf/capitulos_libros/Conservacion_o_reconstruccion_como_tratamiento_del_cancer_de_mama_en_estadios_iniciales.pdf
19. International Agency for Research on Cancer. World cancer report 2008. Disponible en <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/> International Agency for Research on Cancer.
20. OMS. Caídas; 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>
21. Gómez M. Conceptos básicos en promoción de la salud. Agencia Canadiense de desarrollo internacional. Teoría y guía práctica para la promoción de la salud. Montreal: Universidad de Montreal; 1995.

ANEXO TABLAS

Tabla 1: Características Sociodemográficas

	Médicos de Planta N= 28	Médicos Residentes N=22
Género Femenino n (%)	18 (64.29)	13 (59.09)
Edad (DS±)	48.71 (11.28)	28.14 (1.52)
Años de consultorio (DS±)	17.21 (11.12)	2.10 (0.85)
Consultorios/semana público (DS±)	2.2 (0.91)	2.20 (0.76)
Consultorios/semana privado (DS±)	2.75 (1.29)	1.50 (2.83)
Pacientes/día público (DS±)	8.21 (2.31)	7.35 (1.72)
Pacientes/día privado (DS±)	7.76 (3.30)	3.81 (6.35)

Tabla 2: Promoción de la salud

	Médicos de planta N=28	Médicos residentes N=22	P
Información sobre ITS n (%)	6 (21.43)	7 (31.82)	0.30
Información sobre accidentes n (%)	1 (3.57)	3(13.64)	0.21
Derivación a control de boca sana n (%)	12 (42.86)	4 (18.18)	0.05
Información sobre caídas n (%)	13 (46.43)	4 (18.18)	0.035
Vacunación n (%)	26 (92.86)	20 (90.91)	0.60
Medidas higiénico-dietéticas y ejercicio por escrito n (%)	26 (92.86)	21 (95.45)	0.59

ITS: infección de transmisión sexual

Tabla 3: Prevención de enfermedad

	Médicos de planta N=28	Médicos residentes N=22	P
Control ambulatorio de tensión arterial n (%)	16 (57.14)	12 (54.55)	0.54
Información para cese tabáquico n (%)	20 (71.43)	11 (50)	0.10
Información para cese de alcohol n (%)	13 (46.43)	7 (31.82)	0.22
Sugerir uso de preservativos n (%)	8 (29.63)	10 (45.45)	0.19

Tabla 4: Pesquisa de enfermedades prevalentes

	Médicos de planta N=28	Médicos residentes N=22	P
Tomar la tensión arterial. n (%)	17 (60.71)	12 (54.55)	0.43
Solicitar serología para VIH. n (%)	9 (32.14)	11 (50)	0.16
Pesar y medir a los pacientes. n (%)	17 (60.71)	6 (27.27)	0.018
Solicitar glucemia en ayunas a pacientes con IMC elevado. n (%)	23 (82.14)	22 (100)	0.046
Solicitar mamografía a mujeres mayores de 45 años. n (%)	14 (51.85)	12 (54.55)	0.54
Solicitar Papanicolaou a mujeres mayores de 21 años. n (%)	15 (53.57)	14 (63.64)	0.33
Evaluar columna vertebral. n (%)	6 (22.22)	0	0.02
Realizar cribado de osteoporosis a mujeres mayores de 65 años. n (%)	17 (60.71)	7 (31.82)	0.039
Solicitar dosaje de colesterol a mayores de 35 años. n (%)	23 (85.19)	17 (80.95)	0.49
Dosaje de TSH a mayores de 50 años. n (%)	21 (75)	19 (86.36)	0.26

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana. IMC: Índice de Masa Corporal.