

ATENCIÓN FAMILIAR

Órgano de difusión científica de la Subdivisión de Medicina Familiar
División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México

Aten. Fam. Volumen 20 no. 3 julio-septiembre, 2013

Artículos originales

Frecuencia de factores de riesgo para cáncer de mama en una unidad de atención primaria

Frecuencia de “riesgo elevado de desarrollar diabetes” en pacientes de una clínica de medicina familiar

Prevalencia de disfonías funcionales en docentes argentinos

Frecuencia, factores de riesgo y tipos de violencia intrafamiliar en un grupo de mujeres de una clínica de medicina familiar en la ciudad de México

Prácticas de autoatención en pacientes de los tres niveles de atención en instituciones de salud de México



Identifique el caso

Artículo de revisión

¿Cómo ayuda la medicina basada en evidencias en la práctica clínica?

PREMIO *HONORIS CAUSA* 2013 **ATENCIÓN FAMILIAR** PREMIO *HONORIS CAUSA* 2013 PREMIO *HONORIS CAUSA* 2013

OTORGADO POR EL
COLEGIO MEXICANO DE MEDICINA FAMILIAR, A.C.



<http://www.fmposgrado.unam.mx>
<http://www.revistas.unam.mx>
Registrada en:
LATINDEX, <http://www.latindex.org>
PERIÓDICA,
<http://www.dgbiblio.unam.mx>
IRESIE, <http://www.iisue.unam.mx/iresie>

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Dr. José Narro Robles
Rector

Dr. Eduardo Bárzana García
Secretario General

Ing. Leopoldo Silva Gutiérrez
Secretario Administrativo

Dr. Francisco José Trigo Tavera
Secretario de Desarrollo Institucional

FACULTAD DE MEDICINA

Dr. Enrique Luis Graue Wiechers
Director

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán
Secretaria General

Dr. Jaime Mas Oliva
Jefe de la División de Investigación

Dr. Melchor Sánchez Mendiola
Secretario de Educación Médica

Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg
Secretario de Enseñanza Clínica,
Internado y Servicio Social

Dr. Ricardo Valdivieso Calderón
Secretario de Servicios Escolares

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

Dr. Pelayo Vilar Puig
Jefe de la División de Estudios de Posgrado

Dr. José Antonio Carrasco Rojas
Secretario Académico

Dr. Carlos Lavalle Montalvo
Jefe de la Subdivisión
de Especializaciones Médicas

Dr. Julio Cacho Salazar
Jefe de la Subdivisión de Educación Continua

Dr. Francisco Javier F. Gómez Clavelina
Jefe de la Subdivisión de Medicina Familiar

ATENCIÓN FAMILIAR

Dr. Arnulfo Irigoyen Coria
Editor

Dr. Raúl Ariza Andraca
Dr. José Rubén Quiroz Pérez
Coeditores

Lic. Lilia Aurora Arévalo Ramírez
Coordinadora Editorial

Lic. Mónica Álvarez Ramírez
Asistente editorial

Dr. David Cortés Álvarez
Diseñador

Comité Editorial

Dr. Javier Domínguez del Olmo (México)
Dr. Carlo Alberto Frati Munari (México)
Dra. Carmen García Peña (México)
Dr. Carlos Roberto Jaen (EE.UU.)
Dra. María Eugenia Ponce de León (México)
Dr. José Saura Llamas (España)

Traducción y corrección de estilo en inglés
Lic. Patricia A. Arévalo Ramírez

Traducción y corrección de estilo en portugués
Dr. Pablo González Blasco (Brasil)

Atención Familiar

Se distribuye en su domicilio mediante suscripción anual (cuatro números).

Si desea suscribirse mande correo electrónico a:

atencionfamiliar@fmposgrado.unam.mx

para enviarle ficha de depósito con referencia; posteriormente envíe sus datos completos y copia de depósito bancario (ambos lados).

Informes a: (01 55) 56 23 72 74

Datos:

*Nombre, calle y número exterior e interior,
colonia, código postal, ciudad, estado
Teléfono particular, celular, y de trabajo
Correo electrónico y especialidad*

Costo:

\$ 300.00 nacional
\$35.00 US DL extranjeros

Atención Familiar vol. 20, no. 3, julio-septiembre de 2013, trimestral. Editada por la Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad Universitaria, delegación Coyoacán, C.P. 04510, México, D.F., a través de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado, edificio G, segundo nivel, Circuito de Posgrados, Centro Cultural Universitario, Ciudad Universitaria, delegación Coyoacán, C.P. 04510, México, DF, tel: 01(55) 56 23 72 74, atencionfamiliar@fmposgrado.unam.mx. Editor responsable: Dr. Arnulfo Irigoyen Coria. Número de certificado de reserva de derechos al uso exclusivo del título: 04-2003-121914243800-203, ISSN digital en trámite. Responsable de la última actualización de este número: Lic. Lilia A. Arévalo Ramírez, Ciudad Universitaria, delegación Coyoacán, México, D.F., C.P. 04510. Fecha de última modificación: 26 de junio de 2013, www.fmposgrado.unam.mx, www.revistas.unam.mx. Los artículos contenidos en esta publicación pueden reproducirse citando la fuente. Las opiniones expresadas en los artículos firmados que se publican en *Atención Familiar* son responsabilidad de sus autores. "El Comité Editorial se reserva el derecho de realizar las adecuaciones pertinentes a los artículos."

ATENCIÓN FAMILIAR

Órgano de difusión científica de la Subdivisión de Medicina Familiar
División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM



Aten. Fam. Volumen 20 no. 3 julio-septiembre, 2013

<http://www.fmposgrado.unam.mx>
<http://www.revistas.unam.mx>



Contenido

EDITORIALES

- 67** • PREMIO HONORIS CAUSA 2013 PARA ATENCIÓN FAMILIAR
Mónica Álvarez Ramírez
- 69** • PROPUESTA PARA ACTUALIZAR LAS POLÍTICAS DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS DE EDAD EN MÉXICO
Felipe de Jesús García-Pedroza, Javier de la Fuente-Rocha, Arnulfo Irigoyen-Coria, Yolanda Rebeca Peñaloza-López
- 71** • LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR: UN PROBLEMA PRIORITARIO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
Esther González-Alexander, Efrén R. Ponce-Rosas

ARTÍCULOS ORIGINALES

- 73** • FRECUENCIA DE FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER DE MAMA EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA
Carlos Daniel Guerra-Castañón, Maricarmen Ávalos-de la Tejera, Brian González-Pérez, Ricardo Salas-Flores, María Lucero Sosa-López
- 77** • FRECUENCIA DE “RIESGO ELEVADO DE DESARROLLAR DIABETES” EN PACIENTES DE UNA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
Evelia Ortiz-Contreras, Laura E. Baillet-Esquivel, Efrén R. Ponce-Rosas, Laura E. Sánchez-Escobar, Guadalupe Santiago-Baena, Silvia Landgrave-Ibáñez
- 81** • PREVALENCIA DE DISFONÍAS FUNCIONALES EN DOCENTES ARGENTINOS
Marcela Agostini-Zampieron, Consuelo Barlatey-Frontera, María Florencia Barlatey-Frontera, Adriana Arca-Fabre
- 86** • FRECUENCIA, FACTORES DE RIESGO Y TIPOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN UN GRUPO DE MUJERES DE UNA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR EN LA CIUDAD DE MÉXICO
Esther González-Alexander, Efrén R. Ponce-Rosas, Silvia Landgrave-Ibáñez, Laura E. Baillet-Esquivel, Silvia Munguía-Lozano, Omar Jáuregui-Jiménez
- 91** • PRÁCTICAS DE AUTOATENCIÓN EN PACIENTES DE LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN EN INSTITUCIONES DE SALUD DE MÉXICO
Omar Fernando Ramírez-de la Roche, Alicia Hamui-Sutton, Ruth Fuentes-García, Rebeca Aguirre-Hernández

IDENTIFIQUE EL CASO

- 96** • ENFERMEDAD DE OSGOOD-SCHLATTER
Wendy Lea Chacón-Pizano, Oliva Mejía-Rodríguez, Aquiles Antonio-Valdiviezo

ARTÍCULO DE REVISIÓN

- 98** • ¿CÓMO AYUDA LA MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA?
Victor Hugo Olmedo-Canchola

ATENCIÓN FAMILIAR

Scientific Journal of the Family Medicine
 Corpo de divulgação científica de medicina familiar
 División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM



Aten. Fam. Volume 20 no. 3 july-september, 2013
 Aten. Fam. Volume 20 no. 3 julho-setembro, 2013

<http://www.fmposgrado.unam.mx>
<http://www.revistas.unam.mx>



Content Conteúdo

EDITORIAL / EDITORIAL

- 67** • 2013 HONORIS CAUSA AWARD TO **ATENCIÓN FAMILIAR**
 • PRÊMIO HONORIS CAUSA 2013 PARA **ATENCIÓN FAMILIAR**
 Mónica Álvarez Ramírez
- 69** • PROPOSAL TO UPDATE INTEGRAL CARE POLICIES IN HEALTH OF PEOPLE OLDER THAN 65 YEARS IN MEXICO
 • PROPOSTA DE ATUALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE INTEGRAL PARA AS PESSOAS COM MAIS DE 65 ANOS DE IDADE NO MÉXICO
 Felipe de Jesús García-Pedroza, Javier de la Fuente-Rocha, Arnulfo Irigoyen-Coria, Yolanda Rebeca Peñaloza-López
- 71** • DOMESTIC VIOLENCE: A PRIORITY PROBLEM OF PRIMARY CARE
 • VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: UM PROBLEMA PRIORITÁRIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
 Esther González-Alexander, Efrén R. Ponce-Rosas

ORIGINAL ARTICLES / ARTIGOS ORIGINAIS

- 73** • RISK FACTORS FREQUENCY FOR BREAST CANCER IN A PRIMARY HEALTH CARE UNIT
 • FREQUÊNCIA DE FATORES DE RISCO PARA CÂNCER DE MAMA EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
 Carlos Daniel Guerra-Castañón, Maricarmen Ávalos-de la Tejera, Brian González-Pérez, Ricardo Salas-Flores, María Lucero Sosa-López
- 77** • FREQUENCY OF "HIGH RISK OF DEVELOPING DIABETES" IN PATIENTS ATTENDING A FAMILY MEDICINE CLINIC
 • FREQUÊNCIA DE "ALTO RISCO DE DESENVOLVER DIABETES" EM PACIENTES DE UMA CLÍNICA DE MEDICINA DE FAMÍLIA
 Evelia Ortiz-Contreras, Laura E. Baillet-Esquivel, Efrén R. Ponce-Rosas, Laura E. Sánchez-Escobar, Guadalupe Santiago-Baena, Silvia Landgrave-Ibáñez
- 81** • PREVALENCE OF FUNCTIONAL DYSPHONIA IN TEACHERS FROM ARGENTINA
 • PREVALÊNCIA DE DISFONIA FUNCIONAL EM PROFESSORES ARGENTINOS
 Marcela Agostini-Zampieron, Consuelo Barlatey-Frontera, María Florencia Barlatey-Frontera, Adriana Arca-Fabre
- 86** • FREQUENCY, RISK FACTORS, AND TYPES OF DOMESTIC VIOLENCE IN A GROUP OF WOMEN FROM A FAMILY MEDICINE CLINIC IN MEXICO CITY
 • FREQUÊNCIA DE FATORES DE RISCO E TIPOS DE VIOLÊNCIA FAMILIAR NUM GRUPO DE MULHERES NUMA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR NA CIDADE DO MÉXICO
 Esther González-Alexander, Efrén R. Ponce-Rosas, Silvia Landgrave-Ibáñez, Laura E. Baillet-Esquivel, Silvia Munguía-Lozano, Omar Jáuregui-Jiménez
- 91** • SELF-CARE PRACTICE IN PATIENTS FROM THE THREE LEVELS OF PRIMARY CARE IN HEALTH INSTITUTIONS OF MEXICO
 • PRÁTICA DE AUTO-CUIDADO EM PACIENTES DOS TRÊS NÍVEIS DE ATENÇÃO EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE NO MÉXICO
 Omar Fernando Ramírez-de la Roche, Alicia Hamui-Sutton, Ruth Fuentes-García, Rebeca Aguirre-Hernández

IDENTIFY A CASE / IDENTIFIQUE EL CASO

- 96** • OSGOOD-SCHLATTER DISEASE
 • ENFERMEDAD DE OSGOOD-SCHLATTER
 Wendy Lea Chacón-Pizano, Oliva Mejía-Rodríguez, Aquiles Antonio-Valdiviezo

REVIEW ARTICLE / ARTIGO DE REVISÃO

- 98** • HOW DOES MEDICINE BASED ON EVIDENCE HELP IN CLINICAL PRACTICE?
 • COMO AUXILIA A MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS NA PRÁTICA CLÍNICA?
 Víctor Hugo Olmedo-Canchola

Premio *Honoris Causa* 2013 para **Atención Familiar**

2013 *Honoris Causa Award to Atención Familiar* *Prêmio Honoris Causa 2013 para Atención Familiar*

En el XXV Congreso Nacional y II Congreso Estatal de Medicina Familiar, celebrado en Tampico, Tamaulipas, del 16 al 18 de mayo del presente año, se otorgó el premio: Colegio Mexicano de Medicina Familiar *Honoris Causa* 2013 a la revista **Atención Familiar**, debido a que “ha contribuido de manera importante durante cuatro lustros al desarrollo de la medicina familiar en México”. El galardón lo recibió su editor, el doctor Arnulfo Irigoyen Coria, de manos de la doctora Rosa del Carmen Ávila Ramírez, presidenta del Colegio Mexicano de Medicina Familiar, A.C. (CMMF), quien enfatizó que la revista también tenía merecido este reconocimiento por ser un órgano de difusión científica en medicina familiar que ha apoyado durante mucho tiempo al CMMF y sus congresos nacionales. Toda la comunidad ahí presente se unió al júbilo por tan valiosa distinción.

Atención Familiar, a lo largo de 20 años y más de cien números publicados, se ha consolidado como una referencia importante en el campo de la medicina familiar y como un medio eficaz de difusión científica; está dirigida a médicos familiares y generales y a profesionales de la salud de otras áreas relacionadas con la atención primaria; se distribuye en diversas instituciones de salud y educativas de todo México y de 16 países latinoamericanos, España e Israel, y a un gran número de suscriptores, tanto en formato impreso como digital, con un tiraje de 3 000 ejemplares; cada día aumentan los registros de citas bibliográficas para artículos publicados en ella.

Su trayectoria ha sido vasta y notable: fue gestada en el Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), a iniciativa del entonces jefe del departamento, el doctor Juan José Mazón Ramírez, como un órgano informativo llamado **Boletín Médico Familiar**, suplemento de la *Gaceta de la Facultad de Medicina* de la UNAM, siendo el doctor Arnulfo Irigoyen Coria su primer editor. El **Boletín** comenzó a publicarse en septiembre de 1993, bimestralmente; con el paso del tiempo, fueron cambiando y agregándose varias secciones, y también el formato tuvo diversas modificaciones, todo ello con el propósito de ajustar la publicación a las cambiantes necesidades de la disciplina, siempre buscando el mayor interés y provecho para los lectores. En el año 2000 obtuvo el Derecho al Uso Exclusivo del Título y el *International Standard Serial Number* (ISSN), por lo que cambió su nombre al de **Atención Familiar**, siendo aún bimestral. En 2003, se registra en los índices LATINDEX y PERIÓDICA. Desde 2007 se empiezan a publicar artículos originales, y **Atención Familiar** pasa de ser



un órgano informativo y de revisión a ser una revista de difusión científica. Es a partir de 2010 cuando adquiere el formato que conserva hasta hoy, ahora con periodicidad trimestral (cuatro números al año).

Una parte fundamental de cualquier revista es el equipo que hace posible su publicación. En **Atención Familiar** han sido muchas personas las que han participado en este relevante proyecto y han contribuido de diversas formas a enriquecerlo; sin embargo, cabe destacar el trabajo de los doctores Juan José Mazón Ramírez, editor de esta publicación por algunos años; Arnulfo Irigoyen Coria, quien ha formado parte esencial de ella además como editor asociado y coeditor; Miguel Ángel Fernández Ortega, jefe del Departamento de Medicina Familiar (de 1995 a 2008) y editor de la misma; Francisco Gómez Clavelina, quien desde 2009 es jefe de la ahora Subdivisión de Medicina Familiar (antes Departamento de Medicina Familiar), y tuvo los cargos de editor ejecutivo y coeditor; José Rubén Quiroz Pérez, director de la

revista en el año 2010 y actual coeditor; Raúl Ariza Andraca, coeditor desde el año 2011; Carlos Lavalle Montalvo, quien desempeñó los cargos de editor ejecutivo y coeditor; así como la licenciada Lilia A. Arévalo Ramírez, coordinadora editorial desde el año 1993, cuando se fundó la publicación.

Nos parece importante concluir con las palabras que pronunció el entonces director de la Facultad de Medicina, el doctor Juan Ramón de la Fuente, aquel septiembre de 1993, en torno a la aparición del **Boletín Médico Familiar**: *Debe ser un foro de discusión y análisis de los problemas de la medicina familiar en México y, mejor aún, espacio propositivo para que los especialistas en esta área se comuniquen entre sí y se conozcan mejor; para que los jóvenes estudiantes de medicina perciban al campo de la medicina familiar como uno que está lleno de vitalidad y dinamismo, tratando de reconstituirse a sí mismo, en busca de la excelencia académica y del reconocimiento institucional y social...*

Mónica Álvarez Ramírez

Editorial

Propuesta para actualizar las políticas de atención integral a la salud en personas mayores de 65 años de edad en México

Proposal to Update Integral Care Policies in Health of People Older than 65 Years in Mexico *Proposta de atualização das políticas de saúde integral* *para as pessoas com mais de 65 anos de idade no México*

Felipe de Jesús García-Pedroza,* Javier de la Fuente-Rocha,** Arnulfo Irigoyen-Coria,* Yolanda Rebeca Peñaloza-López***

Diagnóstico situacional de las políticas y los programas para la atención integral de personas mayores en México.

México, al igual que muchos países en el mundo, participa de la urgente necesidad de fortalecer un modelo de atención médica integral para las personas mayores de 65 años. Esta exigencia se ha convertido en una demanda social de atención médica de calidad que obedece a múltiples causas; una de las más relevantes se refiere al aumento constante de la esperanza de vida al nacer. Es importante señalar que la velocidad de envejecimiento en México muestra un aceleramiento que tenderá a igualar en pocos años lo que en Europa se produjo durante más de un siglo, de modo que se trata de un problema de salud pública prioritario.

La información censal y las actuales estimaciones de población reportan un incremento constante de la población de personas mayores de 65 años para el periodo 1970-2050 (figura 1). En el 2010 se contaron 3 790 130 mujeres y 3 250 380 hombres, mientras que para el 2050 se estiman 15 582 700 en el caso de las primeras y 13 128 000 en el de los segundos. De 2010 a 2050, el número de mujeres aumentará 24.3% y el de hombres 24.8%.¹

Las condiciones de salud de las personas mayores de 65 años reflejan tanto las enfermedades adquiridas en etapas tempranas como aquellas recientemente padecidas. Hay que apuntar que la mayor demanda de los servicios de salud en consulta y también en hospitalización es aquella generada por la población de la tercera edad. González y col.¹ señalan que: “El estado de salud empieza a mermar conforme avanza la edad; el porcentaje de población del grupo de 50-64 que presenta un estado

de salud bueno es 70.3%; el de 65-74 es 58.9%, y menos de la mitad, 43.2%, en el grupo de 75 y más (...) el envejecimiento patológico es el más preocupante pues afecta al 7.1%”.

Por razón natural, las enfermedades con evolución crónica son las que requieren mayor atención y mayor inversión de recursos humanos y financieros. Al respecto se tienen identificadas enfermedades de alta prevalencia como hipertensión arterial (35.6%), *Diabetes mellitus* (17.5%), enfermedades del corazón (10%), insuficiencia renal (2.1%) y cáncer (1.4%).¹

Hacia el año 2010 se identificó en México que 4.1% de los mayores de 65 años presentaron algunas limitaciones en distintas actividades, por ejemplo para caminar o moverse (53.6%), para ver (28.4%), para escuchar (11%), para hablar o comunicarse (8.8%), para el cuidado personal (5%), para poner atención o aprender (4.6%) y en cuanto al estado mental (9.9%). Se debe mencionar que estos valores son promedio a todo el grupo de personas, muchos de los cuales se incrementaron de manera considerable en proporción directa al aumento de edad.^{1,2}

Para 2009, las principales causas de mortalidad en las personas mayores de 65 años de edad en México fueron las que las aquejan en forma crónica y están previamente referidas: enfermedad cerebrovascular, enfermedad pulmonar obstructiva, infecciones respiratorias agudas bajas, cirrosis y otras enfermedades crónicas de hígado.² En cuanto a la calidad de vida, éste es un aspecto que puede incluir muchas variables, además de las atribuibles estrictamente a la edad o a la presencia y evolución de una o más enfermedades que puedan ser discapacitantes o mortales.

Respecto a la salud de las personas mayores de 65 años y como parte de las variables necesarias para ponderar la calidad de vida se deben incluir el acceso, la calidad, la cobertura y la disponibilidad de los servicios de salud. Se identificó que, para 2010, más de 70% de hombres y mujeres mayores de 65 años en México tenía alguna filiación a servicios de salud.² Sin duda, otros aspectos que conforman la calidad de vida de las personas de esta edad tienen que ver con autonomía económica, pensión laboral, educación,

Este artículo debe citarse: García-Pedroza FJ, de la Fuente-Rocha J, Irigoyen-Coria A, Peñaloza-López YR. Propuesta para actualizar las políticas de atención integral a la salud en personas mayores de 65 años de edad en México. *Aten Fam.* 2013;20(3):69-70.

*Profesor de la Subdivisión de Medicina Familiar, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). **Profesor del Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM. ***Maestra en Rehabilitación, Instituto Nacional de Rehabilitación, México

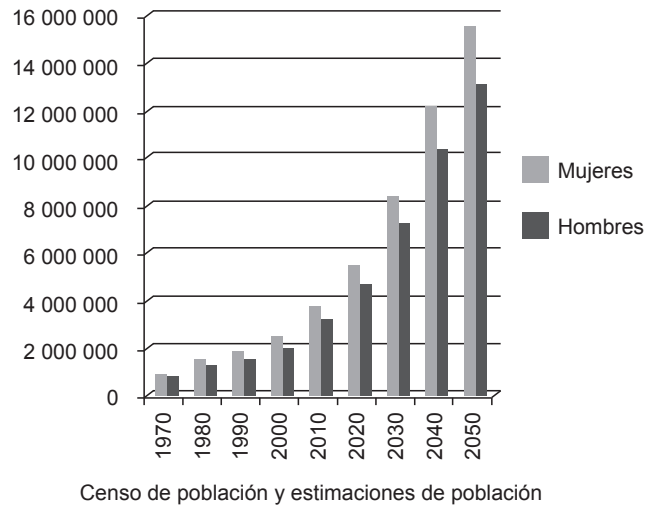
grado de urbanización y disposición de servicios municipales donde radican. Las variables someramente revisadas deberán precisarse en cada localidad, municipio, estado y/o región a fin de ajustar el proceso de planeación integral para las personas mayores de 65 años en México.

Factores condicionantes del diagnóstico situacional de las políticas y los programas para la atención integral de personas mayores en México. Los programas nacionales buscan ajustar en el ámbito nacional los objetivos y metas propuestos en las políticas respectivas del Plan Nacional de Desarrollo. En salud es común que, al igual de lo que sucede con el Ejecutivo Federal, la Secretaría de Salud, cabeza del sector salud, elabore, difunda y evalúe el Programa Nacional de Salud.

Existen dos ámbitos más en la administración de salud en México: el estatal, con 32 secretarías de Salud, equivalente a las entidades federativas, y el jurisdiccional. La jurisdicción sanitaria es la mínima expresión para administrar salud a la población que no es derechohabiente de las instituciones de seguridad social. Las secretarías de Salud estatales tienen como función básica adaptar los contenidos del Programa Nacional de Salud a su ámbito estatal y de la jurisdicción, así como ajustar las políticas y los programas nacionales y, en el caso de las jurisdicciones, los programas estatales a sus necesidades y recursos particulares.

Las instituciones que conforman el sector salud en México (Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, Marina, Defensa, Petróleos Mexicanos, etcétera) tienen un sistema de planeación similar al de la Secretaría de

Figura 1. Población estimada de 65 y más años de edad, México, 1970-2050



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), IX Censo General de Población, 1970. Tabulados básicos. Población media. Elaboración propia con base en estimaciones del Consejo Nacional de Población, Población media, 1980-2000. Documento electrónico. INEGI, 2011, Censo de Población y Vivienda 2010. Tabulados básicos del cuestionario básico. Población media.

Salud, el cual cuenta con distintos puntos de coordinación para ejecutar programas de salud pública. Quizás el mejor ejemplo sean los programas nacionales de vacunación, en los cuales puede identificarse el esquema descrito: desde el enunciado de las políticas hasta la aplicación de vacunas contra varias enfermedades que pueden prevenirse mediante su aplicación en personas susceptibles a lo largo y ancho del territorio nacional.¹⁻³

El diagnóstico de las situaciones de las políticas y los programas para la atención integral de personas mayores en México debe actualizarse como requisito para evaluar la eficacia y eficiencia de los mismos. Esta condición debe ser el preámbulo para planearlos y/o actualizarlos con el propósito de mejorar sustancialmente sus resultados.

En el proceso anterior se deben actualizar otros recursos que no necesariamente se han visto involucrados en la atención integral de las personas mayores de 65 años en México, como son las instituciones formadoras de recursos humanos para la salud. En cada entidad federativa del país existen muchas escuelas de medicina, enfermería, trabajo social, psicología, sociología, entre

otras muchas profesiones, que pueden y deben sumar su perfil laboral en la atención de esta necesidad de salud sentida.

Actividades prioritarias dirigidas a actualizar políticas y programas para la atención integral de la salud de las personas mayores en México.

Desde la Secretaría de Salud, algunas actividades prioritarias dirigidas a actualizar políticas y programas para la atención integral de la salud de las personas mayores en México son:

- Definir como prioridad de salud nacional la atención integral de salud de las personas mayores de 65 años en México
- Actualizar las políticas y los programas para la atención integral de salud de las personas mayores en México
- Promover el establecimiento de un convenio entre la Secretaría de Salud y la Universidad Nacional Autónoma de México a fin de actualizar las políticas y los programas para la atención integral de salud de las personas mayores en México
- Actualizar el diagnóstico situacional de las políticas y los programas para la atención integral de personas mayores en México
- Identificar puntualmente tanto instituciones como personas involucradas con la atención integral de salud de las personas mayores de 65 años

Referencias

1. González AC, Ham-Chande R. Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Salud Pública de México*. 2007;49(Supl 4):448-58.
2. Ham-Chande R. Diagnóstico sociodemográfico del envejecimiento en México [Internet]. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2011/C8.pdf>
3. Córdova-Villalobos JA, Barriguete-Meléndez JA, Lara-Esqueda A, Barquera S, Rosas-Peralta M, Hernández-Ávila M, et al. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Pública Méx*. 2008;50:419-27.

Editorial

La violencia intrafamiliar: un problema prioritario del primer nivel de atención

Domestic Violence: A Priority Problem of Primary Care *Violência doméstica: um problema prioritário da atenção primária*

Esther González-Alexander*, Efrén R. Ponce-Rosas**

La violencia intrafamiliar (VI) ha sido motivo de preocupación para la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Ambos organismos le han asignado gran prioridad y están conscientes de las oportunidades que tiene la salud pública de cumplir una función esencial: revertir la situación de la VI y de las responsabilidades que el sector de la salud puede y debe asumir al respecto. Ambas organizaciones han estado a la vanguardia de la recolección de datos básicos sobre la magnitud y la naturaleza de la VI infligida por la pareja, mediante estudios como el de *La ruta crítica* y el *Informe mundial sobre la violencia y la salud* de la OMS.¹

Con el fin de analizar y controlar el fenómeno de la violencia, la salud pública establece que la VI debe considerarse como un problema de salud que se traduce en muertes, enfermedad y disminución de la calidad de vida.² Los resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2011, aplicada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) de México, con el Instituto Nacional de las Mujeres, reportan que 46 de cada 100 mujeres mayores de 15 años han sufrido violencia psicológica, física, económica y sexual.³

No identificar a las mujeres que viven en situación de VI es sólo uno de los factores que impiden la participación de los prestadores de servicios de salud, sin embargo, existen otros elementos que obstaculizan la atención integral del problema: se ignora que la VI es un grave problema de salud pública; hay desconocimiento por parte del sector salud en torno a la detección, el control y la prevención de la violencia familiar; existe sobrecarga en la demanda de servicios de salud, que resulta en una escasez de tiempo para escuchar y orientar

a las mujeres; así como el temor de los médicos a ser confrontados por los agresores y a declarar ante instancias judiciales.⁴ También se presentan barreras de carácter personal, como incomodidad para abordar el tema (evasión), concepciones sexistas que culpabilizan a la mujer de la violencia que sufre, y temor de los médicos de ofender a sus pacientes al preguntarles sobre VI.^{4,5}

La mayoría de los médicos familiares no ha sido capacitada en el diagnóstico y manejo de la VI; sólo ha tenido un esbozo del tema, en el mejor de los casos, durante su formación como especialista, por lo que rara vez sospecha la presencia de VI en sus pacientes, a menos que ésta sea evidente o la manifieste directamente quien la ha sufrido. Un punto en el que se requiere trabajar de manera prioritaria es la formación del personal médico en torno a este problema.

Este artículo debe citarse: González-Alexander E, Ponce-Rosas RE. La violencia intrafamiliar: un problema prioritario del primer nivel de atención. *Aten Fam.* 2013;20(3):71-72.

*Médico familiar. **Profesor de la Subdivisión de Medicina Familiar, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

Asimismo, en las instituciones se observa una falta o falla en la aplicación de normas y/o protocolos de manejo. Reconocer la magnitud y las repercusiones del problema por parte del personal de salud tendrá un efecto positivo sobre la calidad de vida de las mujeres que sufren VI.⁵

En abril de 2009, el *Diario Oficial de la Federación* modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar, para quedar como NOM-046-SSA2-2005. Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención.⁶ A pesar de que la norma oficial mencionada establece criterios a observar en la detección, prevención, atención médica y orientación que se proporciona a las y los usuarios de los servicios de salud en general, y en particular a quienes se encuentren involucrados en situaciones de violencia familiar o sexual, así como en la notificación de los casos, al parecer esto no se cumple, o se hace de manera parcial, en la práctica médica.

La misma norma oficial establece que debe ser de observancia obligatoria para las instituciones del Sistema Nacional de Salud, así como para las y los prestadores de servicios de salud de los sectores público, social y privado que componen el Sistema Nacional de Salud. Su incumplimiento dará origen a sanción penal, civil o administrativa que corresponda, conforme a las disposiciones legales aplicables.

Una pregunta fundamental ética y profesionalmente: ¿estamos preparados

y capacitados los médicos familiares y el personal en general de las instituciones de salud para enfrentar el problema y cumplir con la norma oficial? Desafortunadamente la respuesta es negativa. Así, la VI se transforma en un problema en verdad prioritario por sus múltiples y complejas consecuencias tanto sociales como culturales y con efectos sobre la salud de las familias.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. La Violencia Contra las Mujeres: responde el sector de la salud. Washington, DC: OPS; 2003.
2. Valdez-Santiago R, Ruíz-Rodríguez M. Violencia doméstica contra las mujeres: ¿Cuándo y cómo surge como problema de salud pública? *Salud Pública de Méx.* [Internet]. 2009; 51(6):505-51. Disponible en: <http://siid.insp.mx/textos/com-3391499.pdf>
3. Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres) [Internet]. Comunicado de prensa 41. 16 de julio de 2012. Disponible en: <http://www.inmujeres.gob.mx/index.php/sala-de-prensa/inicio-noticias/645-el-inegi-e-inmujeres-dan-a-conocer-los-resultados-de-la-endireh-2011>
4. Secretaría de Salud. Programa Mujer y Salud (Promsa). Violencia Familiar [Internet]. 2002. Disponible en: http://www.mujerysalud.gob.mx/mys/doc_pdf/folleto.pdf
5. Méndez-Hernández P, Valdez-Santiago R, Viniegra-Velázquez L, Rivera-Rivera L, Salmerón-Castro J. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. *Salud Pública de Méx.* [Internet]. 2003;45(6):472-82. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v45n6/18741.pdf>
6. Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar, para quedar como NOM-046-SSA2-2005. Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención [Internet]. Disponible en: <http://www.iner.salud.gob.mx/descargas/juridico-normasmexicanas/NOM-046-SSA2-2005.pdf>

Artículo original

Frecuencia de factores de riesgo para cáncer de mama en una unidad de atención primaria

Risk Factors Frequency for Breast Cancer in a Primary Health Care Unit
Frequência de fatores de risco para câncer de mama em unidade básica de saúde

Carlos Daniel Guerra-Castañón,* Maricarmen Ávalos-de la Tejera,*
Brian González-Pérez,** Ricardo Salas-Flores,** María Lucero Sosa-López****

Resumen

Objetivo: determinar la frecuencia de los factores de riesgo para cáncer de mama en pacientes en una clínica de medicina familiar. **Material y métodos:** se realizó un estudio transversal, descriptivo y retrospectivo de revisión de casos con diagnóstico de cáncer de mama en sus diferentes etapas clínicas entre enero de 2006 y diciembre de 2010. Las variables a estudiar fueron: edad al momento del diagnóstico, índice de masa corporal (IMC), antecedentes heredofamiliares, ginecoobstétricos, *Diabetes mellitus*, alcoholismo, tabaquismo y prescripción de hormonas exógenas. **Resultados:** de la revisión de expedientes se identificaron 122 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama. El promedio de edad fue de 54.57 ± 12 años y los casos se dividieron por grupos de edad, siendo el más frecuente, con 24 casos (31.6%), el de 40-49. El antecedente de *Diabetes mellitus* tipo 2 previo al diagnóstico de cáncer de mama se encontró en 23 pacientes (30.3%) y el uso de hormonales en 37 (48.7%). El promedio de edad de la menopausia fue de 39.38 ± 17.92 años. Asimismo, 57 pacientes (75%) tuvieron lactancia, 21 (27.6%) se clasificaron con sobrepeso, 45 (59.2%) con obesidad y 10 (13.2%) presentaron IMC normal. **Conclusiones:** los factores de riesgo presentados en este estudio son de vital importancia para identificar población femenina de alto riesgo en medicina familiar.

Summary

Objective: to determine the frequency of the risk factors for breast cancer in patients attending a Family Medicine Clinic. **Material and methods:** it was made a cross-sectional, descriptive and retrospective study of cases reviewing with a diagnosis of breast cancer during their different clinical stages from January 2006 to December 2010. The variables studied were: age at the time of diagnosis, Body Mass Index (BMI), family, obstetric, *Diabetes mellitus*, alcoholism, smoking, and prescription of exogenous hormones background. **Results:** after the cases reviewing 122 patients were identified with a diagnosis of breast cancer. The average age was 54.57 ± 12 years, and the cases were divided by age groups, being the most frequent, with 24 cases (31.6%), the one from 40-49 years. A history of *Diabetes mellitus* type 2 prior to the diagnosis of breast cancer was found in 23 patients (30.3%) and the use of hormones in 37 (48.7%). The average age of menopause was 39.38 ± 17.92 years. In addition, 57 patients (75%) had lactation, 21 (27.6%) were classified as overweight, 45 (59.2%) with obesity and 10 (13.2%) had normal BMI. **Conclusions:** risk factors presented in this study are of vital importance to identify high risk in our female population in Family Medicine.

Palabras clave: cáncer de mama, factores riesgo, atención primaria, medicina familiar, examen clínico de mama

Key Words: breast cancer, risk factors, primary care, family medicine, clinical breast examination

Palavras chave: câncer de mama, fatores de risco, os cuidados primários, medicina de família, o exame clínico da mama

Recibido: 19/10/12

Aceptado: 12/4/13

*Universidad del Noreste "Dr. José Sierra Flores", Asociación Científica de Estudiantes de Medicina, Cd. Tampico, Tamaulipas, México. **Médico familiar, unidad de medicina familiar (UMF) no. 38, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Cd. Tampico, Tamaulipas, México. ***Endocrinólogo pediatra, hospital general regional no. 6, coordinador de Educación e Investigación Médica, IMSS, Departamento de Investigación de la Universidad del Noreste "Dr. José Sierra Flores", Cd. Tampico, Tamaulipas, México. ****Médico familiar, directora de la UMF no. 38, IMSS, Cd. Tampico, Tamaulipas, México

Correspondencia:
Carlos Daniel Guerra-Castañón
dixon_skate@hotmail.com
skate_rap_emi@hotmail.com

Este artículo debe citarse: Guerra-Castañón CD, Ávalos-de la Tejera M, González-Pérez B, Salas-Flores R, Sosa-López ML. Frecuencia de factores de riesgo para cáncer de mama en una unidad de atención primaria. *Aten Fam.* 2013;20(3):73-76.

Resumo

Objetivo: determinar a frequência de fatores de risco para câncer de mama em usuárias de uma clínica de medicina familiar. **Material e métodos:** foi realizado um estudo retrospectivo descritivo transversal de casos diagnosticados com câncer de mama em diferentes estágios clínicos de janeiro de 2006 a dezembro de 2010. As variáveis estudadas foram: idade no momento do diagnóstico, índice de massa corporal (IMC), história familiar gineco obstétrica, *Diabetes mellitus*, álcool, tabaco e prescrição de hormônios exógenos. **Resultados:** revisão de registros identificados 122 pacientes com diagnóstico de câncer de mama. A idade média foi de 54.57 ± 12 e os casos foram divididos por faixa etária, sendo a mais frequente, com 24 casos (31.6%), a relativa a 40-49 anos. A história de *Diabetes mellitus* tipo 2 antes do diagnóstico de câncer de mama foi encontrado em 23 pacientes (30.3%) e uso de hormônio em 37 (48.7%). A idade média da menopausa foi de 39.38 ± 17.92 anos. Além disso, 57 pacientes (75%) amamentaram, 21 (27.6%) foram classificados com sobrepeso, 45 (59.2%) obesas e 10 (13.2%) tiveram índice médio de massa corporal normal. **Conclusões:** os fatores de risco apresentados neste estudo são de vital importância para identificar população feminina de alto risco em medicina de família.

Introducción

Actualmente, uno de los cánceres que reciben mayor atención tanto en los medios de comunicación como en los programas de salud es el cáncer de mama,¹⁻⁹ y el médico familiar desempeña un papel cardinal en el funcionamiento de los programas para su detección, así como en el cambio en la historia natural de la enfermedad de las pacientes con esta patología. La asociación entre la mortalidad del cáncer y la visita a un médico familiar parece ser mediadora de un diagnóstico temprano. Las pacientes referidas o asignadas a un médico de atención primaria son más probables de ser sometidas a un tamizaje del cáncer incluyendo mamografía y exploración

mamaria.¹⁰ Es importante determinar los factores de riesgo de cada mujer que acude a la consulta, no obstante que muchos factores de riesgo no son reversibles; por ejemplo, heredar un gen relacionado con el cáncer de mama implica un riesgo de desarrollar cáncer superior a 50%.¹¹ Pero algunos se pueden modificar, como el control del peso, reducir el consumo de grasa, evitar la obesidad en el periodo posmenopáusico, disminuir el consumo de alcohol, minimizar el consumo de hormonas en el climaterio, otorgar lactancia materna durante al menos 12 meses y realizar actividad física regular. La presencia de factores de riesgo de cáncer de mama no significa que éste sea inevitable: muchas mujeres con factores de riesgo nunca lo desarrollan. Antes bien, los factores de riesgo ayudan a identificar oportunamente cuáles mujeres podrían beneficiarse con la aplicación de otras medidas preventivas. El objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia de los factores de riesgo que más predominaron en una unidad de medicina familiar en Tampico, Tamaulipas.

Material y métodos

El estudio fue transversal, descriptivo y retrospectivo, realizado en la unidad de medicina familiar (UMF) no. 38, previa autorización del Comité Local de Investigación 2802 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Se solicitó al Departamento de Archivo Clínico de la unidad una lista de las pacientes que se encontraban registradas con diagnóstico de cáncer de mama en sus diferentes etapas clínicas entre enero de 2006 y diciembre de 2010. Se incluyeron pacientes de cualquier edad con expediente completo y diagnóstico confirmatorio de cáncer de mama realizado en el hospital general regional no. 6 del IMSS. La información de nuestras variables se obtuvo mediante la revisión de los expedientes clínicos físicos y electrónicos que cumplieron con los criterios de inclusión de octubre de 2010 a junio de 2011; además se localizó telefónicamente a las pacientes en caso de que el expediente tuviera información faltante acerca de los factores de riesgo para cáncer de mama. Las variables de estudio fueron:

edad al momento del diagnóstico de cáncer de mama, índice de masa corporal (IMC), antecedentes heredo familiares de cáncer de mama, ginecoobstétricos, *Diabetes mellitus*, alcoholismo, tabaquismo y prescripción de hormonas exógenas. La información obtenida se capturó y se procesó en una hoja de cálculo del programa estadístico SPSS para Windows (versión 12). La estadística descriptiva se realizó con medidas de tendencia central y de dispersión. Para los datos con distribución normal se utilizó media y desviación estándar, mientras que para los datos que no cumplieran con los supuestos necesarios para normalidad se recurrió a mediana y rango; para proporciones se utilizó el número de pacientes afectadas y se estableció su porcentaje.

Resultados

Del total de 122 pacientes identificadas con diagnóstico de cáncer de mama en el Departamento de Archivo Clínico de la UMF no. 38, 76 expedientes completaron toda la información de las variables estudiadas. El promedio de edad fue de 54.57 ± 12 años con un rango mínimo de 25 y máximo de 87. Los casos se dividieron por

Tabla 1. Características sociodemográficas

Estado civil	N	%
Soltera	9	11.8
Casada	50	65.8
Unión libre	1	1.3
Divorciada	2	2.6
Separada	4	5.3
Viuda	10	13.2
Ocupación	N	%
Hogar	64	84.2
Empleada	8	10.5
Profesionista	4	5.3
Escolaridad	N	%
Sin escolaridad	4	5.3
Primaria	30	39.5
Secundaria	20	26.3
Bachillerato	16	21.1
Profesional	6	7.9

grupos de edad siendo el más frecuente el de 40-49 con 24 casos (31.6%), seguido del de 50-59 con 20 casos (26.3%), el de 60-69 con 17 casos (22.4%), el de 70-79 con siete casos (9.2%), el de 80 o más con dos casos (2.6%) y el de 20-29 con un caso (1.3%).

En cuanto a los datos sociodemográficos, se observaron más casos de cáncer de mama en mujeres casadas, de ocupación hogar y escolaridad primaria (tabla 1).

Entre los factores de riesgo se encontró que la mayor incidencia de cáncer de mama fue en mujeres con antecedentes familiares de primer grado con nueve casos (11.9%) y en segundo grado con seis (6.9%), 54 (71.1%) no presentaron antecedentes familiares y siete (9.2%) tuvieron antecedentes de otros cánceres. El antecedente de *Diabetes mellitus* tipo 2 previo al diagnóstico de cáncer de mama fue de 30.3%, mientras que los de tabaquismo y alcoholismo fueron positivos en 11.8 y 5.3% respectivamente. El promedio de edad de la menarquia fue de 12.42 ± 2.15 años, y 22.7% de las pacientes tuvo su menarquia antes de los 11 años. El promedio de edad del primer embarazo fue de 19.32 ± 6.6 años, 7.9% fue nuligesta y el mayor número de casos de cáncer de mama fue en primíparas menores de 25 años. En cuanto al uso de hormonales se encontró que 37 pacientes (48.7%) nunca los consumieron, 22 (28.9%) lo hicieron de 1-5 años, 14 (18.4%) de 6-10 años y 3 (3.9%) de 11-15 años. El tipo de hormonal más utilizado como anticonceptivo fue hormonal oral con 24 casos (31.6%) y hormonal inyectable con 15 casos (19.7%); no se determinó la terapia hormonal de remplazo. De las pacientes, 75% tuvo lactancia, y el promedio de edad de la menopausia fue de 39.38 ± 17.92 años; 12 de los casos (15.8%) no habían llegado a la menopausia, y 51 menores de 52 años (67.1%) la presentaron (tabla 2).

Respecto a los factores de riesgo relacionados con el estilo de vida se consideró la obesidad determinada mediante el IMC cuyo promedio general fue de 30.26 ± 5.38 kg/m²; 21 casos (27.6%) se clasificaron con sobrepeso, 45 (59.2%) con obesidad y 10 (13.2%) presentaron IMC normal.

Tabla 2. Factores de riesgo

Factores de riesgo	N	%
Antecedentes familiares de cáncer de mama en 1er grado	9	11.7
Antecedentes familiares de cáncer de mama en 2º grado	6	7.9
Antecedentes familiares de otros cánceres	7	9.2
<i>Diabetes mellitus</i> tipo 2 previo al cáncer de mama	23	30.3
Tabaquismo	9	11.8
Alcoholismo	4	5.3
Menarquia en < 11 años	17	22.7
Nuliparidad	6	7.9
Primiparidad en > 30 años	4	5.2
Primiparidad en < 25 años	63	82.9
Hormonales de 1-5 años	22	28.9
Hormonales de 6-10 años	14	18.4
Lactancia	57	75
Menopausia > 52 años	13	17.1

La glándula mamaria más afectada fue la derecha con 39 casos (54.3%), la izquierda con 35 (46.1%) y en dos casos (2.6%) se presentó en ambas.

La etapa clínica más frecuente en la que se encontraron las pacientes al momento del diagnóstico fue la etapa II con 45 casos (59.2%), seguida de la etapa III con 19 (25%) y la etapa I con 12 (15.8%). No hubo casos en etapa IV.

Discusión

En el transcurso de este estudio quedaron de manifiesto las variables epidemiológicas que toman en cuenta antecedentes ginecológicos, características sociodemográficas, antecedentes familiares y estilo de vida en pacientes con cáncer de mama. El examen clínico de mama está al alcance prácticamente de toda la población femenina, ya que puede realizarlo cualquier médico o enfermera capacitada. No obstante, su utilización es baja.¹¹ El riesgo para desarrollar cáncer ha reportado un incremento actual de 12%, en tanto que el riesgo de muerte ha sido reportado en 5%. En México, en 2007, hubo 16 340 hospitalizaciones reportadas por cáncer

de mama y 4 871 muertes relacionadas con él.¹² En los últimos 50 años, el panorama epidemiológico de esta enfermedad dentro de la población mexicana se ha convertido en un problema de salud pública. Este estudio refleja que el mayor porcentaje (31.6%) de los casos de cáncer de mama oscila entre 40-49 años, coincidiendo con lo establecido en la bibliografía revisada respecto a México y en contraste con lo observado en Estados Unidos, donde la edad media en la que se presenta la enfermedad es de 63 años, y en países europeos, donde la mayor incidencia ocurre en mujeres posmenopáusicas.¹³

Se ha documentado con evidencia que los antecedentes familiares de cáncer de mama en parientes de primer grado confieren un incremento de riesgo de padecerlo, especialmente si la madre y una hermana lo presentaron a temprana edad. Existen publicaciones con estimaciones de que el porcentaje de muertes por cáncer de mama asociadas con una historia familiar se encuentra entre 6 y 19% considerando si es familiar de segunda o primera línea, respectivamente, ya que esta última tendrá una alta probabilidad de albergar una mutación en un gen dominante para cáncer de mama. Algunos autores han estimado que la frecuencia de mutaciones dominantes relacionadas con esta enfermedad es de 0.33% y representa 5% del cáncer de mama en la población general.¹⁴ En nuestra revisión, se encontraron 15 casos con antecedente de historia familiar de cáncer de mama, de los cuales nueve (11.9%) fueron de primer grado y seis (6.9%) de segundo grado, lo que coincide con la información revisada y comentada en la bibliografía.

Respecto a los antecedentes gineco-obstétricos, 78.3% de los casos en este análisis presentó su menarquia después de los 11 años, a diferencia de lo establecido en la literatura revisada, en la cual se plantea que el mayor riesgo lo presentan quienes inician su menstruación a edades más tempranas.¹⁵

En la literatura se menciona que el primer embarazo antes de los 25 años de edad induce a la diferenciación terminal de células del epitelio mamario, además de tener un

efecto protector contra el cáncer de mama, al provocar la reducción de algunas hormonas como los estrógenos, que promueven la aparición de este cáncer. El presente estudio muestra que 82.9% de los casos tuvo su primer embarazo antes de los 25 años. Por su parte, la lactancia es considerada como un factor protector en la génesis del cáncer de mama: según la literatura, el riesgo relativo se reduce 4.3% por cada 12 meses de lactancia, además de una disminución de 7% por cada nacimiento. En nuestra muestra, una cuarta parte refirió haber lactado.

La escolaridad refleja la accesibilidad de las pacientes a la información que hoy en día existe acerca de la detección temprana y el tratamiento oportuno del cáncer de mama, considerando que a mayor escolaridad mayor comprensión de la enfermedad. Sin embargo, no podemos dejar de lado las acertadas acciones que desde hace ya varios años se llevan a cabo con la finalidad de adiestrar a las mujeres para su autocuidado y detección anticipada de cualquier anomalía. Los datos proyectados por este estudio nos dejan ver que, a pesar de que la ponderación se inclina hacia 39.5% con escolaridad de primaria en su mayoría incompleta, se han logrado detecciones de este padecimiento en etapas clínicas tempranas, siendo la etapa clínica II la de mayor porcentaje (59.2%), sin identificar en nuestra muestra ningún caso en etapa clínica IV.¹⁶ Por lo tanto, debe considerarse una prioridad mantener organizados los programas de detección oportuna del cáncer de mama con el fin de volverlos más eficientes y efectivos, de tal forma que puedan arrojar en estudios posteriores resultados con un mayor porcentaje de detección en etapas clínicas tempranas.

El estilo de vida juega un papel importante e indirecto en la génesis de algunos factores predisponentes para cáncer de mama; según algunos estudios publicados, las mujeres que dedican mayor número de horas a las labores del hogar reducen hasta 18% el riesgo de padecer cáncer, incrementándose así en la clase trabajadora, quien a

pesar de tener un estatus socioeconómico mayor lleva una vida sedentaria y posterga etapas fisiológicas como el embarazo, el cual resulta favorable, si se presenta a menor edad, para reducir el riesgo de esta enfermedad.¹⁷ Nuestro estudio reporta un porcentaje superior a 80% de casos que refiere como ocupación el hogar.

Se ha demostrado mediante estudios la asociación entre la adiposidad y la incidencia de cáncer de mama, la supervivencia entre las mujeres con la enfermedad y el estadio al momento del diagnóstico.¹⁸ En las mujeres obesas se originan metabólicamente depósitos de androstenediona, metabolito esteroideo que aromatizado se convierte en estrona y luego en estradiol que, como se sabe, influye en la carcinogénesis.¹⁹ Se encontró 59.2% de casos con obesidad. Si se considera una fuerte asociación entre la obesidad y la enfermedad, se deduce que el sedentarismo y los malos hábitos alimenticios desde años atrás estuvieron relacionados indirectamente y jugaron un rol fundamental en la génesis de factores de riesgo como la obesidad, la cual ha demostrado estar ligada fuertemente a la enfermedad y a la vez podría explicar los contrastes entre la literatura revisada y algunos de los resultados obtenidos en este estudio. Rodríguez-Cuevas y cols.¹⁰ encontraron que 22% de la población femenina mexicana tiene IMC normal, mientras que 43.9% tiene sobrepeso y 34% obesidad. Estos hallazgos implican la coexistencia de otros problemas de salud vinculados con el cáncer de mama.¹⁰

Los factores de riesgo presentados en nuestro estudio son de vital importancia para identificar población femenina de alto riesgo en nuestro medio y hacer un mayor énfasis en el tamizaje como médicos de primer contacto con el paciente.

Referencias

1. Calderón A, Martínez G, Gallardo A, Rojas A, Cerda R. Triple marker immunohistochemistry analysis in breast cancer Mexican patients. *Patología*. 2012;50(2):72-9.
2. Bandala C, Floriano-Sanchez E. RNA expression of cytochrome P450 in Mexican women with breast cancer. *Asian Pacific J Cancer Prev*. 2012;13:2647-53.

3. Romero M, Santillán L, Olvera P, Morales A, Ramírez V. Frecuencia de factores de riesgo de cáncer de mama. *Ginecol Obstet Mex*. 2008;76(11):667-72.
4. Carrillo-Barreras RL, Baza-Salinas JG, Rodríguez-Ledesma MA. Riesgo de cáncer de mama mediante Breast Cancer Risk Assessment Tool. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2011;49(6):655-8.
5. Ronco A, De Stefani E, Deneo H. Risk factors for premenopausal breast cancer: a case-control study in Uruguay. *Asian Pacific J of Cancer Prevention*. 2012;12:2879-86.
6. Ortiz C, Galván E. Factores de riesgo reproductivo para cáncer de mama en pacientes atendidas en un hospital urbano de segundo nivel. *Ginecol Obstet Mex*. 2007;75:11-6.
7. Villarreal C, Shaw R, Lara F, Bacon L, Rivera D, Urzua L, et al. Impact of diabetes and hyperglycemia on survival in advanced breast cancer patients. *Experimental Diabetes Research*. 2012:1-8.
8. Mishra S, DeForge B, Barnett B, Nturi S, Grant L. Social Determinants of breast cancer screening in urban primary care practices. A community-engaged formative study. *Women's Health*. 2012;22(5):e429-e438.
9. Corbex B, Burton R, Sancho H. Breast cancer early detection methods for low and middle income countries, a review of the evidence. *The Breast*. 2012;21:428-34.
10. Rodríguez-Cuevas S, Guisa-Hohenstein F, Labastida-Almendares S. First breast cancer mammography screening program in Mexico: Initial results 2005-2006. *The Breast Journal*. 2009;15(6):623-31.
11. Poblano O, Figueroa J, López L. Condicionantes institucionales que influyen en la utilización del examen clínico de mama. *Salud Pública de México*. 2004;46(4):294-305.
12. Stankov A, Bargallo-Rocha JE. Prognostic factors and recurrence in breast cancer: experience at the national cancer institute of Mexico. *ISRN Oncology*. 2012 Abr:1-7.
13. Brandan M, Villaseñor Y. Detección del cáncer de mama: estado de la mamografía en México. *Cancerología*. 2006;1:147-62.
14. Calderón A, Paras F, Cárdenas L, González J, Villareal E, Staines T, et al. Risk factors of breast cancer in Mexican women. *Salud Pública de México*. 2000;42(1):26-33.
15. Rojas J. Lactancia materna y cáncer de mama: un estudio caso-control en pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima-Perú. *An Fac Med*. 2008;69(1):22-8.
16. López O, Lazcano E, Tovar V. La epidemiología del cáncer de mama en México ¿Consecuencia de la transición demográfica? *Salud Pública de México*. 1997;39:1-7.
17. Arango C, Fernández N, Seco J. Ejercicio físico y cáncer de mama. Una revisión. *Fisioterapia*. 2007;29:234-9.
18. Rojas J, Huamani I. Historia de obesidad como factor asociado al cáncer de mama en pacientes de un hospital público del Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2009;26(3):343-8.
19. Salas I, Ramírez B, Apodaca E. Factores de riesgo para la presentación del cáncer de mama en el centro médico nacional Siglo XXI, Chihuahua, México. *CIMEL*. 2006;11:62-6.

Artículo original

Frecuencia de “riesgo elevado de desarrollar diabetes” en pacientes de una clínica de medicina familiar

Frequency of “High Risk of Developing Diabetes” in Patients Attending a Family Medicine Clinic Frequência de “alto risco de desenvolver diabetes” em pacientes de uma clínica de medicina de família

Evelia Ortiz-Contreras,* Laura E. Baillet-Esquivel,** Efrén R. Ponce-Rosas,***
Laura E. Sánchez-Escobar,**** Guadalupe Santiago-Baena,* Silvia Landgrave-Ibáñez**

Resumen

Objetivo: identificar la frecuencia de pre-diabetes en pacientes de 20 a 64 años en la consulta externa de una clínica de medicina familiar de la ciudad de México. **Método:** Estudio: descriptivo, transversal, prospectivo. Población: muestra no aleatoria y no representativa (123 pacientes). Instrumento: 35 variables distribuidas en cuatro secciones: ficha de identificación, parámetros de laboratorio, datos clínicos y un cuestionario validado por la American Diabetes Association (ADA). Mediciones: una medición de glucosa en sangre venosa e interrogatorio directo a los pacientes que aceptaron participar. **Resultados:** se encontró una frecuencia de prediabetes de 43.9%; 65.2% de los pacientes presentó índice de masa corporal (IMC) >30 (n=30). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los pacientes con hipertensión arterial y prediabetes comparados con aquellos sin hipertensión pero con riesgo elevado de desarrollar diabetes (REDD), χ^2 de Pearson de 13.422, $p=0.001$. Más de 70% de los pacientes no llevaba una alimentación balanceada ni realizaban ejercicio físico. **Conclusiones:** el médico familiar debería detectar oportunamente la existencia de REDD a fin de prevenir o retrasar la *Diabetes mellitus* tipo 2 lo cual aumentaría en los pacientes tanto la esperanza como la calidad de vida.

Summary

Objective: to identify the frequency of pre-diabetes in patients between 20 to 64 years at the outpatient “Gustavo A. Madero” Family Medicine Clinic, in Mexico City. **Method:** Study: descriptive, cross-sectional, prospective. Population: non-random and non-representative sample (123 patients). Instrument: 35 variables distributed in four sections: tab identification, laboratory parameters, clinical data and a questionnaire endorsed by the American Diabetes Association (ADA). Measurement: a measurement of glucose in venous blood and direct examination to those patients who agreed to participate. **Results:** a pre-diabetes frequency of 43.9% was found, 65.2% of the patients presented a (BMI) >30 (n=30). Important statistically differences were found in patients with high blood pressure and pre-diabetes compared to those without high blood pressure but with high risk of developing diabetes (REDD), Pearson χ^2 of 13.422, $p=0.001$. More than 70% of patients do not carry a balanced diet or physical exercise. **Conclusions:** the family physician should be able to timely detect the existence of REDD in order to prevent or delay *Diabetes mellitus* type 2. This could increase in patients both hope and quality of life.

Este artículo debe citarse: Ortiz-Contreras E, Baillet-Esquivel LE, Ponce-Rosas ER, Sánchez-Escobar LE, Santiago-Baena G, Landgrave-Ibáñez S. Frecuencia de “riesgo elevado de desarrollar diabetes” en pacientes de una clínica de medicina familiar. *Aten Fam.* 2013;20(3):77-80.

Palabras clave: prediabetes, riesgo elevado de desarrollar diabetes, prevención

Key Words: pre-diabetes, high risk of developing diabetes, prevention.

Palavras chave: pré-diabetes, alto risco de desenvolver diabetes, prevenção

Recibido: 30/3/13
Aceptado: 24/5/13

*Médico familiar, profesora de la Subdivisión de Medicina Familiar, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
**Médico familiar, profesor de la Subdivisión de Medicina Familiar, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM.
***Médico familiar, profesora de tiempo completo en Medicina Familiar, clínica de medicina familiar (CMF) “Gustavo A. Madero”, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

Correspondencia:
Laura E. Baillet-Esquivel
profesoraunam@gmail.com

Resumo

Objetivo: identificar a frequência de pré-diabetes, em pacientes de 20 a 64 anos no ambulatório de medicina familiar na Cidade do México. **Métodos:** estudo transversal, descritivo, prospectivo. População: amostra não aleatória e representativa (123 pacientes). Instrumento: 35 variáveis divididas em quatro seções: dados de identificação, parâmetros laboratoriais, dados clínicos num questionário validado pela American Diabetes Association (ADA). Medidas: medida de glicose no sangue venoso e questionamento direto de pacientes que concordaram em participar. **Resultados:** foi encontrada uma frequência de 43.9% pré-diabetes. A 65.2% dos pacientes tinham índice de massa corporal (IMC) >30 (n=30). Diferenças estatisticamente significativas foram encontradas em pacientes com hipertensão e pré-diabetes em comparação com aqueles sem hipertensão, mas com risco elevado de desenvolver diabetes (REDD), Pearson χ^2 13.422, p=0.001. Mais de 70% dos pacientes não tinham realizado uma dieta equilibrada e exercício físico. **Conclusões:** o médico de família deve detectar a existência de REDD oportunamente e para prevenir ou retardar o *Diabetes mellitus* tipo 2, o que aumentaría nos pacientes tanto a esperança quanto a qualidade de vida.

Introducción

La *Diabetes mellitus* tipo 2 es una enfermedad crónica que representa una de las principales causas de morbilidad, mortalidad e invalidez en México.^{1,2} Se han buscado métodos para prevenirla;³ como parte de esa búsqueda surge el término clínico prediabetes, recientemente identificado como factor de riesgo elevado de desarrollar diabetes (REDD).⁴⁻⁶ Se estima que entre 40 y 50% de la población portadora de este factor desarrollará *Diabetes mellitus* tipo 2.⁷ Diversas fuentes señalan que la prevalencia de este factor de riesgo aumenta en relación directa con la obesidad y el sedentarismo.⁸⁻¹⁰

El REDD remite a la glucosa anormal en ayuno y a la intolerancia a glucosa, ya sea de manera aislada o combinada;^{2,4} un nuevo

parámetro adoptado por la *American Diabetes Association* (ADA) es la hemoglobina glicosilada en un rango de 5.7 a 6.4%.⁴

Glucosa anormal en ayuno se refiere al hallazgo de una concentración de glucosa en ayuno por arriba del valor normal (\geq 100 mg/dl) pero por debajo del valor necesario para diagnosticar diabetes (<126 mg/dl).^{2,11}

Intolerancia a la glucosa es el hallazgo de concentración elevada de glucosa plasmática dos horas después de tomar 75 gramos de glucosa en agua, por arriba del valor normal (\geq 140 mg/dl) pero por debajo del valor necesario para diagnosticar diabetes (<200 mg/dl).^{2,11}

La prevalencia de *Diabetes mellitus* tipo 2 se reconoce como amenaza mundial; en la Encuesta Nacional de Salud (México, 2006) se presentó en 14% de la población.¹ Respecto a prediabetes, en 2003 Aguilar, mencionado por Munguía, aplicó el punto de corte de glucosa a 100 mg/dl y demostró que la frecuencia de glucosa alterada en ayuno se incrementaba a 20.1%,¹² lo que representaría 16 millones de mexicanos con alto riesgo de progresar al estado diabético. Otro estudio realizado en 2009 encontró una prevalencia de prediabetes de 15.9%;¹² en 2010, 30% de los estadounidenses presentaba prediabetes.¹³

Se ha documentado que las intervenciones para el control de la prediabetes no sólo evitan la progresión a *Diabetes mellitus* tipo 2, sino que también retrasan o impiden el desarrollo de enfermedades cardiovasculares,¹³⁻¹⁵ pues se ha reconocido que la incidencia de infarto al miocardio es prácticamente igual en quienes tienen prediabetes o diabetes.¹⁶ Asimismo se ha demostrado que la hiperglucemia que ocurre en el prediabético induce la liberación al plasma de IL-6, I κ N-8 y TNF-alfa ocasionando una inflamación crónica^{16,17} y con la obesidad facilita la progresión de las complicaciones micro y macrovasculares que inician su desarrollo antes del diagnóstico de diabetes.¹⁶

El objetivo de este trabajo fue identificar la frecuencia de REDD (prediabetes) en pacientes de una clínica de primer nivel de atención.

Método

Estudio descriptivo, transversal, prospectivo, realizado en la clínica de primer nivel de atención "Gustavo A. Madero" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en México, entre octubre de 2012 y enero de 2013. Población de referencia basada en 39 220 pacientes de 20 a 64 años; muestra no aleatoria y no representativa, de 123 pacientes (98% de confianza, variabilidad p=0.60 y q=0.40 y precisión de 8%).

Se aplicó un cuestionario dirigido, conformado por 34 variables distribuidas en cinco secciones: a) datos de identificación del paciente, b) indicadores somatométricos, c) cuestionario para detectar riesgo de desarrollar diabetes (ADA),¹⁸ d) exploración física y datos clínicos (hábitos, comorbilidad, tratamiento farmacológico y actividades preventivas) y e) datos de laboratorio (glucosa en ayuno, triglicéridos, colesterol total, colesterol HDL y LDL).

Se tomaron muestras sanguíneas de los pacientes, las cuales fueron procesadas en el laboratorio de la clínica de medicina familiar; 50% de los pacientes acudió a la toma de muestra de sangre venosa; respecto a los pacientes que ya tenían resultados de laboratorio y que cumplían con los criterios de inclusión, se consultó en sus expedientes la información de somatometría de la última consulta médica no mayor de un mes; el consentimiento informado y las respuestas al cuestionario fueron realizados vía telefónica.

Criterios de inclusión: ambos sexos entre 20 y 64 años, derechohabientes que acudieron a consulta en la clínica en los dos turnos, y consentimiento de participación voluntaria.

Resultados

Participaron 33 hombres (26.8%) y 90 mujeres (73.2%). El promedio del índice de masa corporal (IMC) de los pacientes fue de 28.83 \pm 4.97 con un rango de 19 a 42. De acuerdo con el cuestionario de la ADA,¹⁸ los resultados se clasificaron en tres categorías: riesgo alto de la población encuestada (80.5%), riesgo bajo (14.6%) y sin riesgo (2.6%). Los resultados de los datos clínicos de los pacientes

estudiados se presentan en la tabla 1. Por su parte, en la variable glucosa se encontraron los resultados referidos en la tabla 2.

Se identificó una frecuencia de prediabetes de 43.8%, determinando esta cualidad con una glucosa de ayuno superior a 100 mg/dl.

En cuanto al sexo, la frecuencia de REDD en las mujeres (n=38) fue menor, con 42.2%, respecto a los varones (n=17), que tuvieron un porcentaje de 48.5%.

Cuando se analizó el valor de la glucosa de acuerdo con el IMC de los pacientes, la presencia de prediabetes fue de 26.5% en aquellos con IMC <25 (n=9), de 34.9% en pacientes con IMC entre 26 y 29 (n=15) y de 65.2% en aquellos con IMC >30 (n=30). Por ende, se evidencia que a mayor IMC, mayor porcentaje de pacientes con prediabetes (χ^2 de Pearson de 14.10, $p=0.001$).

En tanto, se encontró 45.5% (n=46) de pacientes con REDD, lo cual indica que a mayor sedentarismo, mayor frecuencia de prediabetes. El porcentaje de REDD fue de 36.4% (n=8) en aquellos que no eran sedentarios (χ^2 de Pearson de 0.618, $p=0.432$).

La hipertensión arterial se detectó en 68.4% (n=26) de los pacientes con REDD; los que no presentaron hipertensión pero sí prediabetes fueron 32.9% (n=28). Los pacientes hipertensos con glucosa normal representaron 31.6% (n=12), y los pacientes sin hipertensión y sin REDD, 67.1% (n=57). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los pacientes con hipertensión arterial y prediabetes comparados con aquellos sin hipertensión pero con REDD (χ^2 de Pearson de 13.422, $p=0.001$). Los pacientes portadores de enfermedad cardiovascular fueron n=9, de los cuales 55.6% (n=5) fue portador de REDD, mientras que 44.4% (n=4) tuvo valores de glucosa normales; no se encontró diferencia significativa.

Por su parte, 40.9% (n=9) presentó el hábito de tabaquismo y prediabetes, y 59.1% (n=13) tabaquismo pero con glucosa normal; no se encontraron diferencias significativas; los no fumadores con REDD fueron 44.6% (n=45).

La existencia de síndrome metabólico en pacientes con REDD fue de 60.8% (n=48),

Tabla 1. Antecedentes y datos clínicos de los pacientes de la clínica "Gustavo A. Madero" del ISSSTE, de octubre de 2011 a enero de 2012

Antecedentes / datos clínicos	Sí		No	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
1. Hipertensión	38	30.9	85	69.1
2. Cifras de tensión arterial elevadas	8	6.5	115	93.5
3. Presencia de enfermedad cardiovascular	9	7.3	114	92.7
4. Tabaquismo	22	17.9	101	82.1
5. Consumo de medicamentos que predisponen a diabetes: ácido nicotínico, glucocorticoides, hormona tiroidea, tiazidas, etcétera ⁷	15	12.2	108	87.8
6. Cumplimiento de parámetros para síndrome metabólico	79	64.2	44	35.8
7. Cumplimiento de parámetros para prediabetes	54	43.9	69	56.1
8. Realiza medidas preventivas dietéticas para evitar el desarrollo de diabetes	35	28.5	88	71.5
9. Realiza medidas preventivas (ejercicio) para evitar el desarrollo de diabetes	28	22.8	95	77.2
10. Utiliza medicamentos para evitar el desarrollo de diabetes	6	4.9	117	95.1
11. El médico tratante le ha proporcionado información sobre prediabetes	55	44.7	68	55.3

Tabla 2. Cifras de glucosa obtenidas en los pacientes de la clínica "Gustavo A. Madero" del ISSSTE, de octubre de 2011 a enero de 2012

Valores de glucosa	Frecuencia	Porcentaje (%)
Cifras < 99 mg/dl	69	56.1
Cifras 100 a 125 mg/dl	52	42.3
Cifras > 126 mg/dl	2	1.6
Total	123	100.0

y de aquellos que no tuvieron síndrome metabólico, 13.5% (n=6).

Discusión

Durante la realización de este estudio, el término prediabetes (designado así desde 2004) cambió a la categoría de riesgo elevado de desarrollar diabetes (REDD), producto de la revisión del Comité de Expertos del 2010 de la ADA.^{4,11}

La frecuencia de REDD en la población estudiada fue de 44%, cifra consistente con la reportada por Pérez-Jáuregui y cols.³ (41.3%), aunque no concuerda con la casi

dos veces menor publicada por Munguía y cols.¹² (15.9%).

En 2010, 30% de los estadounidenses presentaba REDD, más del doble de la prevalencia de diabetes.^{13,14} Los reportes que se tienen en México son variables; los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2006 mostraron una prevalencia de 14% de REDD en adultos mayores de 20 años.¹ En 2003, al bajar el punto de corte de glucosa a 100 mg/dl, Aguilar Salinas, referido por Munguía y cols.,¹² demostró que la prevalencia de glucosa alterada en ayuno se incrementó a 20.1%.

En el presente estudio, la mayor frecuencia de REDD se observó en el grupo de varones con 48.5% (n=16), y en el de mujeres con 42.2% (n=38), cifras semejantes a las reportadas por Munguía y cols.¹²

La relación entre hipertensión y frecuencia de REDD fue importante: en pacientes hipertensos hubo riesgo mayor de REDD (68.4%; n=26). Por el contrario, la relación entre tabaquismo y prediabetes en pacientes sin hábito de fumar y REDD no fue importante.

De acuerdo con el cuestionario de la ADA,¹⁸ el porcentaje de REDD identificado en

el presente trabajo fue de 39.8% (n=49) y 40.7% (n=50) sin glucosa anormal en ayuno.

Con las consideraciones mencionadas se puede concluir que el cuestionario utilizado en este trabajo representa una buena estrategia para detectar pacientes con REDD; es recomendable sugerir a los pacientes cambios en su estilo de vida antes de que presenten glucosa anormal en ayuno, y que en ellos estaría indicada, según la Asociación Latinoamericana de Diabetes (Alad), la cuantificación de glucosa en ayuno para complementar el estudio.¹⁹

El cuestionario empleado en este trabajo fue validado por la ADA en 2010; en la versión de 2012 se agregaron nuevos parámetros que no fueron considerados para este estudio; por otra parte, no se tiene información de sensibilidad y especificidad de dicho cuestionario,¹⁸ como el Findrisk, que evaluó prospectivamente (cinco años) la aparición de diabetes en 4 435 personas, demostrando una sensibilidad y especificidad diagnóstica de 81 y 76%, respectivamente.¹⁹

Se encontró que 71 y 77% de los individuos estudiados no llevan una alimentación balanceada ni hacen ejercicio en forma sistemática; estas medidas preventivas son importantes para evitar el desarrollo o retardar la aparición de diabetes. En estudios de intervención se ha reportado que las medidas preventivas mencionadas se logran hasta en 58% de prevención de la enfermedad, manteniendo su efecto preventivo hasta por 10 años después de la intervención.²⁰

La prediabetes (REDD) ha triplicado su frecuencia como entidad silenciosa. La forma de detectarla es con la prueba de glucosa en ayuno, curva de tolerancia a la glucosa, o por la presencia de sus factores de riesgo. Las

personas pueden cambiar esta condición y así prevenir o retrasar la aparición de *Diabetes mellitus* tipo 2. Los cambios en el estilo de vida (evitar el sedentarismo, seguir una dieta balanceada) son la primera opción de tratamiento, mientras que los medicamentos son la segunda. Más de la mitad de las personas con REDD se encuentra sin tratamiento, y con riesgo latente de desarrollar diabetes.

La meta para el médico familiar sería detectar oportunamente la existencia de riesgos con la finalidad de disminuir la aparición de casos nuevos o retardar el inicio de la enfermedad. La intervención precoz para prevenir o retrasar la *Diabetes mellitus* tipo 2 beneficia a las personas con REDD y aumenta considerablemente su esperanza y calidad de vida.²¹

Referencias

1. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010. Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, 23 de noviembre de 2010.
2. Guía Práctica Clínica IMSS. Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el primer nivel de atención; 2009.
3. Pérez-Jáuregui J, Reza-Albarrán A, González-Cardel G. Importancia de la actualización en México del criterio de glucosa en ayuno alterada. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.* 2009;47(4):357-62.
4. American Diabetes Association. Summary of Revisions for the 2010 Clinical Practice Recommendations. *Diabetes Care.* 2010;33(Suppl 1):3-5.
5. American Diabetes Association. Standard of Medical Care in Diabetes 2011. *Rev. Diabetes Care.* 2011;34(Suppl 1):62-9.
6. American Diabetes Association. Standard of Medical Care in Diabetes 2012. *Rev. Diabetes Care.* 2012 January;32.
7. Holmes NH, Robinson H, Tschesholb B. *Diabetes Mellitus guía para el manejo del paciente.* Barcelona: Lippincott, Wilkins Williams; 2007.
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud España. 2007;11-49.
9. Guía Práctica Clínica IMSS. Diagnóstico y Tratamiento y Prevención del Sobrepeso y la Obesidad en el Adulto; 2009.
10. Alberti KG, Zimmet P, Shaw J. International Diabetes Federation: a consensus on Type 2 diabetes prevention. *Diabetic Medicine.* 2007;24:451-63.
11. Bastarachea RA, Laviada MH, Vázquez CHC. Análisis crítico de los nuevos criterios que sustentan el diagnóstico de pre-diabetes. *Revista de Endocrinología y Nutrición.* 2004;12(2):90-6.
12. Munguía MC, Sánchez BR, Tuz K, Alonso GA, Cruz M. Detección de glucosa en ayuno alterada en donadores de sangre. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.* 2009;47(1):17-24.
13. Parikh MPH, Ellen P, Kezhen FMS, Helen LMD, Crispín-Goytia BS, Horowitz CMD, et al. Results of a Pilot Diabetes Prevention Intervention in East Harlem, New York City: Project HEED. *American Journal of Public Health.* 2010;100(Suppl 1):S232-S239.
14. Gullies LC, Keith RA, Lambert CP, Nicola JC, Sutton JA, Hsul RT, et al. Intervenciones farmacológicas y en el estilo de vida para prevenir o retrasar la aparición de diabetes tipo 2 en personas con alteraciones en la tolerancia a la glucosa: análisis sistemático y metaanálisis. *BMJ (Ed. Esp).* 2008;2(Suppl 2):104-12.
15. American Diabetes Association. Standard of Medical Care in Diabetes 2009. *Rev. Diabetes Care.* 2009 January;32(Suppl 1):S13-S17.
16. Gómez DA, Wacher RN, Aguilar SC. Sistema de Actualización Médica en Diabetes (SAM). México; 2008.
17. Gupta AK, Johnson DW. Prediabetes and prehypertension in disease free obese adults correlate with an exacerbated systemic proinflammatory milieu. *Journal of Inflammation.* 2010;7:36.
18. Asociación Americana de Diabetes (USA) [Internet]; 2010 [citado 2011 enero 10]. Disponible en: www.diabetes.org/risk-test.jsp
19. Asociación Latinoamericana de Diabetes Alad. Prevención primaria de diabetes tipo 2. *Rev. de la Alad.* 2011;19(1):17-28.
20. Garber AJ, Handelsman Y, Einhorn D, Bergman DA, Bloomgarden ZT, Fonseca V, et al. Diagnosis and Management of prediabetes in the continuum of hyperglycemia- when do the risk of diabetes begin? A consensus statement from the American College of Endocrinology and the American Association of Clinical Endocrinologist. *Prediabetes Consensus Statement. Endocr Pract.* 2008;14(7):933-44.
21. Zimet P. Consenso de la FID para la prevención de la diabetes tipo 2. *Diabetes Hoy Med Sal.* 2007;8(5):1890-3.

Artículo original

Prevalencia de disfonías funcionales en docentes argentinos

Prevalence of Functional Dysphonia in Teachers from Argentina *Prevalência de disfonia funcional em professores argentinos*

Marcela Agostini-Zampieron,* Consuelo Barlatey-Frontera,* María Florencia Barlatey-Frontera,* Adriana Arca-Fabre*

Resumen

Objetivos: determinar la frecuencia de patología vocal en docentes de escuelas en la ciudad de Esperanza, establecer diferencias según edad y sexo, identificar factores de riesgo asociados al uso profesional de la voz y describir las patologías ocasionadas por el uso vocal como herramienta laboral. **Material y métodos:** estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, con base en datos obtenidos por medio de encuestas a profesionales docentes, pertenecientes a doce escuelas primarias y secundarias situadas en la ciudad de Esperanza, provincia de Santa Fe, entre febrero y mayo de 2012. **Resultados:** de los 238 docentes estudiados, se encontró una prevalencia de patología vocal de 16.8%, sin hallar diferencias estadísticamente significativas según edad y sexo. Los principales trastornos vocales referidos fueron las disfonías funcionales (55%) y los nódulos (22.5%). Los factores de riesgo identificados con valores altos fueron: ambiente de trabajo ruidoso, seco y frío; exposición a polvo de gis; enfermedades de las vías respiratorias y consumo de medicamentos prescritos. Una prevalencia que osciló entre 21.4 y 68.9% del total de docentes señaló síntomas de alteración vocal. **Conclusión:** la prevalencia de patología vocal en docentes de la ciudad de Esperanza fue menor a la esperada, en comparación con la literatura científica revisada. Sin embargo, se observó que un gran número de docentes refería presencia de síntomas de afección vocal. La promoción y prevención de estas patologías asociadas a la voz no se cumplen debido a la falta de capacitación a los docentes para un correcto uso de su voz.

Summary

Objectives: to find out the frequency of vocal pathology at teachers from schools in the city of Esperanza, to establish differences according to age and sex, to identify risk factors associated with the professional use of the voice and to describe the pathologies caused by vocal use as a working tool. **Material and methods:** observational, descriptive study of cross-section, based on data obtained through surveys to professional teachers, belonging to twelve primary and secondary schools located in the city of Esperanza, province of Santa Fe, between February and May, 2012. **Results:** of the 238 studied teachers, a prevalence of vocal pathology of 16.8% was found without finding statistically significant differences according to age and sex. The main vocal disorders referrals were the functional dysphonia (55%) and nodules (22.5%). The risk factors identified with high values were: loud, dry and cold work environment; exposure to chalk dust; diseases of the airways and taking prescribed medications. A prevalence that ranged from 21.4% to 68.9% from the total teachers noted symptoms of vocal alteration. **Conclusion:** the prevalence of vocal Pathology at teachers of the city of Esperanza was less than expected, in comparison to the scientific literature reviewed. However, it was observed that a large number of teachers that referred symptoms of vocal condition. Promotion and prevention of these pathologies associated to the voice are not met due to the lack of training teachers for a correct use of their voice.

Resumo

Objetivos: determinar a frequência das patologias vocais em professores de cidade de Esperança, estabelecer as diferenças por sexo e idade, identificar fatores de risco associados com o uso profissional da voz e descrever as doenças causadas pelo uso vocal como ferramenta de trabalho. **Material e métodos:** estudo observacional, descriptivo, transversal, com base em dados obtidos através de pesquisas para

Palabras clave: voz, docentes, factores de riesgo vocal

Key Words: voice, teachers, vocal risk factors

Palavras chave: professores de voz, fatores de risco vocais

Recibido: 6/12/12

Aceptado: 21/2/13

*Centro de Altos Estudios en Ciencias Humanas y de la Salud (Caecihs) y Carrera de Medicina, Universidad Abierta Interamericana, Rosario, Argentina

Correspondencia:
Marcela Agostini-Zampieron
agostinimarcela8@gmail.com

Este artículo debe citarse: Agostini-Zampieron M, Barlatey-Frontera C, Barlatey-Frontera MF, Arca-Fabre A. Prevalencia de disfonías funcionales en docentes argentinos. *Aten Fam.* 2013;20(3):81-85.

profissionais da educação, pertencentes a doze escolas primárias e secundárias localizadas na Cidade da Esperanza, Santa Fe, entre fevereiro e maio 2012. **Resultados:** dos 238 professores entrevistados, foi encontrada uma prevalência de 16.8% de patologia vocal, sem encontrar-se diferenças estatisticamente significativas, por idade e sexo. Os principais distúrbios vocais foram a disfonía funcional (55%) e nódulos (22.5%). Os fatores de risco identificados com valores altos de incidência são um ambiente de trabalho barulhento, frio e climas seco, poeira de giz, doenças respiratórias e consumo de medicamentos. A prevalência variou entre 21.4 e 68.9% de todos os professores apontou sintomas de alteração vocal. **Conclusão:** a prevalência de patologia vocal em professores na Cidade de Esperanza foi menor do que o esperado, em comparação com a literatura. No entanto, observou-se num grande número dos referidos professores a presença de sintomas do distúrbio de voz. A promoção e prevenção destas doenças associadas à voz não são atendidas devido à falta de formação dos professores para o uso adequado da sua voz.

Introducción

El ejercicio de cualquier profesión requiere el dominio de habilidades y conocimientos específicos para desarrollarla de manera óptima y eficaz. Pero para determinadas profesiones u oficios es necesario utilizarlos con suma eficacia, ya que son su preciada herramienta de trabajo.¹⁻³

La definición del problema de la voz no es tan sencilla: es un fenómeno multidimensional que por lo general incluye una autopercepción de la reducción del bienestar físico, emocional, social y profesional. En una comparación de las diferentes ocupaciones, según resultados de Estados Unidos y Suiza, ser cantante es la ocupación con mayor riesgo para un trastorno de voz, seguido de trabajadores sociales, profesores, abogados, sacerdotes, operadores telefónicos, agentes de viajes y trabajadores de la salud.⁴ La disfonía constituye la patología de la voz más frecuente en distintas profesiones. Según la Clasificación Internacional de Enfermedades

(CIE), la incidencia de la patología vocal se está incrementando considerablemente.⁵ Datos internacionales de prevalencia de la disfonía plantean que la población en general se afecta entre 11 y 29%. En Estados Unidos, 28 millones de trabajadores experimentan diariamente problemas de la voz. Se afirma que 5% de la población española sufre algún trastorno de este tipo, siendo más frecuente entre los 25 y los 45 años, y afectando ligeramente más a mujeres que a hombres. Los expertos sobre el tema indican que la prevalencia de la patología vocal es superior entre los profesionales en relación con la población en general.^{5,6} La disfonía es un trastorno de la voz en cualquiera de sus tres cualidades acústicas (tono, intensidad y timbre),⁷ que altera la comunicación.

Estas patologías resultan especialmente frecuentes en docentes en comparación con otras profesiones, lo cual causa un importante número de incapacidades laborales transitorias. Las investigaciones en el área de la medicina del trabajo se han dirigido sobre todo a medir la frecuencia con la que se presentan las disfonías en docentes, y su prevalencia varía: en España,⁸ según un análisis realizado en La Rioja, se evidenció 57% de trastornos de la voz en el personal docente; en Venezuela⁹ se reportó que 90% de los docentes evaluados presentó síntomas compatibles con patología vocal; en Brasil,¹⁰ 80.5% reportó problemas vocales.

Dada la alta incidencia de patología de la voz en trabajadores que la utilizan como su herramienta básica de trabajo, se justifica la realización de esta investigación, con el objetivo de conocer su prevalencia y su asociación con diferentes factores de riesgo de la población de trabajadores docentes de escuelas primarias y secundarias en la ciudad de Esperanza, provincia de Santa Fe. Además se pretende incentivar la creación y uso de programas de prevención vocal para disminuir la incidencia en la población de riesgo.

Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, con base en datos obtenidos

por medio de encuestas, empleadas como instrumentos validados en una investigación previa. Éstas se realizaron de manera individual a cada profesional y fueron elaboradas según los objetivos de la investigación y la literatura revisada, para identificar síntomas vocales, factores de riesgo y valoración de las condiciones laborales. Todos los participantes ofrecieron su consentimiento informado para ser encuestados en forma escrita. Los trabajadores docentes pertenecían a escuelas primarias y secundarias, situadas en la ciudad de Esperanza.

Se realizaron 238 encuestas en 12 instituciones educativas diferentes, mediante muestreo no probabilístico, del 1º de febrero al 3 de mayo de 2012.

Las variables cuantitativas se describieron con sus promedios y desvío estándar, fueron evaluados también mínimos y máximos. Para las variables cualitativas se calcularon porcentajes y frecuencias. Para la comparación y asociaciones entre variables se utilizaron los siguientes test: Estadística χ^2 de Pearson y Test T-Student. Para todos los test se empleó un nivel de significación de 5% ($\alpha=0.05$) y se calculó la prevalencia con los correspondientes intervalos de confianza (ic).

Resultados

El grupo en estudio quedó conformado por 238 docentes pertenecientes a 12 escuelas de la ciudad. La edad promedio fue de 43.3 \pm 8.6 años, con una edad mínima de 22 y una máxima de 64, 87.4% (208) de sexo femenino.

Asimismo, 81.1% (193) no fuma actualmente; la cantidad promedio de cigarrillos que fumaba a diario era de 9 \pm 5.3, y el promedio de años que fumó fue de 16 \pm 8.7.

El tiempo promedio que los docentes laboraron en la institución fue de 11.8 \pm 9.4 años; 75.6% (180) había trabajado anteriormente en otras escuelas; el tiempo promedio fue de 8.7 \pm 8.4 años; 91.2% (217) trabajaba cinco días a la semana, 5.5% (13) cuatro días, 2.1% (5) tres días y 1.3% (3) dos días.

La cantidad promedio de alumnos que los docentes tenían por curso fue de 26 \pm 5.07, con un mínimo de 2 (pertenecientes

a docentes de alumnos especiales) y un máximo de 40.

Por su parte, 66.8% (159) trabajaba en un ambiente ruidoso; 56.7% (135) consideraba que el ambiente laboral era húmedo, 43.3% (103) seco, 66.4% (158) caliente y 33.6% (80) frío. En tanto, 7.1% (17) practicaba actividad fuera del trabajo que requería el uso de la voz; 52.9% (9) es cantante, 23.5% (4) comerciante, 11.8% (2) actor y 11.8% (2) locutor. A 16.8% (40) le habían diagnosticado algún problema de la voz, mientras que 55% (22) de los docentes con problemas de voz presentaba disfonía y/o mal uso de la voz, 22.5% (9) nódulos, 20% (8) laringitis y 2.5% (1) hiatus laríngeo. Asimismo, 79.8% (190) no tuvo licencia laboral por algún problema en la voz durante el último año; 66.7% (32) tuvo licencia cinco días o menos, 25% (12) entre seis y 10 días, 6.2% (3) entre 11 y 15 y 2.1% (1) más de 15; 42.9% (102) consumía actualmente medicamentos prescritos por su médico (figura 1).

De los docentes encuestados, 44.1% (105) consumía bebidas alcohólicas ocasionalmente, 32.4% (77) no las consumía, 21% (50) las consume semanalmente, 1.3% (3) mensualmente y 1.3% (3) diariamente; 60.5% (144) no presentó pirosis frecuente o reflujo del alimento después de comer o en la noche; 30.3% (72) presenta patologías respirato-

Figura 1. Medicamentos que consumen los docentes en forma prescrita



rias, 45.8% (33) rinitis, 27.8% (20) sinusitis, 22.2% (16) laringitis, 9.7% (7) desviación de tabique, 8.3% (6) asma y 1.4 (1) hipertrofia de cornetes; 98.7% (235) no había recibido algún tratamiento por cáncer o radioterapia en cabeza y cuello, y 1.3% (3) sí lo recibió (un docente yodo radiactivo y dos extracción quirúrgica de tumor tiroideo) (figuras 2 y 3).

La prevalencia de problemas de voz en los docentes de las escuelas de Esperanza fue de 40/238=0.168, con su correspondiente IC 95% (0.12; 0.22). Se concluye que la prevalencia de problemas de voz en docentes de las escuelas de Esperanza es de 16.8%, pudiendo estar entre 12 y 22%. En tanto, 63%

(150) de los docentes expresó que su voz era ronca, con una prevalencia de 150/238=0.63 y su correspondiente IC 95% (0.57; 0.69); 45.8% (109) mencionó que su voz era débil, con una prevalencia de 109/238=0.458 y su correspondiente IC 95% (0.39; 0.52); 68.1% (162) señaló la necesidad de realizar un esfuerzo mayor cuando habla, con una prevalencia de 162/238=0.681 y su correspondiente IC 95% (0.62; 0.74); 69.3% (165) indicó que su voz se entrecorta cuando habla, con una prevalencia de 73/238=0.307 y su correspondiente IC 95% (0.25; 0.37) (figuras 2 y 3).

Con base en la evidencia muestral se concluye que no existen diferencias estadísti-

Figura 2. Algunas características sobre el uso de la voz en el trabajo

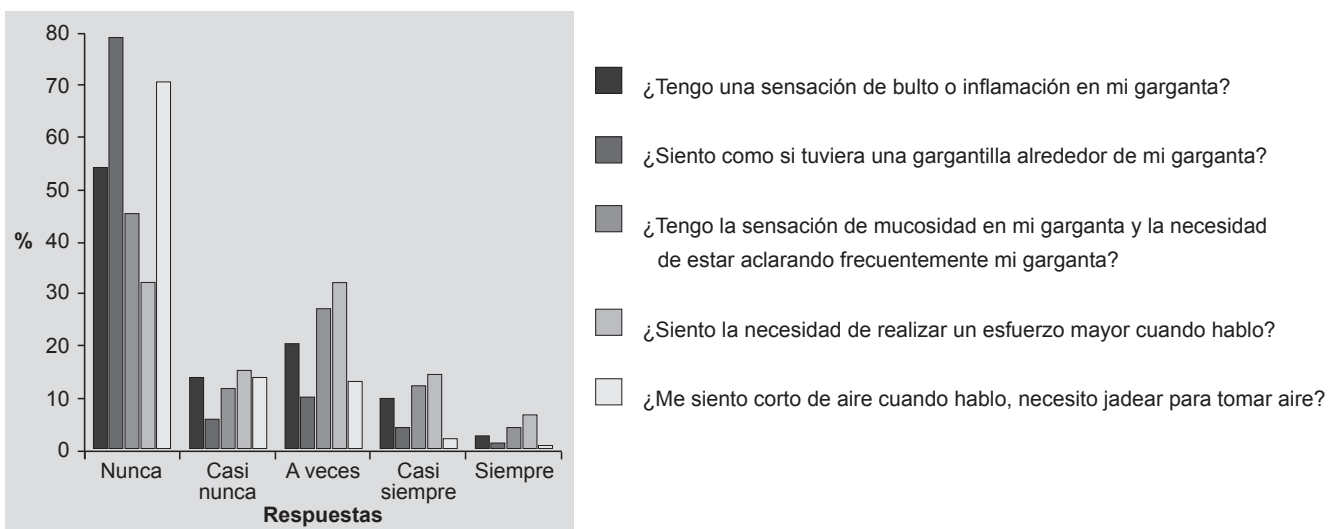
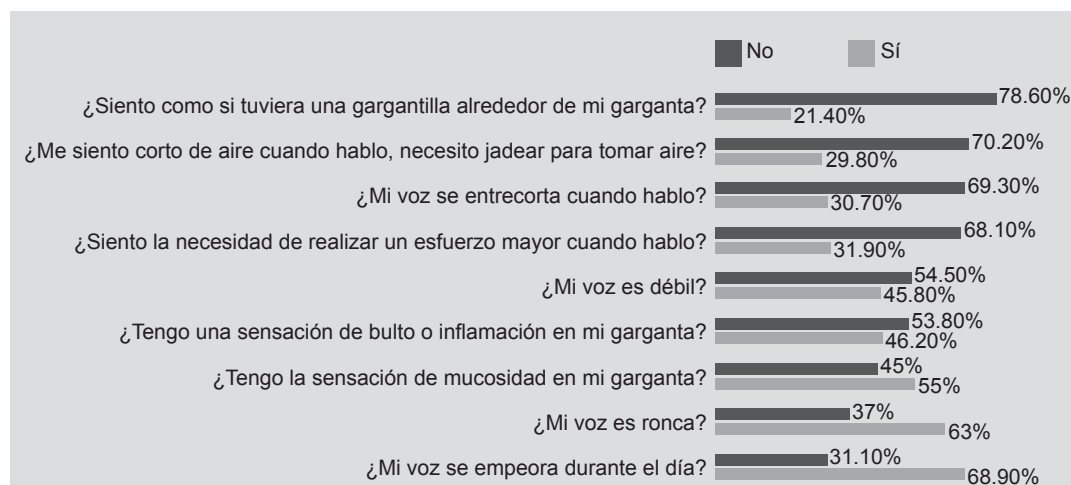


Figura 3. Síntomas vocales



camente significativas en el diagnóstico sobre problemas de voz según el género ($p=0.286$), entre los promedios de edades ($p=0.977$) ni en el diagnóstico sobre problemas de voz entre los diferentes niveles escolares ($p=0.643$).

Discusión

Dada la alta incidencia mundial de la patología vocal en trabajadores docentes, este trabajo intenta describir su prevalencia con énfasis en los múltiples factores que pueden condicionar su génesis.

En este trabajo, la prevalencia fue de 16.8%, porcentaje mucho menor a lo esperado, sobre todo si se compara con el trabajo realizado por Salas-Sánchez y cols.,¹⁰ quienes analizaron la prevalencia de disfonías en profesores de educación primaria y secundaria del distrito de Pampas (Perú) con prevalencia de 44%. Preciado y cols.,⁷ en España, encontraron niveles altos de prevalencia (57%), en los que predominaban las disfonías funcionales (29%), seguidas de las orgánicas (20%). Este último dato coincide con lo hallado en el presente estudio, en el cual las lesiones prevalentes fueron disfonías funcionales (55%) y nódulos (22.5%). Respecto a los tipos de lesiones, tanto los resultados de este estudio como los obtenidos por Preciado y cols.⁷ pueden atribuirse a que el esfuerzo vocal intenso que realizan estos trabajadores favorece mayormente la alteración de la función vocal (disfonías funcionales).

A pesar de ser mayor el número de patologías de la voz en el sexo femenino (17.8%) que en el masculino (10%), las diferencias entre ellos no fueron estadísticamente significativas. Sánchez-Jacas y cols., en Cuba,¹¹ vieron un predominio de patologías en trabajadores de la enseñanza del sexo masculino, y Russell y cols.¹² (Australia) encontraron diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres respecto a la presencia de síntomas en su carrera (12.9% varones y 22% mujeres), durante el curso escolar (14.3% varones y 22.5% mujeres) y el día de la encuesta (11.9% varones y 18.2% mujeres). En este estudio opinamos que el predominio se debe en parte a la clara desproporción entre el número de docentes de sexo masculino y el número superior de docentes de sexo femenino.

Registramos que no existieron diferencias estadísticamente significativas entre los promedios de edades. Un resultado similar fue encontrado por Barreto-Munévar y cols.¹³ en Bogotá (Colombia), donde la edad promedio de docentes y su relación con la presencia o no de patología no arrojaron datos significativos. Posiblemente se deba a que tanto los docentes jóvenes como los mayores tienen fallas de técnica vocal similares. En contraste, Wolfe y cols.¹⁴ afirman que ser mayor de 35 años constituye un factor de riesgo para padecer este tipo de afecciones.

Entre los factores ambientales que influyeron negativamente en los docentes se

encontraron: ámbito de trabajo ruidoso (66.8%), exposición al polvo de gis (75.6%), ambiente de trabajo seco (43.3%) y frío (33.6%). El ruido obligó a los docentes a elevar y forzar el tono de voz para superar el de fondo, y además, como es sabido, tanto la exposición al polvo de gis como ambientes fríos y secos irritan las mucosas de la laringe. En un trabajo publicado en Barcelona¹⁵ acerca de las disfonías en los docentes de educación general básica se constataron como factores de riesgo la exposición al polvo de gis (97-98% –pública vs. privada–), los ambientes de

clase ruidosos (67-66%) y la mala acústica del aula (49-30%).

Barbero-Díaz y cols.¹⁶ hallaron, de 169 estudiados, una prevalencia de 87% de incapacidad de la voz (leve-moderada-grave); 26.6% era fumador y 22.5% consumía alcohol a diario. En la presente investigación se observó que 18.9% del personal docente de Esperanza fuma. En cuanto al alcohol, el bajo porcentaje de ingesta diaria quizá se deba a que nuestra muestra abarcó principalmente al sexo femenino, que en general presenta hábitos de vida más saludables.

Un dato que nos llamó la atención fue la cantidad de docentes que consumía fármacos prescritos por su médico (42.9%) con predominio de tratamientos hormonales (53.9%: hormonas tiroideas, 39.2%; estrógenos y progestágenos, 14.7%), antihipertensivos (26.4%) y psicofármacos (13.7%). Nuestras cifras son muy superiores a las publicadas por Gañet y cols.¹⁷ en Madrid (22% refirió tomar medicación habitualmente). La numerosa indicación de hormonas tiroideas demostró que últimamente se ha incrementado la cantidad de pacientes con patología tiroidea, sin poder atribuirlo aún a alguna causa específica, lo cual podría constituir un punto importante para futuras investigaciones.

Encontramos un alto porcentaje de docentes (30.3%) que tenía entre sus ca-

racterísticas médicas padecer enfermedades respiratorias como rinitis (45.8%), sinusitis (27.2%), laringitis (22.2%) y desviación de tabique (9.7%), lo que hace pensar que los docentes están más expuestos al contagio de procesos respiratorios al tener contacto estrecho con niños, y que debido a su necesidad de hablar sufren con más frecuencia procesos de laringitis. Pérez y cols.¹⁸ detectaron que 59% de los docentes disfónicos y 48% de los normales presentó anomalías en la rinoscopia anterior: desviación septal (41% los docentes disfónicos y 39% los docentes normales), rinitis hipertrófica (13 y 8%), desviación septal junto a rinitis hipertrófica (3 y 0%) y pólipos nasales (1 y 1%).

Según un estudio realizado por Escalona⁸ sobre alteraciones de la voz y condiciones de trabajo de maestros de Aragua (Venezuela), la prevalencia de éstas osciló entre 41 y 74%. Las más elevadas fueron resequedad en la garganta (74%), carraspera (65.5%), escozor faríngeo (58.2%), ronquera (54.9%) y fatiga vocal (50.7%), en contraste con nuestro estudio, en el cual obtuvimos una prevalencia que osciló entre 21.4 y 68.9%. Las más altas fueron percepción de un empeoramiento de la voz durante el día (68.9%), sentir la necesidad de realizar un esfuerzo mayor al hablar (68.1%), voz ronca (63%), sensación de mucosidad en la garganta (55%), sensación de bulto o inflamación en la garganta (46.2%) y voz débil (45.8%).

Anido y cols.,¹⁹ de la provincia de Buenos Aires, hallaron que 70% de los evaluados presentó algún tipo de compromiso en alguna de las características de la voz: la más frecuentemente identificada fue la tensión, seguida del soplo y la ronquera. El hecho de que un gran porcentaje del personal docente de Esperanza refiriera síntomas de patología vocal, principalmente al finalizar el turno de trabajo, confirma que su principal causa es el esfuerzo de la voz que requiere. Éste, aunado al alto porcentaje que refiere trabajar en un ambiente ruidoso, desencadenaría una disfonía transitoria, que justificaría la presencia, durante unas horas, de una serie de síntomas inespecíficos

como ronquera, voz entrecortada, necesidad de aclarar la garganta, entre otros.

En la provincia de Santa Fe no se dispone de datos para realizar comparaciones con estudios previos, situación que motivó llevar a cabo el presente trabajo.

Creemos que los docentes estudiados de la ciudad de Esperanza tienen una baja prevalencia de diagnóstico de patología de la voz, pero presentan una gran cantidad de síntomas, de los cuales deben tomar conciencia por el riesgo que tienen de sufrir trastornos futuros, que quizás podrían ser prevenidos.

Un tema relevante es que en nuestra población de estudio ninguno de los docentes mencionó haber recibido algún tipo de educación vocal, lo cual consideramos es de vital importancia para esta clase de ocupación.

La promoción y prevención de estas patologías asociadas a la voz no se cumplen debido a la falta de capacitación a los docentes para un correcto uso de su voz.

Se hace necesario, por tanto, desarrollar una estrategia de ambiente de trabajo saludable, la cual es un conjunto de medidas de carácter básicamente promocional, preventivo y participativo, que reconoce el derecho de los trabajadores a desempeñar sus actividades laborales en un medio sano y adecuado y a ser informados sobre los riesgos del ambiente de trabajo en relación con su salud, bienestar y supervivencia; así como a tener una participación activa en la eliminación y/o mitigación de los factores adversos del medio laboral que inciden en su bienestar y calidad de vida, sobre la base de las definiciones de sus responsabilidades y deberes respecto a la protección y recuperación del ambiente de trabajo y la salud, con el objetivo fundamental de obtener mejoras adicionales en los indicadores de salud y seguridad, enmarcadas dentro del Plan Regional de Salud Ocupacional.

Referencias

1. Jackson-Menaldi MC. La voz patológica. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2002.
2. Bustos-Sanchez I. La voz: la técnica y la expresión. Barcelona: Editorial Paidotribo; 2003.
3. Verdolini K, Ramig LO. Review: Occupational risks for voice problems. *Log Phon Vocal*. 2001;26:37-46.

4. Roy N, Merrill RM, Gray SD, Smith EM. Voice disorders in the general population: prevalence, risk factors, and occupational impact. *The Laryngoscope*. 2005;115(11):1988-95.
5. Miranda-Ley M, Pazo-Quintana T. Factores de riesgo vocal en locutores de la unidad provincial de patrulla [Internet]. 2007 [citado 2012 Feb 11]. Disponible en: http://files.sld.cu/rehabilitacion-logo/files/2010/10/factores_de_riesgo_vocal_en_lo_cutores_de_la_unidad_de_patrulla_.pdf
6. Dorado MC, Cobo P. Incidencia de las patologías vocales en maestros de educación primaria en la ciudad autónoma de Ceuta. *Logop Fon Audiol*. 2003;23(1):30-41.
7. Preciado J, Pérez C, Calzada M, Preciado P. Incidencia y prevalencia de los trastornos de la voz en el personal docente de La Rioja. *Act Otorrinolaringol Esp*. 2005;56:202-10.
8. Escalona E. Alteraciones de la voz y condiciones de trabajo en maestros de enseñanza Primaria. Aragua. Venezuela. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2006.
9. Lemos S, Rumel D. Ocorrência de disфония em professores de escolas públicas da rede municipal de ensino de Criciúma-SC. São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 2005;30(112):7-13.
10. Salas-Sánchez WA, Centeno-Huaman J, Landa-Contreras E, Amaya-Chunga JM, Benites-Galvez MR. Prevalencia de disфония en profesores del distrito de Pampas Tayacaja-Huancavelica. *Rev Med Hered*. 2004;15(3):129.
11. Sánchez-Jacas I, Fuente-Castillo Y, Silveir MV, Tenazón-Miclín O. Afecciones laríngeas en trabajadores de la enseñanza. *Rev Cubana Hig Epidemiol*. 2000;38(1):37-42.
12. Russell A, Oates J, Greenwood KM. Prevalence of voice problems in teachers. *J of voice*. 1998;12:467-79.
13. Barreto-Munévar DP, et al. Factores ambientales y hábitos vocales en docentes y funcionarios de pre-escolar con alteraciones de voz. *Rev. Salud Pública*. 2011;13(3):410-20.
14. Wolfe V, Fitch J, Cornell R. Acoustic prediction of severity in commonly occurring voice problems. *J Spech Hear Res*. 1995;38(2):273-9.
15. Perelló E, Arxé-Gálvez MP, Casasnovas-Manau MT, Cisteló-Bahima M, Roig-Farrás C, Sánchez-Asín A. Estudio acerca de las disfonías en los docentes de EGB. *Rev. Logop. Fonoaud*. 1985;4(3):173-84.
16. Barbero-Díaz FJ, Ruiz-Frutos C, Barrio-Mendoza A, Bejarano-Domínguez E, Alarcón-Gey A. Incapacidad vocal en docentes de la provincia de Huelva. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. 2010;56(218):39-48.
17. Gañet RE, Serrano C, Gallego MI. Patología vocal en trabajadores docentes: influencia de factores laborales y extralaborales. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2007;10(1):12-7.
18. Pérez C, Preciado J, Calzada M, Preciado P. Examen de la función vocal y análisis acústico de 905 docentes de La Rioja. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2005;56(6):261-72.
19. Anido S, Aranciaga M, Díaz-Quiroga M, Maruelli B, Quintas S, Ross A, et al. Estudio descriptivo de prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, disfonías y estado bucal en la población docente de la provincia de Buenos Aires. *Capital Federal: SUTEBA*; 2009.

Artículo original

Frecuencia, factores de riesgo y tipos de violencia intrafamiliar en un grupo de mujeres de una clínica de medicina familiar en la ciudad de México

Frequency, Risk Factors, and Types of Domestic Violence in a Group of Women from a Family Medicine Clinic in Mexico City *Frequência de fatores de risco e tipos de violência familiar num grupo de mulheres numa clínica de medicina familiar na Cidade do México*

Esther González-Alexander,* Efrén R. Ponce-Rosas,** Silvia Landgrave-Ibáñez,**
Laura E. Baillet-Esquivel,** Silvia Munguía-Lozano,** Omar Jáuregui-Jiménez*

Resumen

Objetivo: identificar frecuencia, factores de riesgo y tipos de violencia intrafamiliar (VI) en mujeres mayores de 18 años. **Material y métodos:** estudio observacional, descriptivo y transversal. Muestra no aleatoria, no representativa, con nivel de confianza de 95%, precisión de 8%, variabilidad de $p=0.7$ y $q=0.3$. Se estudiaron 126 mujeres de una clínica de medicina familiar de la ciudad de México quienes aceptaron participar de forma voluntaria y que no hubieran tenido una relación de pareja en los últimos 12 meses. Se efectuó una sola medición por medio de un cuestionario entre julio y septiembre de 2012. **Resultados:** se encontró la presencia de violencia psicológica, física, económica y sexual. Se identificó como factor de riesgo el antecedente de violencia en la infancia. De las mujeres entrevistadas, 97% manifestó no haber recibido orientación en cuanto a problemas de VI por parte de su médico familiar. **Conclusiones:** la VI es un tema no abordado por parte del médico familiar. La escasa información para orientar a las pacientes ha hecho que se tenga un bajo registro de casos.

Summary

Objective: to identify frequency, risk factors and types of domestic violence in women older than 18 years. **Material and methods:** observational, descriptive and cross-sectional study. Non-random, non-representative sample with a confidence level of 95%, precision 8%, variability $p=0.7$ and $q=0.3$. The study included 126 women from a Family Medicine Clinic in Mexico City who voluntarily agreed

Este artículo debe citarse: González-Alexander EM, Ponce-Rosas ER, Landgrave-Ibáñez S, Baillet-Esquivel LE, Munguía-Lozano S, Jáuregui-Jiménez O. Frecuencia, factores de riesgo y tipos de violencia intrafamiliar en un grupo de mujeres de una clínica de medicina familiar en la ciudad de México. *Aten Fam.* 2013;20(3):86-90.

to participate through a previous consent and who had not had a relationship in the past 12 months. A single measurement was made through a questionnaire from July to September 2012. **Results:** the presence of psychological, physical, economic and sexual violence was found. The history of violence during childhood was identified as a risk factor. Of the interviewed women, 97% said they have not received guidance on issues of family violence by their family physician. **Conclusions:** domestic violence is an issue addressed by the family physician. The little information to guide patients has made that there is a low registry of cases.

Resumo

Objetivo: identificar a frequência, fatores de risco e tipos de violência intrafamiliar (VI) em mulheres com mais de 18 anos. **Material e métodos:** estudo observacional, descritivo e transversal. Amostra não aleatória e não representativa, com nível de confiança de 95%, 8% de precisão, variabilidade de $p=0.7$ e $q=0.3$. Foram estudadas 126 mulheres em uma clínica de medicina familiar na Cidade do México que aceitaram participar voluntariamente e não tinham tido um relacionamento nos últimos 12 meses. Medição única foi realizada através de um questionário, entre julho e setembro de 2012. **Resulta-**

Palabras clave: violencia, violencia intrafamiliar, medicina familiar

Key Words: violence, domestic violence, family medicine

Palavras chave: violência, violência intrafamiliar, medicina de família

Recibido: 27/3/13
Aceptado: 24/5/13

*Especialista en Medicina Familiar.
Profesor de la Subdivisión de Medicina Familiar, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). *Profesor adjunto de la Especialidad de Medicina Familiar, clínica de medicina familiar "Gustavo A. Madero", Instituto de Seguridad y Servicio Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

Correspondencia:
EM González-Alexander
monhtga@yahoo.com

dos: encontramos a presença de violência psicológica, física, econômica e sexual. Foi identificado como fator de risco o histórico de violência na infância. Das mulheres entrevistadas, 97% disseram que não receberam orientação sobre questões VI do seu médico de família. **Conclusões:** o VI é um problema não foi abordado pelo médico de família. Há pouca informação para orientar os pacientes levou a ter um mau registro de casos.

Introducción

Los patrones culturales en México establecen que la violencia es “normal” en las relaciones de pareja. Por esta razón, gran número de víctimas y agresores no considera que su relación sea violenta, a pesar de la presencia de maltrato físico, psicológico y abuso sexual.¹

En los países latinoamericanos, la mayoría de las leyes emplea el término “violencia intrafamiliar” (VI) cuando se refiere principalmente a la violencia contra la mujer perpetrada por su pareja. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) lo utilizó en un principio, pero lo ha cambiado por el de “violencia basada en género” o “violencia contra las mujeres” para aludir a la amplia gama de actos que comúnmente padecen las mujeres.²

Una proporción importante de mujeres sufre el primer episodio de violencia a manos de su pareja durante el noviazgo; esta conducta se dispara hasta alcanzar entre 60 y 96% durante el primer año de la unión. En las parejas jóvenes se presenta la mayor proporción de episodios violentos.³ En 64% de los casos de VI hay antecedentes de violencia en la familia, por lo que se plantea que existe el peligro de la transmisión generacional. En la edad adulta, las hijas de mujeres víctimas de violencia doméstica tienen mayores probabilidades de sufrir este tipo de agresiones y los hijos de esas mujeres son más propensos a perpetrarla.^{4,5}

La Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005⁶ señala que la VI comprende: abandono, maltrato físico, psicológico y sexual. La Organización de las Naciones Unidas añade abuso económico, conductas para el dominio, control y “manipulación” de los hijos.¹

El perfil de la mujer agredida incluye: experiencias de maltrato en la niñez, baja autoestima, falta de asertividad, diversos grados de depresión, culpa, temor permanente, así como sentimientos de vergüenza y humillación.⁷ En tanto, en el perfil del principal agresor destaca: escolaridad inferior a la educación secundaria, baja autoestima, haber presenciado violencia conyugal durante la niñez, y abuso en el consumo de alcohol.¹ El hogar suele ser el sitio en el que se ejerce de manera más constante la violencia. Se estima una prevalencia mundial de violencia ejercida contra las mujeres de aproximadamente entre 10 y 50%.⁸ La VI debe considerarse como un problema de salud que se traduce en muertes, enfermedades y disminución de la calidad de vida.⁹

La investigación acerca de la violencia en contra de la mujer en México es reciente. Entre 2002 y 2003, el Instituto Nacional de Salud Pública, el Programa de Salud de la Mujer de la Secretaría de Salud e investigadores invitados formaron el grupo de trabajo de investigación sobre violencia contra la mujer, el cual desarrolló una encuesta nacional para conocer la magnitud de la violencia de pareja en mujeres usuarias de los servicios públicos de salud: la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM) 2003, que incluyó un instrumento de autoaplicación para los prestadores de servicios de salud.¹⁰ Los resultados aportaron suficiente evidencia que sustenta la necesidad de desarrollar estrategias para la intervención del sector salud, como la prevención, la identificación a través de instrumentos de tamizaje universal, la atención a las mujeres o niñas que sufren cualquier expresión de violencia, y la canalización a servicios especializados.¹¹ Esta encuesta se aplicó nuevamente en 2006,¹¹ con el propósito de recabar información sobre VI, para evaluar el desarrollo y metas obtenidas en torno al conocimiento y la aplicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999.

Los profesionales sanitarios no pueden permanecer ajenos a este importante problema de salud pública, pues su intervención es necesaria para la prevención, la detección,

el tratamiento y la orientación adecuada de los casos. Se ha demostrado que 70% de las mujeres maltratadas espera que el personal médico sea quien inicie el diálogo respecto al abuso. Cuando el personal de salud pregunta con empatía, libre de juicios y en un clima de confianza, las pacientes expresan la situación de abuso en la que viven.^{12,10} El médico familiar debe conocer la problemática que implica la VI a fin de detectarla de manera oportuna y así ofrecer medidas preventivas o de canalización a algún servicio de apoyo.¹²

El objetivo de este estudio fue identificar la frecuencia de los tipos de VI que se presenta en mujeres mayores de 18 años, así como los factores de riesgo asociados y el tipo de intervención que realiza el médico familiar.

Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo y transversal, con una población de referencia de 13 241 mujeres y una muestra de 126 mujeres mayores de 18 años, derechohabientes de la clínica de medicina familiar “Gustavo A. Madero” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en la ciudad de México, de julio a septiembre de 2012. La muestra fue no aleatoria, no representativa, con nivel de confianza de 95%, precisión de 8%, variabilidad de $p=0.7$ y $q=0.3$. Se incluyeron mujeres que aceptaron participar de forma voluntaria y que tuvieran una relación de pareja o la hubieran tenido durante los últimos 12 meses.

En una sola medición se realizaron entrevistas individuales con aplicación de un cuestionario de VI de pareja, en un consultorio médico, previo consentimiento informado. El cuestionario constó de 88 preguntas, divididas en las siguientes secciones: Datos sociodemográficos (25 preguntas), Estado de salud de la mujer encuestada (12 preguntas), Antecedente de violencia en la familia de origen (11 preguntas), Percepción de los roles de género (cuatro preguntas) y Actuar del médico familiar ante la VI (cuatro preguntas); para la sección de Violencia psicológica, física,

Tabla 1. Datos sociodemográficos y antecedentes de violencia en la familia de origen

Datos sociodemográficos de la mujer		
Variable		Porcentaje (%)
Estado civil	Casada	77.0
	Soltera	1.6
	Divorciada	1.6
	Unión libre	19.8
Ocupación	Hogar	40.5
	Empleada	38.9
	Profesional	5.6
	Otras	15.0
Edad		Media 47 años
Escolaridad		Media 13.21 años
Ingreso		Media 8 182 pesos*
Datos sociodemográficos de la pareja		
Variable		Porcentaje (%)
Ocupación	Empleado	47.6
	Jubilado/ pensionado	14.3
	Profesional	11.9
	Desempleado	5.6
	Otras	20.6
Alcoholismo		62.7
Tabaquismo		61.9
Consumo de drogas		7.1 (marihuana 4.8)
Edad		Media 51 años
Escolaridad		Media 14.21 años
Ingreso		Media 7 025 pesos*
Antecedentes de violencia en la familia de origen		
Variable		Porcentaje (%)
Insulto familia de origen		57.9
Golpes familia de origen		31.0
Ejecutor de la violencia	Madre a padre	6.3
	Padre a madre	27.8
	Ambos	19.8
	Ninguno	41.3
	Otros	4.8
Golpes en la infancia		41.3
Insultos en la infancia		56.3
Golpes familia origen pareja		30.2
Insultos familia origen pareja		34.9

*Salario mínimo en pesos mexicanos a la fecha de la entrevista: 64.76 al día

económica y sexual (14, 11, cuatro y tres preguntas, respectivamente) se utilizó un extracto de la ENVIM 2006.

Se emplearon pruebas estadísticas descriptivas para las medidas de resumen, χ^2 de bondad de ajuste y pruebas estadísticas de asociación para las variables ordinales y nominales. Para el análisis estadístico de las variables de la base de datos se utilizó el programa SPSS v.20. Este estudio se llevó a cabo de acuerdo con los principios éticos para las investigaciones en seres humanos, establecidos en los ámbitos internacional, nacional y local, vigentes hasta el momento.

Resultados

Se aplicaron 126 cuestionarios a mujeres mayores de 18 años derechohabientes de la clínica de medicina familiar "Gustavo A. Madero" del ISSSTE. En la tabla 1 se muestran los datos sociodemográficos de las mujeres encuestadas y de su pareja, así como los antecedentes de violencia en la familia de origen.

En cuanto a la percepción del estado de salud, 47.6% la señaló como regular, 70.6% refirió alguna patología, 78.6% consumía medicamentos (de éstas, 32.5% más de tres medicamentos), 17.5% ingería bebidas alcohólicas y 34.9% fumaba.

Respecto a los roles de género, 53.2% indicó estar de acuerdo con la obediencia al esposo, 11.9% mencionó que un hombre tiene derecho a pegarle a su pareja si descubre infidelidad, 9.5% opinó estar de acuerdo en mantener relaciones sexuales con su pareja sin quererlo y 50.8% contestó que es obligación del hombre responsabilizarse de todos los gastos económicos de la familia.

En las tablas 2, 3, 4 y 5 se presentan las características de la violencia y sus frecuencias según los aspectos psicológico, físico, económico y sexual. En dichas tablas y con fines de comparación se muestran entre paréntesis los porcentajes obtenidos en la ENVIM. Los valores de significancia estadística se refieren a los porcentajes obtenidos en el presente estudio al compararlos con los de la ENVIM; para dicho propósito se utilizó la prueba χ^2 de bondad de ajuste.

Respecto a la intervención del médico familiar, 97.6% de las mujeres entrevistadas no había recibido orientación en cuanto a problemas de VI; 100% de los médicos familiares no realizó interrogatorio sobre el tema. Por su parte, 19% comentó a su médico familiar problemas de VI: a 7.1% el médico le aconsejó mejorar las relaciones familiares, a 3.2% le otorgó apoyo psicológico, y a 3.2% lo regañó.

Discusión

Se encontró que 56.3% de las mujeres entrevistadas fue golpeado durante su infancia, muy similar al 64% reportado en la bibliografía consultada. En cuanto a las parejas, 30.2% había recibido golpes y 34.9% insultos (es en la familia en la que se inicia el proceso para entender y asimilar principios de respeto y acatamiento de las normas de convivencia).⁴ La violencia en la infancia ha sido identificada como uno de los elementos predictores más relevantes para sufrir otras experiencias de violencia en la vida adulta.¹¹

El aprendizaje de roles y la cultura son un factor esencial para que la violencia se dé; el orden de género tiene códigos, leyes, mandatos y mandamientos escritos, memorizados y transmitidos oral, gráfica o imaginariamente. En el presente estudio se muestran porcentajes para los roles de género, y se concuerda con las referencias consultadas,^{2,7,8,13} ya que los dos factores epidemiológicos

más importantes para la presencia de VI son la desigualdad de la mujer tanto en las relaciones personales como en las sociales y la existencia de una “cultura violenta”.

Se reconoce que la violencia psicológica es la primera en aparecer en el ciclo de la violencia conyugal.⁸ Sus manifestaciones no están delimitadas para su evaluación, de modo que la detección oportuna se encuentra sujeta a su búsqueda intencionada; en este rango se obtuvieron nueve reactivos que muestran una diferencia significativa al compararse con la ENVIM 2006.¹³

No obstante la violencia física es un hecho concreto, su negación dificulta obtener indicadores precisos acerca de su frecuencia y prevalencia;^{1,2} los porcentajes obtenidos muestran una diferencia significativa en seis de los 11 reactivos utilizados.

Por su parte, la violencia económica puede manifestarse como estructural o indirecta, se expresa como un poder desigual, y es culturalmente aceptada,^{2,5} lo cual podría legitimarla, ya que se tiene una inclinación cultural hacia el dominio y control económico por parte de la pareja, lo que también dificulta identificarla como parte de la VI. Los resultados obtenidos muestran una diferencia significativa en tres de las cuatro dimensiones utilizadas.

Respecto a la violencia sexual, usualmente va acompañada de abuso psicológico;^{1,2,8} este tipo de violencia se asocia a consecuencias negativas en la salud reproductiva, como embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, trastornos ginecológicos y enfermedad pélvica inflamatoria.^{2,8} En este estudio se observaron porcentajes altos para los reactivos, dos de los cuales presentaron diferencias significativas al compararlos con la ENVIM 2006.¹³

La VI es un tema no abordado por parte del médico familiar, y la escasa y equívoca información sobre cómo atender y orientar ha hecho que se tenga un bajo registro de los casos detectados; normalmente está fuera del ámbito de las políticas educativas, y los planes de estudio no profundizan acerca del tema, por lo cual es comprensible que el médico familiar actúe cautelosamente y

Tabla 2. Características de la violencia psicológica

Acción	Muchas veces %	Varias veces %	Alguna vez %	Nunca %	p**
Le impidió buscar atención médica cuando usted la necesitaba (ha impedido uso de método de planificación familiar)	1.6	4	15.1	79.4	-
No la llevó a curarse cuando estaba enferma	1.6	4	13.5	81	-
La obligó a hacer el quehacer de la casa a pesar de encontrarse enferma	0.8	14.3	23.8	61.1	-
La ha insultado (apodosos ofensivos, gritos, comentarios poco agradables sobre su físico)*	8.7 (4.6)	23 (9.3)	48.4 (9.6)	19.8 (76.5)	0.000
Se enoja si la comida, el trabajo de la casa o el lavado o planchado de la ropa no están hechos*	1.6 (1.1)	7.9 (6.2)	27 (8.9)	63.5 (83.8)	0.000
La menosprecia o humilla (la ha hecho sentir inútil, torpe o loca, incluso delante de otras personas)*	7.1 (2.1)	11.1 (6.4)	29.4 (6.8)	52.4 (84.7)	0.000
Se ha puesto celoso o ha sospechado de sus amistades*	27.8 (3.7)	23 (9.2)	19.8 (11.5)	29.4 (75.6)	0.000
Se ha puesto a golpear o patear la pared o algún mueble*	0.8 (1.5)	2.4 (4.7)	18.3 (6.4)	78.6 (87.4)	0.000
Le ha destruido alguna de sus cosas*	1.6 (0.8)	0.8 (2.6)	16.7 (5.7)	81 (90.9)	0.000
La ha amenazado con golpearla*	0.8 (1.8)	9.5 (4.9)	21.4 (6.4)	68.3 (86.9)	0.000
La ha amenazado con alguna navaja, cuchillo o machete*	0 (0.2)	0.8 (0.6)	3.2 (1.5)	96 (97.7)	0.107
La ha amenazado con alguna pistola o arma de fuego*	0 (0.1)	1.6 (0.3)	6.3 (0.7)	92.1 (98.9)	0.000
La ha amenazado con matarla o matarse él o a los hijos*	0 (0.5)	1.6 (1.1)	4.8 (2.7)	93.7 (95.7)	0.317
Le ha impedido visitar a sus familiares*	4 (1.3)	9.5 (3.6)	28.6 (5.2)	57.9 (89.9)	0.000

* Tomado de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM) 2006, México

** Prueba χ^2 de bondad de ajuste

evite involucrarse en cuestiones legales.^{1,2,12} En el presente estudio la totalidad de los médicos familiares no había realizado un interrogatorio dirigido a problemas de VI. A todas las participantes se les otorgó un tríptico informativo sobre los tipos de VI y los sitios de canalización pública más importantes.

El médico familiar podría desempeñar un papel fundamental al identificar a las mujeres afectadas por este problema, lo cual facilitaría la atención, el tratamiento y el apoyo oportunos, ya sea por parte de la propia institución o con ayuda externa. La actuación oportuna del médico familiar

tendría un fuerte impacto sobre la calidad de vida de las mujeres que acuden tarde o temprano a recibir un servicio de salud, y así podría interferir en la transmisión generacional de la VI.

Referencias

1. Secretaría de Salud. Programa Mujer y Salud (Promsa). Violencia Familiar [Internet]; 2002 [acceso 2010 Abr 5]. Disponible en: http://www.mujerysalud.gob.mx/mys/doc_pdf/folleto.pdf
2. Organización Panamericana de la Salud. La Violencia Contra las Mujeres: responde el sector de la salud. Washington, DC: OPS; 2003.
3. Ramírez-Rodríguez J. La violencia de varones contra sus parejas heterosexuales: realidades y desafíos. Un recuento de la producción mexicana. Salud

Tabla 3. Características de la violencia física

Acción	Muchas veces %	Varias veces %	Alguna vez %	Nunca %	p**
La ha empujado a propósito*	1.6 (0.8)	4 (3.0)	20.6 (5.2)	73.8 (91.0)	0.000
La ha sacudido, zarandeado o jaloneado*	0.8 (0.9)	0.8 (4.1)	17.5 (6.2)	19 (88.9)	0.000
Le ha torcido el brazo*	0 (0.4)	0 (1.6)	6.3 (3.6)	93.7 (94.3)	0.111
Le ha jalado el cabello*	0.8 (0.8)	1.6 (2.6)	12.7 (4.5)	84.9 (92.1)	0.000
Le ha pegado con la mano o el puño*	0.8 (1.0)	3.2 (3.3)	19 (4.9)	77 (90.8)	0.000
La ha pateado*	0.8 (0.6)	0.8 (1.5)	4.8 (2.6)	93.7 (95.4)	0.423
La ha golpeado con algún palo o cinturón o algún objeto doméstico*	0 (0.3)	0 (0.8)	2.4 (2.0)	97.6 (96.8)	0.776
La ha quemado con cualquier sustancia*	0 (0.0)	0 (0.3)	3.2 (0.6)	96.8 (99.0)	0.000
La ha tratado de ahorcar o asfixiar*	0 (0.1)	0 (0.6)	3.2 (1.4)	96.8 (97.8)	0.093
La ha agredido con alguna navaja, cuchillo o machete*	0 (0.1)	0 (0.2)	0.8 (0.8)	99.2 (99.0)	0.992
Le ha disparado con una arma de fuego*	0 (0.0)	0 (0.2)	2.4 (0.4)	97.6 (99.4)	0.000

* Tomado de la ENVIM 2006, México

** Prueba χ^2 de bondad de ajuste**Tabla 4. Características de la violencia económica**

Acción	Muchas veces %	Varias veces %	Alguna vez %	Nunca %	p**
La ha amenazado con no darle dinero o quitárselo*	2.4 (1.0)	7.9 (3.0)	15.9 (3.6)	73.8 (92.4)	0.000
Cuando se enoja le da poco dinero o le ha reducido su gasto*	0.8 (1.3)	1.6 (3.6)	10.3 (5.1)	87.3 (90.0)	0.037
Le ha dejado de dar dinero para la comida*	0.8 (1.5)	4.8 (2.7)	7.1 (4.1)	87.3 (91.7)	0.138
Le ha quitado o ha hecho uso de sus pertenencias en contra de su voluntad*	0 (0.5)	0.8 (1.2)	11.1 (2.7)	88.1 (95.6)	0.000

* Tomado de la ENVIM 2006, México

** Prueba χ^2 de bondad de ajuste**Tabla 5. Características de la violencia sexual**

Acción	Muchas veces %	Varias veces %	Alguna vez %	Nunca %	p**
Le ha exigido tener relaciones sexuales*	0 (1.2)	0.8 (3.4)	13.5 (3.7)	85.7 (91.7)	0.000
La ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales con él*	7.9 (1.2)	15.1 (3.5)	17.5 (4.4)	59.5 (90.9)	0.000
Ha usado fuerza física para tener relaciones sexuales con usted*	0 (0.6)	0 (1.7)	4.8 (2.6)	95.2 (95.1)	0.143

* Tomado de la ENVIM 2006, México

** Prueba χ^2 de bondad de ajuste

Pública de México [Internet]. 2006 [acceso 2010 May 20]; 48(Supl 2):315-27. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v48s2/31388.pdf>

- Muñiz-Ferrer M, Ferrer-Marrero D, González-Pérez J, Jiménez-García Y. Violencia Intrafamiliar. Su presentación en un Área de Salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2000 [acceso 2010 Abr 15]; 16(5):468-73. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v16n5/mgi08500.pdf>
- Knaul F, Ramírez M. El impacto de la violencia intrafamiliar en la probabilidad de violencia intergeneracional, la progresión escolar y el mercado laboral en México [Internet]. Banco Interamericano de Desarrollo, Organización Panamericana de la Salud; 2002 [acceso 2010 Jun 7]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/intrafamiliar.pdf>
- Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Diario Oficial de la Federación (Primera sección), jueves 16 de abril de 2009:11-18 [acceso 2012 Mar 20]. Disponible en: <http://www.cnegs.gob.mx/programas/prevencion-atencion-violencia/interes-pav/mnj-pav/mnj-criterios.html>
- Gómez A. Violencia contra las mujeres. Un ejercicio de poder. Cuadernos Mujer Salud [Internet] [acceso 2010 May 20];13. Disponible en: http://www.cavis.es/sitio/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=244&Itemid=46
- Buendía-Suárez I, Ponce-Rosas E, Irigoyen-Coria A, Álvarez-Martínez L. Violencia psicológica en Mujeres de una Clínica de Medicina Familiar de la Ciudad de México. Archivos en Medicina Familiar. 2009;11(4):151-8.
- Valdez-Santiago R, Ruíz-Rodríguez M. Violencia doméstica contra las mujeres: ¿cuándo y cómo surge como problema de salud pública? Salud Pública de Méx [Internet]. 2009 [acceso 2010 Jul 13];51(6):505-51. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10616162009>
- Olaiz G, Franco A, Palma O, Valdez R, Herrera C. Diseño metodológico de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres en México. Salud Pública de Méx [Internet]. 2006 [acceso 2010 Sept 30];48(Supl 2). Disponible en: <http://www.scielo.unam.mx/pdf/spm/v48s2/31389.pdf>
- Olaiz G, Rojas R, Valdez R, Franco A. Prevalencia de diferentes tipos de violencia en usuarias del sector salud en México. Salud Pública de Méx [Internet]. 2006 [acceso 2011 Feb 21];48(Supl 2):232-8. Disponible en: <http://www.scielos.org.mx/pdf/spm/v48s2/31379.pdf>
- Méndez-Hernández P, Valdez-Santiago R, Vinięra-Velázquez L, Rivera-Rivera L, Salmerón-Castro J. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. Salud Pública de Méx [Internet]. 2003 [acceso 2010 May 13];45(6):472-82. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v45n6/18741.pdf>
- Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2006 (ENVIM) [Internet]. México; 2009 [acceso 2010 Jul 13]. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/ENVIM_2006.pdf

Artículo original

Prácticas de autoatención en pacientes de los tres niveles de atención en instituciones de salud de México

Self-care Practice in Patients from the Three Levels of Primary Care in Health Institutions of Mexico *Prática de auto-cuidado em pacientes dos três níveis de atenção em instituições de saúde no México*

Omar Fernando Ramírez-de la Roche,* Alicia Hamui-Sutton,* Ruth Fuentes-García,** Rebeca Aguirre-Hernández***

Resumen

Objetivo: conocer las prácticas de auto-cuidado en pacientes de unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud al inicio de sus padecimientos. **Material y métodos:** investigación cualitativa y descriptiva en la cual se eligieron 22 de 57 entrevistas semi-estructuradas de una investigación general sobre satisfacción de usuarios, en la que los pacientes acudieron a los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias. Se utilizaron cuatro de los 120 códigos creados originalmente para conocer las prácticas. **Resultados:** las estrategias empleadas en las prácticas de autoatención, de acuerdo con su importancia, fueron: uso de plantas medicinales, utilización de fármacos sin receta, realización de actividad física, ingesta de alimentos, apoyo espiritual y consumo de drogas. **Conclusiones:** no obstante que los pacientes fueron atendidos en el tercer nivel de atención médica, al inicio de su padecimiento utilizaron diversas estrategias encaminadas a su curación así como para soportar el dolor y las molestias de la enfermedad.

Summary

Objective: to know self-care practice in patients of the Ministry of Health hospital units at the beginning of their sufferings. **Material and methods:** a qualitative and descriptive research, in which 22 of 57 semi-structured interviews from a general research on satisfaction of users were selected, from patients attending the outpatient, inpatient and emergency services. Four of the 120 codes originally created were used to learn practices. **Results:** the strategies used in self-care practices, according to their importance, were: use of medicinal plants, use of drugs without prescription, physical activity, intake of food, spiritual support and drug use. **Conclusions:** although patients were attended in the third hospital level of medical care, at the beginning of their condition they used different care strategies in order to cure or to endure pain and discomfort of the disease.

Palabras clave: prácticas de autoatención, autocuidado, padecimiento

Key Words: self-care practices, self-care, condition

Palavras chave: práticas de auto-cuidado, auto-cuidado, a doença

Recibido: 14/11/12

Aceptado: 12/4/13

*Coordinación de Investigación Educativa, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

**Departamento de Matemáticas, Facultad de Ciencias, UNAM.

***Secretaría General, Facultad de Medicina, UNAM

Este artículo debe citarse: Ramírez-de la Roche OF, Hamui-Sutton A, Fuentes-García R, Aguirre-Hernández R. Prácticas de autoatención en pacientes de los tres niveles de atención en instituciones de salud de México. *Aten Fam.* 2013;20(3):91-95.

Correspondencia:
Omar Fernando Ramírez-de la Roche
omaramirez26@hotmail.com

Resumo

Objetivo: conhecer as práticas de auto-cuidado em pacientes das unidades hospitalares do Ministério da Saúde, no início de seus sofrimentos. **Material e métodos:** estudo qualitativo descritivo em que se escolheram 22 entrevistas semi-estruturadas das 57 que foram realizadas como inquérito geral para a satisfação do usuário. Os pacientes foram atendidos nos serviços ambulatoriais, internação hospitalar e serviço de emergência. Usamos quatro dos 120 códigos criados originalmente para as práticas. **Resultados:** as estratégias utilizadas em práticas de autocuidado, de acordo com sua importância, foram: uso de ervas, uso de drogas sem prescrição médica, atividade física, ingestão de alimentos, apoio espiritual e uso de drogas. **Conclusões:** apesar de que os pacientes foram tratados no terceiro nível de assistência médica, no início de sua doença usaram várias estratégias para sua cura e para suportar a dor e o desconforto da doença.

Introducción

Entre los años 2010 y 2012 se realizó la investigación “Satisfacción/insatisfacción de los usuarios del sistema de salud con la atención desde sus expectativas y experiencias en México”, con el propósito de crear un nuevo instrumento que evaluara las expectativas y experiencias de los pacientes y sus acompañantes en su interacción con el sistema de salud en unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud.

Una parte de este trabajo se centra en la primera fase de la Trayectoria de la atención sanitaria, cuando los usuarios entrevistados experimentaron los primeros signos de malestar, padecimiento o enfermedad y se iniciaron dentro de la familia o del grupo parental acciones para restaurar la salud. Este conjunto de actividades podría comprenderse como el primer nivel de atención real al que se recurre en el interior de la familia.¹⁻³

El término autocuidado bien podría considerarse casi un sinónimo de autoatención, ya que ambos expresan prácticas endógenas de salud que son ejercidas de manera informal comúnmente en el mismo

domicilio; sin embargo, la existencia de los dos conceptos puede servir para diferenciar el ámbito difuso en que se concretan estas prácticas, que incluyen acciones centradas tanto en el individuo como en el grupo doméstico, pero que no son aisladas ni autónomas puesto que están inmersas en un marco sociocultural. De esta forma, resulta conveniente utilizar el término autocuidado para denotar las prácticas enfocadas en aspectos preventivos o de promoción de la salud, que son generalmente cotidianas, y que suelen estar centradas en los individuos o el grupo doméstico; mientras que autoatención se refiere a las prácticas relativas a los episodios de enfermedad o cualquier tipo de sufrimiento, que tienden a activar respuestas colectivas, y, por lo tanto, servirá para ubicar las relaciones en que éstas se insertan y que abarcan al grupo doméstico.^{4,6} Por prácticas o prácticas sociales se entiende el conjunto organizado de conductas y acciones rutinarias o eventuales que los entes sociales llevan a cabo en distintas esferas; en este caso, se refiere principalmente a las acciones del enfermo.⁷

El objetivo del trabajo fue conocer las prácticas de autoatención de pacientes al inicio de su padecimiento, esto es, cuando emprendieron el itinerario de la atención médica.

Material y métodos

Investigación cualitativa y descriptiva que se desarrolló durante los años 2010 y 2012 en los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización de 19 hospitales ubicados en el Distrito Federal y en cinco ciudades del interior del país: Tapachula, Ciudad Victoria, León, Tuxtla y Mérida.

Se realizaron 57 entrevistas semiestructuradas a pacientes y/o acompañantes. Se efectuó una exploración de los diversos eventos de salud que antecedieron y de aquellos por los cuales se acudió a los institutos de salud.

Todos los pacientes entrevistados recibieron atención médica, en nosocomios denominados hospitales federales de referencia (HFR), institutos nacionales de salud (INS) y hospitales regionales de alta especialidad (HRAE).

Al momento del ingreso, muchos tenían otras patologías, pero nuestro interés estuvo centrado en el momento en que aparecieron los primeros síntomas en su largo recorrido por instituciones y personal del sistema de salud mexicano.

De las 57 entrevistas en profundidad realizadas, se utilizaron 22 de ellas para este trabajo, con los siguientes criterios: fueron contestadas por los pacientes y no por sus acompañantes y proporcionaron información concerniente a las prácticas de autoatención a las que recurrieron al inicio de sus padecimientos.

Las entrevistas tuvieron una duración de 30 minutos, y se realizaron a los pacientes cuando salían de los servicios. El análisis de los datos se hizo con Atlas.ti 6, un programa de análisis cualitativo que permitió el manejo de las distintas variables y la focalización de hallazgos sobresalientes.

La guía creada para la aplicación del instrumento estuvo compuesta por las siguientes dimensiones: inicio del padecimiento (diagnósticos, primeros síntomas), dinámica de atención (previa al hospital, búsqueda), experiencia en el hospital (llegada, atención, problemas con servicios), evaluación y expectativas (resolución del problema, trato, calidad) y familia-atención-paciente (decisiones sobre la salud, afectación de la vida cotidiana, apoyo familiar, tratamientos complementarios). Inicialmente se emitieron 120 códigos; cabe aclarar que, para fines de este trabajo, sólo se tuvieron en cuenta cuatro para analizar la información: características de los usuarios, inicio de los padecimientos, tipo de hospital y manejo doméstico del padecimiento.

El corpus obtenido a través de los códigos permitió contextualizar el medio donde se realizaron las prácticas de autocuidado o autoatención. Del apartado cuantitativo se utilizaron los resultados de una pregunta sobre el uso de medicina alternativa por los entrevistados.

Para articular el gran volumen de información recabado, se elaboró un modelo con el fin de explicar la trayectoria de pacientes y acompañantes por una institución sanitaria

que brindó servicios médicos a un gran segmento poblacional sin derechohabencia. En el modelo se describió el transcurrir de los usuarios en dos momentos. En el primero se hace referencia al Itinerario en la atención médica, que incluye la descripción sobre los usuarios, las vivencias relacionadas con el inicio de los padecimientos, la interpretación de los síntomas, las representaciones culturales, los imaginarios de la enfermedad, las diferencias por género, la manera de vivir socialmente la enfermedad, las reacciones ante los síntomas, la afectación en la familia y la concurrencia previa a las unidades médicas de los diversos niveles de atención médica. El segundo momento se inicia con la llegada de los usuarios al conjunto de hospitales para dar cause al Itinerario en la atención hospitalaria, que arrancó como una fase de tránsito hacia la atención especializada.

Resultados

Características de los usuarios. Los resultados obtenidos ubicaron a los usuarios como “población abierta o no asegurada” con características distintivas como baja escolaridad e ingreso. De los 22 entrevistados, la mayoría fue mujer; amas de casa que participaron activamente en la economía familiar: se dedicaron a la venta de productos por catálogo, fueron meseras y realizaron otros trabajos eventuales; además, su contribución fue muy importante para la aplicación de las diversas estrategias del autocuidado en el interior de sus familias. Cuando ellas enfermaron, se afectó la dinámica familiar. La mayoría acudió por atención médica a los INS, concentrándose en la consulta externa y la hospitalización, como se observa en la tabla 1.

Inicio de los padecimientos. En los testimonios se encontró una actitud diferenciada entre la percepción de mujeres y hombres cuando experimentaron los primeros síntomas de malestar. Las mujeres, al notar las molestias, evaluaron su condición y se administraron remedios caseros, realizaron dietas, consumieron medicamentos básicos como analgésicos, antiinflamatorios y antiácidos, dependiendo del tipo de malestar. Des-

Tabla 1. Características de los usuarios entrevistados

Variables		Frecuencia
Edad	X	38 años
	Rango	18-78 años
Género	Femenino	16
	Masculino	6
	Total	22
Unidad hospitalaria	INS	11
	HFR	5
	HRAE	6
	Total	22
Tipo de servicio	Hospitalización	9
	Urgencias	4
	Consulta externa	9
	Total	22

pués evaluaron su efectividad y la evolución de los síntomas, con el entendimiento de que su manejo sería temporal, de modo que debieron decidir si los malestares podían ser tratados de manera doméstica o requerían atención médica.

Por su parte, los hombres tendieron a minimizar sus síntomas hasta que se hicieron innegables, actitud que se ha reportado en el contexto iberoamericano,⁸ para no afectar su actividad laboral o escolar, como mencionó un joven con problemas renales cuando se le preguntó ¿En las primeras instancias tu esposa qué te decía? ¿Te sobaba, te daba pastillas?:

No, ella desde el primer día me dijo que fuéramos al doctor, que fuéramos al doctor, pero yo no le hacía caso (hospital regional de alta especialidad, hombre de 28 años, Bajío).

Cabe subrayar que la mayoría de los usuarios entrevistados en consulta externa que acudió a INS para atención especializada también recurrió al homeópata al inicio de sus padecimientos.

Reacciones ante los síntomas. Las reacciones de los entrevistados respecto a los síntomas iniciales fueron diversas: fluctuaron desde la sorpresa, la negación y la búsqueda de información hasta la indiferencia. Estas reacciones coinciden con otras investigaciones efectuadas en España.⁶ Se encontraron actitudes diferenciadas por género: las mu-

jeres se atendieron con remedios caseros, realizaron dietas o ingirieron medicamentos difundidos en los medios de comunicación, mientras que los hombres presentaron en general una actitud de indiferencia. Sin embargo, debido a la gravedad, se consideró necesario buscar otras opiniones o asesoría, por ejemplo de gente cercana. Tales condiciones fueron comunes en el mundo de los pacientes con enfermedades crónicas y agudas,⁷ como lo ilustra el testimonio de un trabajador del campo cuya enfermedad se complicó al no recibir atención médica cuando aparecieron los primeros síntomas:

Como a los dos años y medio empecé a ir al pueblo, allá, a los médicos del pueblo, porque no se me hacía tan grande el problema (pancreatitis), o tan grave (hospital regional de alta especialidad, hombre de 41 años, Yucatán).

Cuando aliviaron sus síntomas iniciales, las personas se continuaron administrando remedios caseros (tés, herbolaria, masajes), dietas o medicamentos sugeridos, esperando que se convirtieran en una solución final, hasta que los síntomas desaparecieron o se agravaron.

Respecto a las dietas, aunque existió gran variedad de respuestas, el grupo entrevistado tuvo preferencia por aquellas con productos vegetales, como lo corroboró un paciente diabético, que en un principio buscó mejorar su estado de salud:

Llevaba una dieta de ajo con nopales y no sé que más pero me cansé y la dejé. Me volví más vegetariano definitivamente... (instituto nacional de salud, hombre de 48 años, Distrito Federal).

En general, hombres y mujeres reaccionaron ante la aparición de los primeros síntomas; la primera atención y la automedicación fueron dadas a partir de la experiencia femenina (abuelas, madres o tías). En los casos de pacientes neonatos, la figura de la abuela cobró mayor relevancia como guía en el manejo de la enfermedad; sobre todo cuando los padres eran adolescentes, ella supervisó los síntomas y acompañó a la nuera en la búsqueda de atención.

En cuanto al uso de medicinas alternativas, se identificó que 28.4% de la muestra utilizó las siguientes modalidades: herbolaria

ria (15%), homeopatía (11%), huesero (10%), sobador (9%), acupuntura (7%), curandero (3%), y magnetoterapia, natu-rismo, cama terapéutica, aroma-terapia, microdosis, electrodos, quiropráctico, meditación, yoga, iridología y metafísica (1%).

Prácticas de autoaten-ción o autocuidado. El análisis de los códigos “características de los usuarios”, “inicio de los padecimientos” y “tipo de hos-pital” permitió contextualizar el medio en el cual se realizaron las prácticas que se materializaron en las primeras acciones de la atención del padecimiento. Tam-bién se aprovecharon los datos obtenidos del código “manejo doméstico del padecimiento”, en el que se plasmaron las siete estrategias de autocuidado con sus respectivos productos en-contrados¹¹⁻¹⁴ (tabla 2).

No obstante que se entre-vistó a más mujeres que hombres en esta investigación, fue evidente, como puede apreciarse en la tabla 2, la cercanía de las mu- jeres con conocimientos de plantas curativas, medicamentos con eficacia probada durante anteriores eventos de salud y otras estrategias empleadas al inicio de sus malestares.

Al final de largos procesos caracteri- zados por acudir a diversas instancias de atención médica, ya fuera pública o privada, así como por realizar un sinnúmero de es- tudios de gabinete y tecnológicos, recurrir a gastos onerosos y acudir a redes de apoyo, los facultativos establecieron diagnósticos precisos relacionados con artritis, cáncer, diabetes, asma, depresión, síndromes, pro- blemas renales e infartos al miocardio. Varios pacientes fueron sometidos a intervenciones quirúrgicas. Este microuniverso de padeci- mientos coincide con las principales causas de morbilidad nacional; por ejemplo, para 2007, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) mencionaba como las 10 principales causas: *Diabetes mellitus*, enferme-

Tabla 2. Prácticas de autoatención empleadas por género

Mujeres	
Estrategias	Productos
Plantas medicinales	Tomar tés de hierbas: manzanilla, canela, hierbabuena, cabellos de elote, riñosa (mezcla de té azul y pelos de elote); baños calientes de hierbas para la frialdad en el cuerpo; jugos de naranja o de arándano; aguas de jamaica, limón o quinina; miel, con coco o con limón
Fármacos	Tomar pastillas de hierro; inyección de vitaminas; apli- cación de pomadas para los hongos; tomar pastillas de Buscapina® y Dolac®
Actividad física	Hacer ejercicio (<i>spinning</i>); trabajo excesivo
Alimentos	Comer chocolates, propóleos y miel
Drogas	Consumir cocaína
Otras estrategias	Beber mucha agua; no aguantarse de orinar; acostarse boca abajo
Hombres	
Estrategias	Productos
Plantas medicinales	Tomar sábila con miel, té amargo, cinconegritos
Fármacos	Dos pacientes tomaron pastillas (no identificadas); tomar té con Tempra® (calentura) y Buscapina com- puesta® (dolor)
Alimentos	Comer nopal asado o crudo
Espiritualidad	Rezar
Otras estrategias	No beber refresco

dades isquémicas del corazón, enfermedad cerebrovascular, cirrosis y otras enferme- dades crónicas del hígado, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, infecciones respiratorias agudas bajas, nefritis y nefrosis, accidentes de vehículo de motor (tránsito), tumor maligno de la mama y tumor maligno del cuello del útero.¹⁵

Discusión

La mayoría de los entrevistados tenía ingre- sos bajos; muchas eran mujeres, amas de casa que además participaban activamente en la economía familiar. De las prácticas de autoatención llevadas a cabo, un gran número forma parte de la medicina popular mexicana, un fuerte sistema arraigado en lo más profundo de la cosmovisión e identidad de los grupos sociales actuales, que no sólo es practicado por los curadores tradicionales, en cuanto especialistas con reconocimiento social, sino que la población misma detenta dichos conocimientos y los aplica de acuerdo con sus necesidades económicas, sociales y simbólicas.¹

Hay coincidencia con otros estudios que señalan que en el ámbito doméstico el cuidado a la salud lo proporcionan las mujeres, entendiéndose éste como algo más amplio que la simple lucha contra la enfermedad; es más bien como un pensar ma- terno que estimula y facilita las condiciones para su desarrollo, es decir, un saber esencialmente femenino de cuidado a la salud en el ámbito doméstico, que podríamos llamar “el pensar materno”.¹⁶⁻¹⁸

Los resultados obtenidos en esta investigación coinciden con los diversos autores que mencionan que la autoatención ejercida por los usuarios en sus contextos sociales se convierte en acciones propias del primer nivel de atención, realizadas en la familia.^{1,19,20} Es importante establecer habilidades educati- vas para informar a los usuarios

del sistema de salud nacional sobre el uso adecuado y ajustado de plantas medicinales, una tradición mexicana que se remonta hace siglos y que sigue siendo cotidiana, como fue evidenciado por los entrevistados que ingieren infusiones; toman baños calientes de hierbas, aguas y combinaciones vegetales; y utilizan fármacos adquiridos sin receta médica y promocionados por los medios de comunicación.²¹ Las instituciones nacionales de salud deben ser capaces de afrontar esta no tan nueva realidad, ante la que se ha op- tado por prohibir. Les concierne reconocer las prácticas sociales de autocuidado de una población heterogénea y diversa, que frente al padecimiento y la enfermedad interviene para restaurar su salud.

Conclusiones

Se considera que indagar sobre estas prác- ticas de autocuidado fue relevante, ya que cuando los pacientes iniciaron sus padeci- mientos ya se efectuaban acciones encami- nadas a mitigarlos; fue en este contexto en

el que se establecieron dichas estrategias, basadas en el capital social acumulado históricamente como el conjunto de conocimientos médicos curativos.¹

Se puede concluir que en este grupo de pacientes se ejemplifica el comportamiento del uso de diversas estrategias de atención que se llevan a cabo en la vida real. No sólo se atendieron en los sistemas biomédicos, sino que en un primer momento la mayoría utilizó sobre todo plantas medicinales como estrategias de atención encaminadas a su curación o a soportar el dolor o las molestias de la enfermedad.

Agradecimiento

Al Fondo Sectorial de Salud Conacyt con número de registro 1-2009-112890 y al apoyo otorgado por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE).

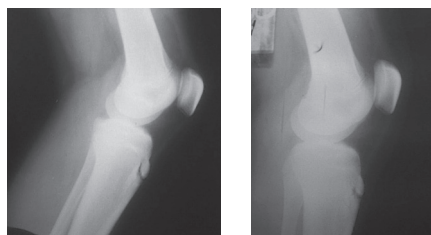
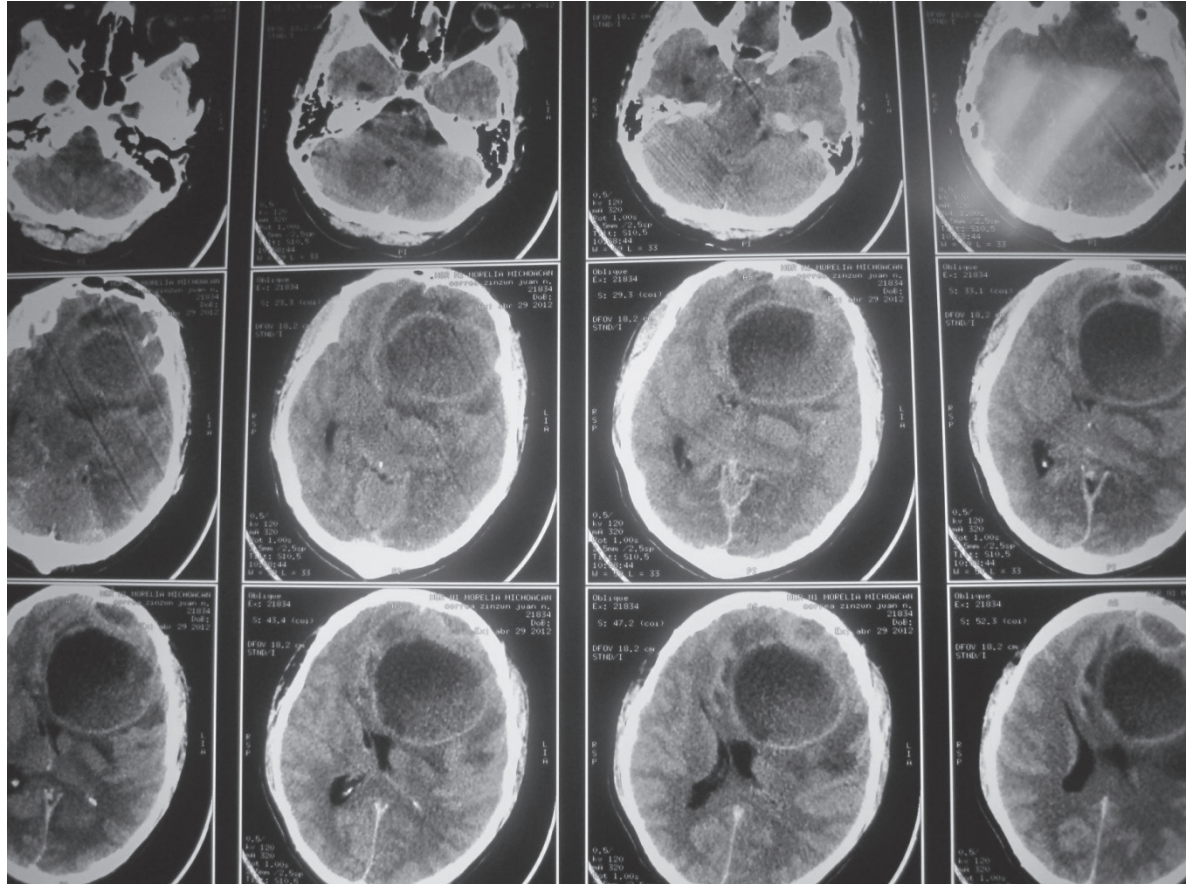
Referencias

- Arganis EN. Estrategias para la atención de la diabetes mellitus de enfermos residentes en Cosamaloapan, Veracruz. México: INAH; 1998.
- Campos-Navarro R. Prácticas médicas populares: algunas experiencias sobre el proceso de autoatención curativa. En: Campos-Navarro R, compilador. La antropología médica en México. México: Instituto Mora/Universidad Autónoma Metropolitana; 1992.p.186-210.
- Menéndez E. Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud. México: CIESAS, Colección Cuadernos de la Casa Chata, no. 86; 1988.
- Haro J. Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En: Perdiguer E, Comelles JM^a, editores. Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina. Barcelona: Bellaterra; 2000.
- Canals J. La reciprocidad y las formas actuales de ayuda mutua. En: Contreras J, coordinador. Reciprocidad, cooperación y organización comunal: desde Costa a nuestros días. Zaragoza: Instituto Aragonés de Antropología-FAAEE; 1996.
- Comelles JM. Sociedad, salud y enfermedad: los procesos asistenciales. *Jano*. 1985;6-7:71-83.
- Osorio RM. La cultura médica materna y salud infantil. Síntesis de representaciones y prácticas sociales en un grupo de madres de familia. Tesis de maestría en Antropología Social. México: ENAH; 1994.
- Montilla F. El paciente y la familia ante la enfermedad, Valencia: Asociación Española de Enfermos de Hepatitis C, conferencia 28 de junio; 2006.
- Kuthy MI. El paciente terminal y su familia. *Rev. Resid. de Psiquiat.* 2003;4(2):22-5.
- García M. Cuidados de salud, género y desigualdad. *Revista de la Escuela Andaluza de Salud Pública*. 2005;5(3):23-42.
- Organización Mundial de la Salud. Medicina tradicional [Internet]. 2012. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/es/index.html
- Agencia Latinoamericana y Caribeña de Comunicación. Primer lugar de Latinoamérica con 285 sectas religiosas [Internet] [citado 2012 Nov 12]. Disponible en: <http://www.portalecumenico.net/es/noticias-detalle.asp?cod=1091>
- Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Versión resumida. 5. Apoyo psicosocial y espiritual a la persona en FGV [Internet] [citado 2012 Nov 12]. Disponible en: <http://www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/resumida/apartado05/apoyo02.html>
- Murray S, Boyd K, Sheikh A, Thomas K, Higginson I. Developing primary palliative care. People with terminal conditions should be able to die at home with dignity. *BMJ*. 2004;329:1056-7.
- Sistema Nacional de Información en Salud. Mortalidad. Información tabular [Internet] [citado 2012 Nov 12]. Disponible en: <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/>
- Cunneen S. Mother church. What the experience of women is teaching her. New York: Paulist Press; 1991.
- Ruddie S. Maternal thinking: toward a politic of peace. New York: Ballantine Books; 1989.
- Hernández I, Arenas M, Valde R. El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(5):443-50.
- Kroeger A, Barbira F. La lucha por la salud en el alto Amazonas y en los Andes. Quito: Abya-Yala; 1992.
- Barragán A. La experiencia del dolor crónico. Tesis de doctorado en Antropología. México: ENAH-INAH; 2005.
- Barragán-Solís A. La práctica de la autoatención por fitoterapia en un grupo de familias mexicanas. *Arch. Med. Fam.* 2006;8(3):155-62.

Identifique el caso

Wendy Lea Chacón-Pizano,* Oliva Mejía-Rodríguez,** Aquiles Antonio-Valdiviezo***

Hombre de 21 años de edad, con antecedente de cefalea crónica, asociada a debilidad generalizada, fotofobia, vértigo y amaurosis transitoria



Respuesta del diagnóstico de la imagen Aten Fam 2013;20(2):64

La enfermedad de Osgood-Schlatter fue descrita por primera vez por Paget en 1981; Osgood y Schlatter publicaron por separado esta entidad clínica.¹ Se presenta en adolescentes, más frecuentemente en el sexo masculino; su principal factor de riesgo es la actividad

Este artículo debe citarse: Chacón-Pizano WL, Mejía-Rodríguez O, Antonio-Valdiviezo A. Enfermedad de Osgood-Schlatter. Aten Fam. 2013;20(3):96-97.

física intensa;¹⁻⁵ puede ser bilateral de 20 a 38% de los casos dependiendo de las series estudiadas, con una distribución mundial.¹

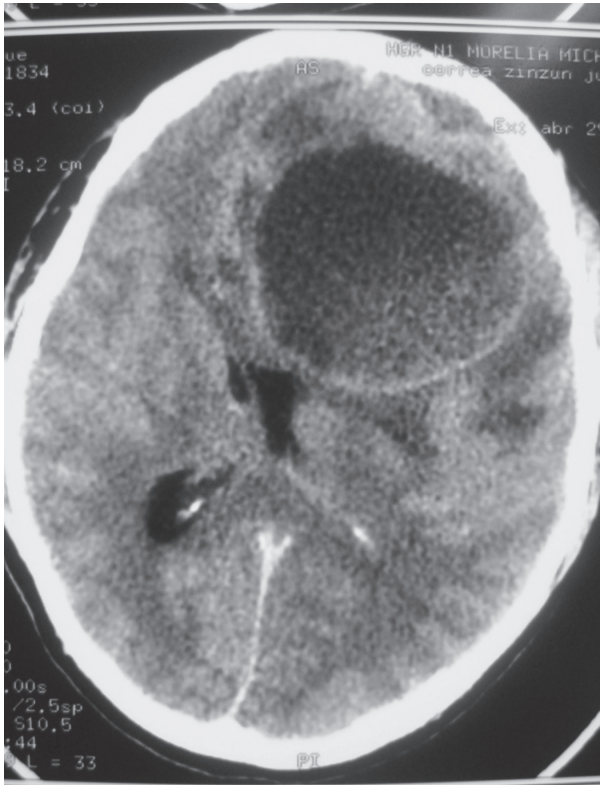
Diagnóstico diferencial: síndrome de Sinding-Larsen-Johansson, síndrome patelo femoral, lesión fisaria traumática de la tuberosidad tibial, osteocondritis discante y tumores de la rodilla.^{1,2,5,6}

Etiología: se atribuye a factores mecánicos (uso excesivo), traumáticos y relacionados con trastornos del crecimiento.^{1-3,5}

Signos y síntomas: gonartrosis que se incrementa con la actividad física, edema localizado en la tuberosidad anterior de la tibia que puede afectar ambas extremidades.

*Médico especialista en Medicina Familiar adscrito a la unidad de medicina familiar/hospital (UMF/H) no. 19, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Ciudad Hidalgo, Michoacán. **Médico especialista en Medicina Familiar, coordinadora delegacional de Investigación, Delegación Michoacán. ***Médico familiar adscrito a la UMF no. 23 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Correspondencia:
Aquiles Antonio-Valdiviezo
dr_akiles@latinmail.com



Diagnóstico: su diagnóstico es clínico.³ Los estudios de gabinete son utilizados con frecuencia para descartar otros padecimientos.^{1,2,6} En las radiografías simples se puede observar el grado de lesión en la tuberosidad tibial.^{1,4} El ultrasonido y la resonancia magnética son auxiliares para confirmar el diagnóstico pero con un costo elevado.

Tratamiento: reposo relativo; evitar principalmente el ejercicio que desencadena la sintomatología; interconsulta al servicio de Medicina Física y Rehabilitación para fortalecer cuádriceps e isquiotibiales; analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos por periodos cortos;^{2,4} intervención quirúrgica en los casos que no presentan respuesta al tratamiento conservador.^{1,3,7,8}

Referencias

- García-Muñoz M, Rodríguez-Gutiérrez MC. Enfermedad de Osgood-Schlatter: Tratamiento conservador. *Acta Ortop Mexicana*. 2006;20(1):21-5.
- Galván-Lizárraga R, Martínez-Villalobos M. Enfermedad de Osgood-Schlatter. *Ortho-tips*. 2007;3(2):98-102.
- Vargas B, Lutz N, Dutoit M, Zambelli PY. Osgood-Schlatter disease. *Rev Med Suisse*. 2008;4(172):2060-3.
- Hayashi Y. Bone diseases with pain. Osgood-Schlatter's disease. *Clin Calcium*. 2008;18(1):103-8.
- Lau LL, Mahadev A, Hui JH. Common lower limb sport-related overuse injuries in young athletes. *Ann Acad Med Singapore*. 2008;37(4):315-9.
- Gottsegen CJ, Eyer BA, White EA, Learch TJ, Forrester D. Avulsion fractures of the knee: imaging findings and clinical significance. *Radiographics*. 2008;28(6):1755-70.
- Weiss JM, Jordan SS, Andersen JS, Lee BM, Kocher M. Surgical treatment of unresolved Osgood-Schlatter disease: ossicle resection with tibial tubercleplasty. *J Pediatr Orthop*. 2007;27(7):844-7.
- Beyzadeoglu T, Inan M, Bekler H, Altintas F. Arthroscopic excision of an ununited ossicle due to Osgood-Schlatter disease. *Arthroscopy*. 2008;29(9):1081-3.

XI

Congreso Estatal de Medicina Familiar y General

Querétaro, Qro.
1º, 2 y 3 de agosto de 2013



Sociedad de Médicos Familiares y Generales de Querétaro
Cel. Ofic. 442 359 32 35

<http://www.medicinafamiliar.org.mx/>

Cuenta depósito
Bancomer 291 1270060

Hotel Fiesta Americana
Boulevard Bernardo Quintana 4050
Álamos 3a. Sección, Qro.
(Junto a Plaza Boulevares)

	Hasta 31/07/2013	1/08/2013
Socio	\$900	\$1000
No socio	\$1300	\$1400
Estudiantes y enfermería	\$700	\$800

Artículo de revisión

¿Cómo ayuda la medicina basada en evidencias en la práctica clínica?*

*How does Medicine Based on Evidence help in clinical practice?
¿Como auxilia a medicina baseada em evidências na prática clínica?*

Victor Hugo Olmedo-Canchola*

Resumen

La medicina basada en evidencias (MBE) es un término que surge a principios de 1990; a partir de esta fecha ha tenido un gran impacto en el ámbito médico, por lo que es frecuente escuchar que se alude a la MBE para avalar los procedimientos o tratamientos que se les realizan a los enfermos. No obstante, existe confusión sobre su verdadero valor y la manera de utilizarla. En este documento se plantean respuestas a los diversos interrogantes que generan el uso e interpretación de la MBE.

Summary

Medicine Based on Evidence (MBE) is a term that emerged at the beginning of 1990; from this date it has had a great impact in the medical field, so it is common to hear that it refers to the MBE to endorse the procedures or treatments carried out on patients. Nevertheless, there is confusion over its true value and how it is used. In this document, there are answers to the various questions that generated the use and interpretation of the MBE.

Resumo

Medicina Baseada em Evidências (MBE) é um termo que surgiu no início de 1990 e, a partir desta data, tem tido um grande impacto no campo da medicina, por isso, é comum escutar a referência à MBE para endossar os procedimentos que se empregam para tratar os doentes. No entanto, há uma confusão sobre o seu verdadeiro valor e como usá-lo. Neste artigo levantam-se várias respostas às perguntas geradas pelo uso e interpretação da MBE.

Introducción

Actualmente los médicos están sobrecargados de información y no logran mantenerse actualizados en relación con la literatura científica. Aun cuando ocasionalmente se dan tiempo para leer, les resulta difícil

identificar qué información les será más útil en la práctica clínica y recordar los hallazgos más recientes cuando lo necesitan.

Día con día a los médicos les surgen preguntas que requieren ser contestadas para tomar las mejores decisiones sobre el cuidado de los pacientes; justo en este contexto cobra relevancia la “medicina basada en evidencias” (MBE). El propósito de este trabajo es introducir a los clínicos en el concepto de la MBE y mostrarles métodos simples con los cuales encontrar y usar la mejor evidencia para responder sus preguntas clínicas.

¿Qué es la medicina basada en evidencias?

Todo lo que se hace en la práctica clínica se basa en realizar preguntas adecuadas para la toma de decisiones: ¿debo solicitar determinado estudio diagnóstico?, ¿debo dar tratamiento al paciente?, ¿con qué debo tratarlo? La decisión depende del conocimiento del médico, de sus habilidades, de sus actitudes y de los recursos con que cuenta, pero también es necesario considerar los conocimientos del paciente, sus expectativas y sus valores.

El término MBE fue utilizado por primera vez por David Sackett y sus colegas de la Universidad de McMaster en Canadá, a principios de 1990, quienes lo definieron como la integración de la mejor evidencia disponible con la experiencia clínica y los valores de los pacientes para lograr el mejor manejo. Por tanto, la MBE trata de mejorar la calidad de la información sobre la cual se basan las decisiones; esto ayuda a los médicos a evitar la sobrecarga de información y, al mismo tiempo, les permite encontrar y aplicar la información más útil.

Palabras clave: medicina basada en evidencias (MBE), evidencias, Evidence based medicine (EBM)

Key Words: medicine based on evidence (MBE), evidence, Evidence based medicine (EBM)

Palavras chave: Medicina Baseada em Evidências (MBE), evidências, Evidence based medicine (EBM)

*División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

Correspondencia:
Victor Hugo Olmedo-Canchola
victor.olmedo@fmposgrado.unam.mx

*Texto fundamentado en los talleres impartidos por el profesor Paul Glasziou: Centro para la Práctica Basada en la Evidencia. Universidades de Queensland, Australia, y Oxford, UK. Glasziou P, Del Mar C, Salisbury J. Evidence Based Medicine Workbook. London: BMJ Books; 2003.

Este artículo debe citarse: Olmedo-Canchola VH. ¿Cómo ayuda la medicina basada en evidencias en la práctica clínica? Aten Fam. 2013;20(3):98-100.

La MBE también es llamada “práctica basada en evidencias”, término que enfatiza el hecho de que la *evidencia* a la que nos referimos corresponde a la *evidencia empírica* sobre la cual se sustenta la práctica clínica.

Los pasos de la MBE son:

- Formular una pregunta contestable
- Localizar la mejor evidencia disponible
- Realizar una evaluación crítica de la evidencia (por ejemplo, determinar qué tan buena es)
- Aplicar la evidencia (integrar los resultados con la experiencia clínica del médico y los valores de los pacientes)
- Evaluar la efectividad y la eficiencia de los procesos (para mejorar posteriormente)

¿Por qué es necesaria la MBE? Porque los médicos requieren tomar decisiones firmemente fundamentadas en pruebas científicas. Desafortunadamente en ocasiones existe una gran brecha entre la investigación (principalmente la investigación básica) y lo que el médico requiere en la práctica clínica. Por otro lado, es frecuente que los investigadores no entiendan la información que los clínicos necesitan.

Con la finalidad de crear puentes en las brechas entre investigadores y clínicos, en 1972 Archie Cochrane propuso que ambos, investigadores y clínicos, colaboraran internamente para revisar sistemáticamente los mejores estudios clínicos, esto es, ensayos clínicos controlados (ECC), para cada especialidad. Esta idea fue retomada en la década de 1980 por Ian Chalmers, quien gradualmente empezó a revisar de esta forma el cuidado del embarazo y el parto. Las revisiones sistemáticas de ECC de los diversos aspectos del cuidado obstétrico rápidamente demostraron que había algunas discrepancias entre la evidencia de los estudios clínicos y la práctica clínica establecida. Esto hizo patentes las brechas entre la investigación y la práctica clínica; con ello, algunos médicos se convencieron de los beneficios que brinda un enfoque basado en la evidencia para mejorar la práctica clínica con pruebas científicas basadas en la investigación formal.

El trabajo ha sido continuado por La Colaboración Cochrane,¹ la cual publica electrónicamente revisiones sistemáticas de ECC.

Demasiada evidencia y poco tiempo. Los médicos requieren estar ligados a los reportes de la investigación médica de una manera que les permita actualizarse permanentemente con la información basada en resultados. Sin embargo, la mayoría de los médicos está sobrecargada de información.

El número de ECC publicado ha incrementado exponencialmente desde la década de 1940: suman más de 400 000 desde entonces, cada año se publican unos 20 000, y a diario se publican alrededor de 50 nuevos estudios. Por tanto, para mantenerse actualizado sólo con ECC, un médico tendría que leer un reporte de estudio cada media hora, día y noche. Asimismo, cerca de 1 000 artículos de ECC se indexan diariamente en Medline, de un total de 5 000 que se publican por día.

Es posible que la mayoría de los médicos haga un muestreo selectivo de la literatura con una revisión superficial, pero no evalúa adecuadamente, y casi no tiene ninguna influencia de lo que se realiza en la práctica clínica.

¿Cómo tratan de superar los médicos la sobrecarga de información? Planteemos el siguiente ejercicio: escriba algunas actividades educativas en las que participa en su centro de trabajo, y cuánto tiempo invierte en cada una.

Probablemente haya incluido actividades como asistencia a sesiones bibliográficas, conferencias, lectura de revistas, libros y guías de práctica clínica, búsquedas electrónicas, etcétera. También pudo haber incluido pláticas con colegas y especialistas. Pero todos tienen el mismo problema para mantenerse actualizados, e incluso sus colegas pueden estar en desventaja con usted. Si ellos obtienen la información de algún otro lugar, usted necesita conocer de dónde para evaluar su calidad. Esta forma de obtener información es conocida como “educación informal”.

Respecto a los libros, hay que recordar que éstos siempre tienen un retraso en la información, que puede oscilar entre cinco y 10 años.

Frente a todas las alternativas, ¿qué escogería hacer en el tiempo dedicado a la educación continua? Si es realista, su elección

dependerá de lo que le atrae o le interesa y no de lo que requiere saber.

La educación médica continua (EMC) es un pilar en el desarrollo profesional de los médicos, pero nadie les ha enseñado cómo funciona. Eligen sus cursos con base en los temas que piensan que necesitan conocer. Sin embargo, la información más importante es la que no saben que necesitan. De tal suerte, se requiere un sistema que oriente al médico sobre lo que necesita saber.

En el estudio de Sibley y cols.² sobre EMC realizado con una muestra aleatoria de médicos generales se les pidió que en una columna pusieran los temas que les gustaría estudiar y en otra aquellos que no les interesaban para educación médica continua. Los médicos con rangos similares fueron pareados y aleatorizados a:

- Un grupo control cuya EMC se pospuso por 18 meses, o
- Un grupo experimental que recibió EMC con los tópicos señalados de alta preferencia, pero también se le proporcionó material de entrenamiento para los tópicos de baja preferencia y se le pidió estudiarlo

Los resultados se midieron en términos de la calidad del cuidado clínico (CCC) proporcionada por cada médico antes y después de la EMC (determinado por los registros clínicos). Los resultados mostraron que, aunque el conocimiento de los médicos en el grupo experimental se elevó después de la EMC, los efectos en la CCC fueron decepcionantes, con incremento (pequeño) similar en la CCC, tanto en el grupo control como en el grupo experimental para sus condiciones de alta preferencia. En contraste, para sus condiciones de baja preferencia, la CCC ascendió significativamente en el grupo experimental, pero disminuyó en el grupo control. Respecto a la didáctica de la EMC, el estudio concluyó que las sesiones formales no son efectivas para cambiar el desempeño médico.

Así pues, las conclusiones del estudio de Sibley y cols.² sobre EMC son:

- Cuando el médico opta por un curso de EMC, en realidad no la necesita (al menos sobre ese tópico)

- La EMC sólo funciona cuando el médico no la desea
- En general, la EMC no mejora la calidad de la atención médica, cuando el médico decide tomarla

Como se ha observado, existe demasiada información y el médico la necesita, pero la mayoría de ella tiene una calidad pobre, es irrelevante, y/o los métodos que se utilizan para su análisis no son buenos.

¿Cuántas preguntas pueden responder los médicos diariamente? Cada día surgen preguntas como resultado de ver pacientes en la práctica clínica. Existen dos artículos publicados sobre este tema: uno relacionado con médicos internos y otro con médicos generales. En ambos casos, los investigadores les pidieron a los médicos anotar cada vez que les surgiera una pregunta y qué información necesitaban.

El estudio de los 100 médicos generales mostró que escribieron alrededor de 10 preguntas en dos días y medio, y trataron de encontrar respuestas para la mitad de ellas. El factor que determinó a cuáles preguntas les daban seguimiento fue el tiempo que pensaron que tardarían en obtener la respuesta: si creían que podrían obtener la respuesta en menos de un par de minutos, se preparaban para buscarla, pero si consideraban que podía ser más tardado, no se tomaban la molestia. El resultado reveló que sólo contestaron dos preguntas en todo el estudio (2/100) con una búsqueda electrónica adecuada.

Respecto a las necesidades de información de los médicos, con base en Green y cols.³ y Ely y cols.⁴ se observó lo siguiente: por un lado, se entrevistó a 64 residentes de dos hospitales después de haber atendido 401 consultas, los residentes tuvieron un promedio de 280 preguntas (dos por cada tres pacientes), buscaron respuesta para 80 de ellas (29%), no buscaron la respuesta por falta de tiempo y porque olvidaron la pregunta, y el origen de sus respuestas fueron libros (31%), artículos (21%) y médicos de mayor rango (17%); por otro lado, 103 médicos generales de Iowa apuntaron sus preguntas durante 2.5 días, se colectaron 1 101 preguntas, respondieron 702 (64%), ocuparon menos de dos

minutos para contestar usando la información impresa disponible o con colegas y sólo obtuvieron dos respuestas (0.2%) mediante la búsqueda formal en la literatura.

Recopilación de la información

“Empujar” nuevos resultados relevantes y válidos. “Empujar” se refiere a recopilar información de diversas fuentes que se tienen al alcance, a fin de tenerla disponible si llegara a ser requerida; algunas veces se le llama aprendizaje “por si acaso”.

Para la MBE, las mejores fuentes para el enfoque del “empuje” son aquellas en las que seleccionan las “perlas” del resto de la literatura de baja calidad. Algunas excelentes fuentes de información son: *Evidence-Based Medicine*,⁵ revista bimestral que contiene versiones condensadas de artículos que pasan rigurosos criterios de validez y son importantes para la práctica clínica, y *Clinical Evidence*,⁶ compendio de las búsquedas en la literatura basada en evidencia, el cual se actualiza y publica cada seis meses como libro y disco compacto; está ordenado por especialidades y estados de la mejor evidencia existente para una intervención, pero si no hay evidencia así lo indica; no incluye opiniones o guías de consenso; los editores deciden qué aspectos son relevantes y el texto está basado en las necesidades de información que tienen los médicos, de modo que los clínicos pueden buscar información cuando la necesitan y “jalarla”, es decir, extraer la información que realmente va a ser utilizada.

“Jalar” respuestas en menos de dos minutos. Con este método, primero hay que formular preguntas y después “jalar” respuestas de la literatura en menos de dos minutos, lo cual en ocasiones se denomina aprendizaje “justo a tiempo”.

Caso basado en evidencias

Ahora se discutirá un caso de estudio que muestra cómo la MBE puede ayudar en situaciones clínicas.

Caso de estudio: mordedura de perro. Una persona llega a la clínica con una reciente mordedura de perro. La herida

se aprecia limpia y tanto el médico como el paciente se preguntan si es necesario administrar antibióticos profilácticos. El médico busca en Medline y encuentra un metaanálisis que indica que el promedio de las tasas de infección por mordedura de perro es de 14% y los antibióticos reducen el riesgo a la mitad. En otras palabras: por cada 100 personas en tratamiento antimicrobiano por mordedura de perro se salvará a siete de contraer infecciones, o al tratar a 14 personas por mordedura de perro se prevendrá una infección; a este número se le llama “número necesario a tratar” (NNT).

El médico explica estos datos al paciente, incluyendo las posibles consecuencias de una infección, y el paciente decide no tomar antibióticos. El seguimiento demostró que el enfermo no tuvo infección.

¿Cómo ayudó la MBE? En este caso, la MBE ayudó porque los datos empíricos fueron fácilmente entendidos por el paciente, el cual pudo participar en la decisión clínica. Conforme cambie la cultura del cuidado de la salud hacia la participación de los consumidores en la toma de decisiones, los pacientes demandarán este tipo de información.

Agradecimiento

Al doctor Carlos Lavalle Montalvo por la revisión y los comentarios a este documento.

Referencias

1. La Colaboración Cochrane [Internet]. Disponible en: <http://www.cochrane.org>.
2. Sibley JC, Sackett DL, Neufeld V, et al. A Randomized trial of continuing medical education. *New England Journal of Medicine*. 1982;306:511-5.
3. Green ML, Ciampi MA, Ellis PJ. Resident's medical information needs in clinic: are they being met? *American Journal of Medicine*. 2000;109:218-33.
4. Ely JW, Oshero JA, Ebell MH, et al. Analysis of questions asked by family doctors regarding patient care. *British Medical Journal*. 1999;319:358-61.
5. Evidence-Based Medicine [Internet]. Disponible en: <http://www.evidence-basedmedicine.com>
6. Clinical Evidence [Internet]. Disponible en: <http://www.clinicalevidence.com>

*Otros ejemplos de la MBE pueden consultarse en: www.fmposgrado.unam.mx, o bien en: www.revistas.unam.mx

Anexo

Ejemplos de la medicina basada en evidencias La historia de la flecainida

La historia del uso del medicamento flecainida para tratar los ataques cardíacos en Estados Unidos en la década de 1980 es un ejemplo dramático de la brecha entre investigación y práctica clínica, y la utilización de los datos de la evidencia sobre los mecanismos más que de un resultado. En 1979 Bernard Lown (inventor del desfibrilador), en un discurso ante la Asociación Americana de Cardiólogos, señaló que una de las principales causas de muerte eran los ataques cardíacos, particularmente entre hombres jóvenes y de mediana edad (20-64 años). Las personas que tenían ataques cardíacos desarrollaban una arritmia y morían de ella. Él sugería que se podrían salvar millones de vidas con “un fármaco antiarrítmico de larga duración que protegiera contra la fibrilación ventricular”.

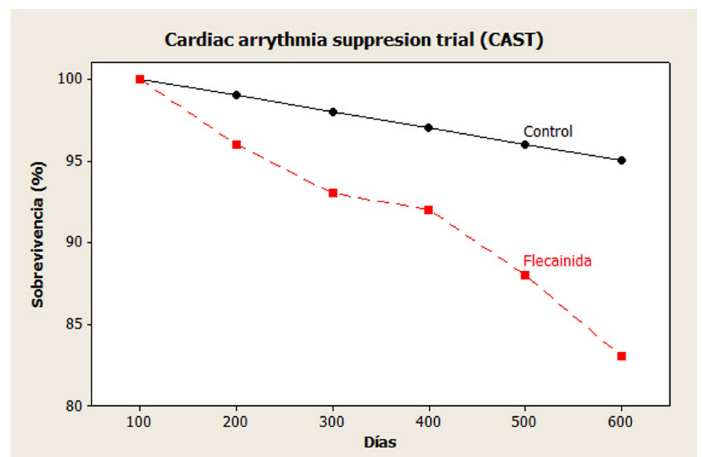
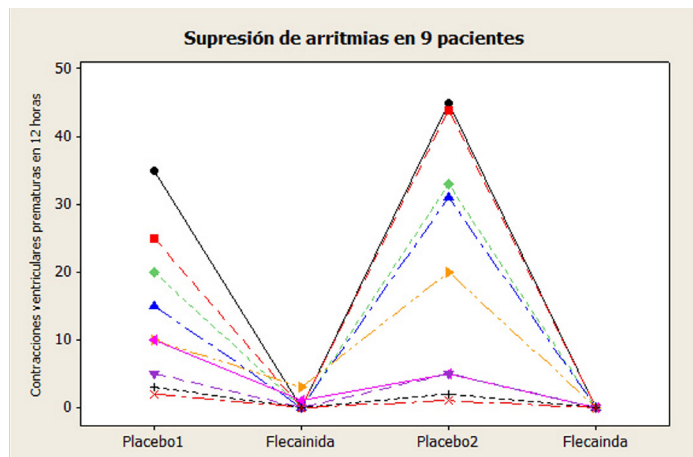
En respuesta a este reto, el *New England Journal of Medicine* publicó un artículo en relación con un nuevo medicamento llamado flecainida, derivado de un anestésico local que suprime la arritmia. El artículo hablaba de varios pacientes que habían tenido ataques cardíacos y que fueron asignados aleatoriamente para recibir placebo o flecainida, y luego se cambiaban de uno a otro medicamento (estudio cruzado). Para medir la arritmia, los investigadores contaron el número de contracciones ventriculares prematuras (CVP). Los pacientes con flecainida tuvieron menos CVP que los pacientes con placebo. Cuando los pacientes con flecainida se cruzaron para recibir el placebo, las CVP nuevamente se incrementaron.

La conclusión era sencilla: la flecainida reduce las arritmias, y éstas causan ataques cardíacos (el mecanismo); por tanto, a las perso-

nas que han tenido ataques cardíacos se les debe dar flecainida. Este medicamento fue aprobado en Estados Unidos, y la *Food and Drug Administration* lo implantó como tratamiento estándar para los ataques cardíacos en ese país (aunque esto no sucedió en Europa o Australia).

Inmediatamente después de que se completaron los primeros estudios, otros investigadores habían empezado a coleccionar información sobre la supervivencia de los pacientes (el resultado) en lugar de la tasa de CVP (el mecanismo). Esto mostró que a lo largo de 18 meses de seguimiento más de 10% de las personas que había recibido la flecainida había muerto, lo cual correspondía al doble de la tasa de mortalidad en el grupo de placebo. En otras palabras, a pesar de que un mecanismo explicaba perfectamente bien la utilidad de la flecainida (para reducir las arritmias), estaba claro que el medicamento era tóxico y que era más perjudicial que benéfico.

Desafortunadamente, los estudios iniciales ya habían sido ampliamente publicados en libros médicos, por lo que pasó un largo tiempo antes de que los médicos se percataran de los pobres resultados subsecuentes, los cuales no atrajeron mucha atención. Mientras tanto, cerca de 200 000 personas fueron tratadas con flecainida en 1989 en Estado Unidos. De acuerdo con la evidencia de los estudios, la flecainida podría haber causado decenas o miles de muertes y no los ataques cardíacos. Aunque esa información fue publicada, los médicos seguían prescribiendo frecuentemente flecainida porque no conocían la calidad de la investigación en la que basaban su práctica.



¿Qué nos dice el ejemplo de la flecaínida?

En este ejemplo, la investigación inicial fue ampliamente diseminada porque estaba basada en un enfoque tradicional de la medicina y ofrecía una cura relativa. Los resultados subsecuentes de la investigación no fueron diseminados ampliamente porque eran contraintuitivos y negativos en términos de un tratamiento potencial. Los médicos continuaban prescribiendo flecaínida porque creían que funcionaba; no sabían que necesitaban buscar información adicional.

En términos generales, la historia de la flecaínida plantea dos cuestiones importantes:

Necesitamos una mejor manera de encontrar la información, aun cuando consideremos que no la necesitamos. En otras palabras, requerimos información actualizada de alta calidad en nuestro ejercicio clínico diario.¹

El tipo de investigación es importante. Necesitamos movernos desde el enfoque mecanicista tradicional y buscar la evidencia empírica de efectividad utilizando resultados clínicos relevantes (por ejemplo, sobrevivencia, mejoría en la calidad de vida).²

Caso basado en evidencias

Enseguida se presenta un caso de estudio que muestra cómo la **mbe** puede ayudar en situaciones clínicas.

Caso de estudio 1: tos persistente. Mujer de 58 años está viendo a su médico por un problema colateral y le dice: ¿me puede dar algo para la tos? Ella ha tenido tos persistente por 20 años, ha seguido varios tratamientos, pero sin curarse. Ha sido referida dos veces con médicos.

El médico busca en PubMed (la versión de Medline basada en la red) y utiliza *Clinical Queries*, la cual es una categoría de PubMed diseñada para los clínicos. La búsqueda para tos persistente

revela que las causas más comunes son escurreimiento posnasal, asma y bronquitis crónica.

El médico piensa que el diagnóstico más probable para la tos de la paciente es asma, y le prescribe un tratamiento para ello. La paciente piensa en que ya le han dado ese tratamiento y que no funcionará, pero lo intenta una vez más, sin éxito. Sin embargo, la búsqueda muestra que el reflujo gastroesofágico es también una causa de la tos persistente, menos frecuente pero posible (10% de los casos), dato que el médico no recordaba (o no sabía). Por tanto, recomienda a la paciente tomar antiácidos por las noches y elevar la cabecera de su cama. Después de una semana la tos desapareció por primera vez en 20 años y no ha vuelto desde entonces.

¿Cómo ayudó la mbe? Este caso condujo a una pregunta interesante sobre lo que los médicos deberían saber; se publicó en el *British Medical Journal* y se consideró un ejemplo de cómo la mbe puede ayudar a los clínicos. No obstante, algunos médicos señalaron que “cualquiera debería saber” que el reflujo gastroesofágico es una causa posible de tos. El autor replicó que, aunque los neumólogos deberían conocer esta información, los médicos generales no necesariamente lo saben. Un anesthesiólogo mencionó que después de leer el artículo se trató para reflujo gastroesofágico y se curó de una tos que tenía desde hacía 30 años. Se concluye que la mbe puede ayudar al médico a encontrar la información que necesita, debiera o no conocerla.³

Referencias

1. Anderson JL, Stewart JR, Perry BA, et al. Oral flecainide acetate for the treatment of ventricular arrhythmias. *New England Journal of Medicine*. 1982;305:473-7.
2. Echt DS, Liebson PR, Mitchell LB, et al. Mortality and Morbidity in patients receiving ecainide, flecainide or placebo. The Cardiac Arrhythmia Suppression Trial. *New England Journal of Medicine*. 1991;324:781-8.
3. Glasziou P. Evidence based case report: Twenty year cough in a non-smoker. *British Medical Journal*. 1998;316:1660-1.



**XXVI CONGRESO NACIONAL
DE MEDICINA FAMILIAR**
**XII CONGRESO ESTATAL DE
MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL**
QUERÉTARO

22-24 Mayo 2014

SEDE HOTEL MISION JURQUILLA



ATENCIÓN FAMILIAR

Scientific Journal of the Family Medicine

Corpo de divulgação científica de medicina familiar

División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México

Aten. Fam. Volume 20 no. 3 July-september, 2013

Aten. Fam. Volume 20 no. 3 julho-setembro, 2013

Original Articles

Risk Factors Frequency for Breast Cancer
in a Primary Health Care Unit

Frequency of “High Risk of Developing Diabetes”
in Patients Attending a Family Medicine Clinic

Prevalence of Functional Dysphonia in Teachers
from Argentina

Frequency, Risk Factors, and Types of Domestic
Violence in a Group of Women from a Family
Medicine Clinic in Mexico City

Self-care Practice in Patients from the Three Levels
of Primary Care in Health Institutions of Mexico

Artigos originais

Frequência de fatores de risco para câncer de mama
em unidade básica de saúde

Frequência de “alto risco de desenvolver diabetes”
em pacientes de uma clínica de medicina de família

Prevalência de disfonia funcional em professores
argentinos

Frequência de fatores de risco e tipos de violência
familiar num grupo de mulheres numa clínica de
medicina familiar na Cidade do México

Prática de auto-cuidado em pacientes dos três níveis
de atenção em instituições de saúde no México

unam
donde se construye el
futuro

PREMIO HONORIS CAUSA 2013

ATENCIÓN FAMILIAR
PREMIO HONORIS CAUSA 2013

PREMIO HONORIS CAUSA 2013

OTORGADO POR EL
COLEGIO MEXICANO DE MEDICINA FAMILIAR, A.C.



@revatenfamiliar