

RAMPA



Publicación Trimestral.
Año 1. Vol. 1. Nro. 2.
Octubre-Diciembre 2006

CONTENIDOS

Nota del editor

-Producción científica en Atención Primaria de Salud: Una necesidad urgente.

Temas para el debate

-El seguro integral de salud y los establecimientos de atención primaria: Como superar las discrepancias? Opiniones de los lectores.

Experiencias en Medicina Familiar y Atención Integral de Salud

-PRAT en atención odontológica a poblaciones dispersas y excluidas en La Libertad, Perú.

Conceptos en Medicina Familiar y Atención Integral de Salud

-El médico familiar, clave para la sostenibilidad de la Atención Integral de Salud.

Artículos Originales

-Factores de riesgo para enfermedades no transmisibles en Lima, Perú.
-Tabaquismo en Ciudad de Panamá, Panamá.

Punto de vista en Medicina Familiar y Atención Integral de Salud

-Los sistemas de información y la Atención Integral de Salud en Perú.

Evidencia para el equipo de APS

-Intervenciones para prevenir el embarazo no deseado en adolescentes.

Fascículos CADEC

-Historia clínica orientada al problema.



REVISTA DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD Y MEDICINA FAMILIAR PARA LA ATENCION PRIMARIA **RAMPA**

MEDIO DE EDUCACIÓN CONTINUA PARA LOS
EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD
PUBLICACION TRIMESTRAL DEL INSTITUTO
DE DESARROLLO INTEGRAL, SOCIAL Y
FAMILIAR DEL PERU(IDEFI PERU)

Comité Editorial

COMITÉ EDITORIAL CENTRAL

Editor principal:

Dr. Miguel Suárez Bustamante. Médico familiar, salubrista. Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). IDEFI PERU.

Editores asociados:

Dra. Patricia Polo Ubilluz. Médica familiar. Hospital Nacional Cayetano Heredia.
Dra Sofía Cuba Fuentes. Médica familiar. Médica asistente de la clínica médica de la UPCH.
Dr. Neptalí Cueva Maza. Médico generalista. C.S.Pilcopata, Cusco. Centro Nacional de Salud Inter-cultural (CENSI) del Instituto Nacional de Salud.

COMITÉ CONSULTOR POR ESPECIALIDADES

Dr. Leandro Huayanay Falconí. Médico internista. Profesor UPCH. Hospital Nacional Cayetano Heredia.
Dr. Luis Pró Delgado. Médico nefrólogo, Salubrista. Profesor UPCH. Hospital Nacional Cayetano Heredia.
Dr. Mario Chuy Chiu. Médico salubrista. Profesor UPCH. Facultad de Salud Pública
Dr. Carlos García. Odontólogo. Profesor UPCH, Departamento de odontología social.
Dr. Isaac Alva López. Médico general. Fellow en investigación del National Institute of Health.

COMITÉ CONSULTOR EN MEDICINA FAMILIAR - NACIONAL

Dra. Eva Estrella Sinche. Médica familiar.
Dr. Yuri Alegre Palomino. Médico familiar. Dirección Regional de Salud de Loreto. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana.
Dra. Evelyn Goicochea Ríos. Médica familiar. Red asistencial La Libertad de ESSALUD. Universidad Cesar Vallejo, La Libertad.

COMITÉ CONSULTOR EN MEDICINA FAMILIAR - INTERNACIONAL

Dr. Miguel Suárez Cuba - Bolivia. Médico Familiar. Policlínica Central La Paz de la Caja de la Seguridad Social de Bolivia. Sociedad Boliviana de Medicina Familiar.
Dr. Raul Urquiza - Argentina. Médico familiar. Federación Argentina de Medicina Familiar.
Dra. Ralyma Marquez Martinez- Venezuela. Médica familiar. Servicios médicos integrales a domicilio de Caracas. Sociedad Venezolana de Medicina Familiar.
Dr. Rigoberto Centeno Vega -Panamá. Médico Salubrista. Consultor de servicios y organización de la Prestación. Organización Panamericana de la Salud-Sede Perú.
Dr. Mario Acuña - Argentina. Médico Familiar. Hospital Italiano de Buenos Aires.
Dra. Cecilia Llorach Castro - Panamá. Médica Familiar. ULAP San Cristobal de la Caja de la Seguridad Social de Panamá - Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá.
Dr. Arnulfo Irigoyen Coria- México. Médico Familiar. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.
Dra. Sylvia Shelleberger-Psicóloga, Ph.D en psicología familiar. Departamento de Medicina Familiar de la Universidad de Mercer, Macon, Georgia.

CONSEJO DIRECTIVO DE IDEFI - PERU

Lic. Rosa Saona Yarmas. Presidente de IDEFI PERU.
Dr. Erick Maguñá Alarcón. Director Desarrollo de Potencial Humano de IDEFI PERU.
Lic. Ena Yamosas Felix. Director Planeamiento y Desarrollo Institucional IDEFI PERU

INFORMACIÓN GENERAL

INSTITUTO DE DESARROLLO
INTEGRAL FAMILIAR
(IDEFI -PERU)

www.idefiperu.org

Inscrita en los Reg. Pub. en 2004.
Nro 11699811

Dirección: Jr. JJ Pazos 106. Lima
21. Perú.

Telefax:4316460

e-mail: idefiperu@idefiperu.org

Correspondencia científica:
Artículos, Cartas, Anuncios, etc.
rampa@idefiperu.org

Correspondencia Académica:
Artículos, entregas, pruebas y
notas del CADEC,
cadec@idefiperu.org

Correspondencia Institucional
idefiperu@idefiperu.org
secretaria@idefiperu.org

Foro Abierto:

Yahoo group:
[http://es.groups.yahoo.com/group/
RAMPA_CADEC/](http://es.groups.yahoo.com/group/RAMPA_CADEC/)

COPYRIGHT

Hechos los depósitos de ley para registrar los nombres, formatos y logos de RAMPA, CADEC e IDEFI-PERU. ISSN: En trámite

ANTI- COPYRIGHT

Todos los textos pueden ser reproducidos citando la fuente.

LOGO RAMPA

El logo simboliza la unión entre los equipos de salud integral y los diferentes actores colaboradores para pasar de las rampas con pendiente descendente a las rampas con pendiente ascendente.

LOGO IDEFIPERU

El logo resalta a la familia en su vivienda, la cual representan el núcleo básico de la sociedad, y el objeto central del trabajo de IDEFI-PERU.



INSTITUTO DE DESARROLLO
FAMILIAR INTEGRAL
(IDEFI-PERU)

www.idefiperu.org
idefiperu@idefiperu.org



Indice General

Año 1.Vol.1.Núm. 2 – Octubre- Diciembre 2006

Páginas 87 - 165

En este número:

NOTA DEL EDITOR

PRODUCCION CIENTÍFICA EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD: UNA NECESIDAD URGENTE...../87

EDITORIAL IDEFIPERU

GRACIAS POR LA ACOGIDA...../90

TEMA PARA EL DEBATE

EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y LOS ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA: COMO SUPERAR LAS DISCREPANCIAS?. OPINIONES...../93

COMENTARIOS DEL COMITÉ EDITORIAL

COMENTARIOS AL TEMA DE DEBATE SOBRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y LOS ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA/97

EXPERIENCIAS EN MEDICINA FAMILIAR Y ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

PRAT EN LA ATENCION ODONTOLOGICA A POBLACIONES DISPERSAS Y EXCLUIDAS EN LA LIBERTAD, PERÚ...../98

Dr. Cesar Cavero Bendezú

ARTICULOS ORIGINALES

FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN MUJERES ADULTAS DE UNA POBLACIÓN URBANO MARGINAL POBRE DE LIMA, PERU/107

Dra. Eva Estrella Sinche, Dr. Jorge Gutiérrez Campos, Dr. Miguel Suárez Bustamante.

HABITO DE FUMAR EN ADULTOS(AS) QUE ACUDEN A UNA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN CIUDAD DE PANAMA, PANAMA.

Dra. Cecilia Llorach, Srta. Angie Díaz, Srta. Angie Miranda, Sr. Giovanni Murdock, Srta. Ana Rengifo...../116

IDEFIPERU, RAMPA y CADEC EN INTERNET

INFORMACIÓN INSTITUCIONAL
La Información sobre IDEFI-PERU puede consultarse en:

www.idefiperu.org.

RAMPA

Artículos

Las descargas (download) de RAMPA pueden ser realizadas de manera totalmente gratuita en:

www.idefiperu.org/rampa.html

Pueden descargarse como

-Ejemplares de RAMPA completos. 1-2 MB y se requieren alrededor de 5-10 minutos en una computadora lenta.

-Eemplares de RAMPA por secciones. Cada sección tiene alrededor de 300-600 Kb y se requieren alrededor de 3 minutos en una computadora lenta

-Artículos RAMPA separados. 30-100kb y se requieren alrededor de 30 segundos-1 minuto en una computadora lenta

Autores

Para iniciar la colaboración con RAMPA, basta con una carta del autor a la dirección postal de IDEFI-PERU o un e-mail a:

rampa@idefiperu.org

en el que haga llegar su intención de redactar un artículo para alguna de las secciones de la revista.

Aceptado el tema de la colaboración y la sección en la que será publicado, el equipo de Editores de RAMPA se pondrá en contacto con el autor solicitante para viabilizar su participación para uno de los siguientes números de la revista.

(Ver instrucciones para los autores en la sección final de la revista).



INSTITUTO DE DESARROLLO FAMILIAR INTEGRAL (IDEFI-PERU)

www.idefiperu.org

idefiperu@idefiperu.org



REVISTA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD Y MEDICINA FAMILIAR PARA
LA ATENCIÓN PRIMARIA
RAMPA

Indice General

CONCEPTOS EN MEDICINA FAMILIAR Y ATENCIÓN INTEGRAL

**EL MEDICO FAMILIAR, CLAVE PARA LA SOSTENIBILIDAD DE
LA ATENCION INTEGRAL EN EL PERU...../122**
Dr. Rafael Delgado Arroyo, Sr. Rafael Delgado Espinoza

ACTUALIZACION

ACCIONES PREVENTIVAS EN EL ADULTO MAYOR
Dra. Sofía Cuba Fuentes, Dr. Miguel Suárez Bustamante...../133

PUNTOS DE VISTA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

**LOS SISTEMAS DE INFORMACION Y LA ATENCION INTEGRAL
DE SALUD EN PERU...../139**
Dr. Rigoberto Centeno Vega.

RECOMENDACIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA PARA EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

**PREVENCIÓN DEL EMBARAZO NO DESEADO EN
ADOLESCENTES...../142**
Dra. Sofía Cuba Fuentes

**CADEC "Curso a distancia de educación continua en
Atención integral y salud familiar para los equipos
APS" PRIMER CURSO - SEGUNDA ENTREGA**
«Instrumentos para la Medicina Familiar»

**HISTORIA CLINICA ORIENTADA AL PROBLEMA (Parte I): Bases
de la HCOP y Utilidad en la APS/146**
Dr. Miguel Suárez Bustamante.

SECCIONES REGULARES DE LA REVISTA

CORREO DE LOS LECTORES
TABLÓN DE ANUNCIOS
INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES DE RAMPA
INSTRUCCIONES PARA PARTICIPAR DEL CADEC

IDEFIPERU, RAMPA y CADEC EN INTERNET

CADEC

Las descargas (download) de CADEC pueden ser bajados de manera totalmente gratuita en:
www.idefiperu.org

Antes de realizar dichas descargas se sugiere fuertemente leer las "Instrucciones para los participantes del CADEC" que se encuentran en RAMPA o en la dirección del CADEC antes citada

Texto auto-instructivo: El mismo que aparece en RAMPA, además de presentaciones y otros textos complementarios.

Material Adicional: Los fascículos tienen material para lectura adicional al que se presenta en la revista.

Pruebas: Además de la auto-evaluación que forma parte de RAMPA, las entregas del CADEC tienen pruebas de evaluación las cuales deben ser descargadas y posteriormente enviadas a IDEFIPERU de acuerdo a las instrucciones del CADEC.

Si bien el CADEC oficialmente aún no inicia sus actividades, los interesados en participar pueden llenar su ficha de pre-inscripción que está disponible en la página web www.idefiperu.org para ser informados oportunamente del comienzo del curso, y pueden ir revisando a profundidad los textos disponibles en RAMPA.



**INSTITUTO DE DESARROLLO
FAMILIAR INTEGRAL
(IDEFI-PERU)**
www.idefiperu.org
idefiperu@idefiperu.org

Nota del Editor

Producción científica en Atención Primaria de Salud: Una Necesidad Urgente

Ante la urgencia de publicaciones científicas en el ámbito de la APS, RAMPA quiere ser un instrumento de ayuda para los profesionales que trabajan en ámbitos de la APS, para poder concretizar sus trabajos en una publicación. Así, para la próxima presentación de sus publicaciones, basta tener algunos resultados generales (con tablas o sin ellas) de un trabajo que tuvo una hipótesis, objetivos y metodología definidos. RAMPA también puede ayudarlos con la construcción de sus estudios, a partir de ideas generales de la investigación. **Ánimo.**

Se busca: Artículos científicos en APS

Un cuento Zen relata la historia de Ryokan, un anciano maestro Zen que al salir al amanecer encontró la playa cubierta de estrellas de mar varadas por la tormenta, las cuales morirían calcinadas a la salida del sol. Ryokan estaba muy atareado recogiendo los animalitos acuáticos de uno en uno y llevándolos al mar cuando un pescador, al ver el espectáculo de los pequeños seres varados en la orilla, y al viejecito que lentamente, y de una en una, las llevaba a su salvación le dijo: «Sensei, espero que no crea que va a poder arrojar todas esas estrellas de mar de regreso al océano? Ellas morirán por miles aquí. Ya he visto suceder eso antes. Su esfuerzo no hará la diferencia». El maestro Zen, casi sin detenerse, señaló con la mirada a la estrella de mar que llevaba en la mano y le dijo: «Para ésta, hará la diferencia». Y prosiguió con su trabajo.

En relación con la necesidad de generar trabajos científicos en Atención Primaria de Salud (APS), a veces nos comportamos como el pescador del cuento. Así, al tomar conciencia de la magnitud de la tarea de desarrollar nuevo conocimiento, pensamos que nuestro esfuerzo tendrá poca relevancia y dejamos de concretarlo.

Debemos resaltar en nuestra agenda profesional la urgente necesidad de producir y difundir información científica sobre los temas relacionados con la APS. Hasta donde conocemos, existen mu-

chas más revistas referidas a los ámbitos hospitalario, especializado o de salud pública, que espacios reales para los temas importantes para la APS. Si bien es posible adaptar contenidos o temáticas trabajados en otros ámbitos a la APS, o circunstancialmente incluir artículos y abordajes relacionados con la atención primaria en revistas no especializadas; la APS tiene sus propias necesidades de información, no siempre cubiertas por estas vías indirectas.

Una razón por la que no se escriben artículos en APS, es pensar o creer que el conocimiento o las grandes aportes a la ciencia tienen que venir de los institutos, laboratorios, universidades o de hospitales, ya que ahí se encuentran los «especialistas», es decir, los que más saben. Sin embargo lo cotidiano del primer nivel de salud, es trabajar cerca de las personas en el contexto de sus familias y comunidad, y ello es diferente del escenario especializado. Ello nos convierte a los profesionales de la APS en expertos de una realidad sui generis, que espera nuestras publicaciones.

Pero la falta de artículos no es sólo porque no se realizan estudios. Actualmente existe un importante potencial de investigaciones inadecuadamente canalizado hacia artículos científicos disponibles para la comunidad de la APS. Un ejemplo son las múltiples tesis de pre y post-grado, que abordan temáticas relacionadas con los ámbitos de la APS. Ellas, podrían generar múltiples artículos científicos

y no lo hacen. Lo mismo ocurre con los reportes para congresos y jornadas científicas, que en su gran mayoría, permanecen en el estadio de presentaciones y resúmenes de una página, cuando tendrían todo para convertirse en valiosas publicaciones.

Otra veta no explotada son los informes de consultorías, estudios, evaluaciones y otros trabajos semejantes relacionados con la APS. Ellos, desde hace años vienen siendo encargados como consultorías, por agencias de desarrollo, proyectos nacionales e internacionales, organismos de cooperación externa, etc. Los reportes de estas consultorías representan importantes embriones de artículos científicos en temáticas relacionadas a la APS que, con mayor difusión, podrían ser de mucha trascendencia para el sistema de salud en su conjunto. Pero pocas veces son publicados. El mayor argumento para no permitirse su publicación, es el constituir propiedad intelectual de las instituciones que contrataron los estudios. Sin embargo, este derecho no debe prevalecer sobre el de la sociedad, a beneficiarse masivamente de dichos trabajos. Al final de cuentas, ellos encarnan el esfuerzo colectivo de la nación, y por lo tanto merecen ser puestos en vitrina para maximizar su costo-beneficio.

En los medios académicos, se describe un fenómeno que se denomina «la ciencia perdida del mundo en desarrollo». Este se refiere a todos los resultados de investigaciones, que podrían ser útiles tanto a nivel local como global; pero que por diversas razones no se visibilizan.

En RAMPA deseamos contribuir a modificar este panorama de manera activa, ayudando a la construcción de mayor número de artículos en APS. Para ello, deseamos romper los esquemas de revista «torre de marfil», que sólo se comunica con sus autores a través de fríos reportes de errores, o veredictos finales de aprobación o desaprobación. Por el contrario, buscamos establecer un contacto estrecho con los investigadores que trabajan en temas o ámbitos relacionados con la APS, y ayudarles a dar forma a sus publicaciones. En este proceso, incluso algunos resultados generales (con tablas o sin ellas) de un trabajo que tuvo una hipótesis, objetivos y metodología definidos, son una buena base para impulsar la próxima presentación de sus artículos.

Esperamos con este esfuerzo, seguir poniendo nuestro «granito de arena», pero para ello queremos que Uds, amables lectores, nos

envíen sus artículos ya redactados, trabajos a medio realizar o incluso ideas generales de sus futuros trabajos o investigaciones sobre temas relacionados con la APS, para a partir de ellas iniciar la construcción conjunta de sus estudios. Queremos, siguiendo el ejemplo del maestro zen de la historia, continuar difundiendo trabajo por trabajo y experiencia por experiencia, sin reparar en la envergadura de las necesidades y nuestra escasez de recursos. Sabiendo que para algunos de nuestros colegas que trabajan en la APS, hacemos la diferencia.

En este número...

Iniciamos este número presentando dos interesantes aportes al *Tema de Debate* propuesto para discusión en la edición anterior. En ellos, los Dres. Taboada y León, nos remiten sus puntos de vista sobre las divergencias existentes entre el Seguro Integral de Salud (SIS) y la atención en establecimientos de salud del primer nivel de atención. Sus opiniones son muy valiosas pues pertenecen a médicos que asisten directamente a la población, y reciben de primera mano los impactos positivos y negativos del aseguramiento público. Esperamos que estos relevantes conceptos, sirvan de invitación a otros profesionales que deseen enviarnos sus opiniones sobre este tema, las cuales serán presentadas en nuestro siguiente número ordinario, en el cual se cerrará este debate.

Buscando acentuar el enfoque trans-disciplinario que RAMPA promueve para la APS, se incorpora en la sección *Experiencias*, un artículo referido al campo de la salud bucal. En dicha publicación, el Dr. Cavero, odontólogo consultor de la DIRESA La Libertad, informa sobre el potencial de la Práctica de Restauración Atraumática (PRAT), como un medio para extender la cobertura de asistencia odontológica en la APS. Los resultados muestran que efectivamente la PRAT pueden tener un rol muy relevante en la prevención secundaria de lesiones por caries en niños.

Al respecto de esta sección, debemos disculparnos con nuestros lectores por la postergación de la segunda parte de la experiencia del P.S. las Delicias de Moche, iniciada en la edición anterior. El artículo con los desarrollos más recientes de dicha experiencia, será publicada en nuestro siguiente número ordinario.

En la sección *Artículos Originales*, se presentan dos trabajos que abordan la prevalencia de factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles en diversas realidades de Latinoamérica. En el primero, la Dra. Estrella, et. al. reporta la prevalencia de diversos factores en mujeres de organizaciones de áreas urbano marginales de Lima. Sus resultados apuntan a desmitificar la idea extendida de que las enfermedades no transmisibles se concentran en sectores de mayores recursos y no afectan a las poblaciones más pobres. El segundo artículo, realizado por la Dra. Llorach en ciudad de Panamá, se enfoca en uno de estos factores que es el tabaquismo. Su trabajo presenta resultados interesantes obtenidos a partir de una metodología rápida de recojo de información en la propia consulta de una unidad de atención primaria de salud, lo que le da un mérito especial.

Iniciamos dos nuevas secciones en este número. La primera es la sección *Punto de Vista*, en la que destacados exponentes académicos, o de instituciones públicas y privadas del sector salud, opinan al respecto de temas de actualidad para el ejercicio de la APS, en el marco de estrategias como la Atención Integral de Salud. En esta sección presentamos un artículo enviado por el Dr. Centeno, Consultor de OPS, en el cual se fundamenta la importancia de desarrollar un adecuado Sistema de Información para el nuevo Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS). La opinión del autor, compartida por este editor, es que existe la necesidad urgente de registrar y monitorear la integralidad de las acciones desarrolladas por los equipos de APS, a través de un Sistema de Información verdaderamente orientado hacia la Atención Integral.

La otra sección introducida en este número es la de *Conceptos en Medicina Familiar y Atención Integral*, en la cual se presentan revisiones sobre materias relacionadas a las princi-

pales disciplinas que alimentan la APS. En este número presentamos un artículo del Dr. Delgado, quien actualmente encabeza una de las direcciones generales del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH) del Ministerio de Salud. En dicho artículo, se resalta la importancia de la formación de médicos familiares para asegurar la sostenibilidad de las propuestas propugnadas en el MAIS, y en general, para las reformas sanitarias nacionales.

En la sección *Recomendaciones Basadas en la Evidencia*, la Dra. Cuba, médica familiar de la Clínica Médica Cayetano Heredia, analiza la efectividad de intervenciones sobre educación sexual para la prevención del embarazo no deseado en adolescentes. La información bibliográfica demuestra una desalentadora ineficacia en los programas tradicionalmente realizados en esta área. Ello debe contribuir a alertar a intervenciones que, desconociendo estos resultados, continúan insistiendo en metodologías que requieren ser innovadas. La misma Dra. Cuba presenta en la sección *Actualizaciones*, una revisión sobre algunos aspectos relevantes que deben ser conocidos por todo el Equipo de APS, cuando se desea enfocar la prevención de enfermedades en los adultos mayores.

Finalmente, se alcanza un nuevo fascículo de la oferta educativa del «Curso a distancia de Educación Continua en Atención Integral y Salud Familiar para los Equipos AIS» (CADEC). En éste fascículo se aborda el tema de la Historia Clínica Orientada al Problema (HCOP), una herramienta fundamental empleada por médicos familiares de diversas partes del mundo, con la finalidad de brindar una adecuada atención integral a las personas y sus familias.

Esperando que la información ofrecida en este ejemplar de RAMPA les sea de utilidad, los invitamos a participar activamente de nuestra revista.

EL EDITOR PRINCIPAL

Editorial IDEFIPERU

Gracias por la acogida

En IDEFIPERU hemos recibido recientemente, múltiples expresiones de grata acogida a nuestro trabajo, tales como la constitución de un comité editorial nacional e internacional para RAMPA, un importante flujo de subscriptores a esta revista, los cursos a distancia en Medicina Familiar y la conformación de alianzas con el Colegio Médico del Perú y otras instituciones. Por todas estas muestras de apoyo estamos muy agradecidos.

Si bien IDEFIPERU está completando tres años de fundada, los primeros dos años fueron un período de diagnóstico e identificación de mecanismos para iniciar nuestra labor, así como de planificación de nuestra futura actividad institucional.

Como consecuencia, decidimos que en una primera etapa deberíamos centrarnos en ayudar a los equipos de Atención Primaria de Salud (APS) -sean ellos del nivel operativo o de atención directa, de los niveles regionales o sub-regionales, del sector público o del ámbito privado sin fines de lucro-, a mejorar su trabajo de asistencia a las familias más vulnerables. Esta ayuda debería ofrecerse tanto a través de medios para la educación continua como de trabajos de investigación y de asesoría directa a las Direcciones Regionales o Redes de Servicios que deseen hacer alianza con nuestra institución.

Fue en este año 2006 que, a partir de la elaboración de RAMPA, la acumulación de fuerzas creativas tomó un cuerpo concreto y nuestra voluntad de contribuir al cambio se tradujo en un apoyo real y decidido a nuestro grupo objetivo.

En este camino transitado durante el presente año, hemos podido recibir señales claras de acogida por parte de instituciones y personas interesadas en la APS, la Atención Integral y la Medicina Familiar. La respuesta positiva que estos actores prestan a nuestra iniciativa, sin duda contribuirá a su éxito final.

Algunos de esos estímulos a nuestra labor, por los cuales estamos muy agradecidos y complacidos son los siguientes:

Comité Editorial RAMPA

Contamos con un equipo colaborador de editores de RAMPA, el cual viene apoyando efectivamente y de manera voluntaria, nuestra labor de desarrollo de los recursos humanos para la Atención Primaria de Salud. Destacan en este grupo los colegas egresados de la Residencia de Medicina Familiar de la Universidad Cayetano Heredia, así como profesionales provenientes de diversas universidades, Ministerio de Salud, ESSALUD, OPS, entre otros. A nivel del Perú, estos colaboradores provienen de Lima, Trujillo, Arequipa e Iquitos, esperándose en el futuro sumar colaboradores de otras instituciones y otros puntos del país. Adicionalmente tenemos un grupo de editores consultores internacionales provenientes de países del continente con mayor fortaleza en la Atención Primaria de Salud, tales como Argentina, Bolivia, Méjico, Panamá, Estados Unidos y Venezuela, quienes nos aportan sus conocimientos acumulados a partir de una experiencia que nosotros estamos empezando a andar. Todos nuestros editores han volcado y vuelcan una gran dosis de entusiasmo y energía para preparar los artículos de cada número de RAMPA, así como ayudarnos a resolver otros temas inherentes a la salida de esta revista, y a las actividades que se derivan de ella, algo crucial en un contexto de carencia de recursos financieros extra-institucionales que restringen nuestra labor.



Subscriptores a RAMPA

En respuesta a una convocatoria realmente limitada RAMPA, en su primer número, recibió 87 solicitudes de suscripción por INTERNET, las cuales han sido atendidas prontamente enviándoles la versión electrónica de nuestra revista. Si consideramos el dato recogido en el último encuentro de editores de revistas científicas peruanas, de la existencia antiguas revistas científicas cuyo número de subscriptores no supera la treintena, debemos sentirnos muy agradecidos por este recibimiento.

Nos complace haber reconocido firmando dichas solicitudes, a profesores destacados del área académica, así como a colegas médicos, odontólogos, enfermeras, obstetras, psicólogos, nutricionistas, técnicos y otros que trabajan en los niveles operativo, sub-regional, regional y nacional, hacia los cuales se dirige nuestra labor. Una mención especial debe dirigirse al grupo de subscriptores de diversos países de Latinoamérica como Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Uruguay y Venezuela, que representan el 42% de nuestro total de subscriptores, a quienes hacemos llegar el agradecimiento por confiar en nuestro trabajo.

Cursos presenciales de Medicina Familiar

Como resultado directo del trabajo desarrollado en RAMPA, el Colegio Médico del Perú, a través de su Comité del Médico Joven nos convocó para co-organizar dos cursos para formación de colegas que inician su recorrido profesional: Introducción a la Medicina Familiar y Fundamentos de Medicina Familiar, los cuales se desarrollaron el 24 y 25 de Julio, y el 2 y 3 de Agosto del año 2006. En esos cursos participaron y obtuvieron su certificación cerca de un centenar de médicos. Estos participantes recibieron un total de 21 materias diferentes sobre los temas de Fundamentos de la especialidad y de la práctica de la Medicina Familiar, Introducción a la Atención de la familia, e Introducción a la Atención de la persona con enfoque de Medicina Familiar. Además, ellos participaron en cuatro talleres de trabajo que reforzaron los mencionados contenidos.

Alianzas Institucionales

Finalmente, una no menos importante señal de acogida ha sido la recepción, en respuesta a la convocatoria colocada en nuestra página web, de solicitudes para establecer alianzas o colaborar con nuestra labor. Así, en el ámbito institucional, además del Comité del Médico Joven del Colegio Médico del Perú con quienes estamos planificando actividades de docencia e investigación en APS para el futuro inmediato, también contamos con el respaldo de la Sociedad Peruana de Medicina Familiar, Integral y de Gestión en Salud (SOPEMFIG) que viene respaldando nuestro trabajo con el Curso a Distancia de Educación Continua en Medicina Familiar y Atención Integral (CADEC).

Adicionalmente, estamos en las primeras conversaciones con departamentos universitarios y una organización comunitaria multisectorial de un área urbano-marginal de Lima, para cristalizar un trabajo concreto, que será pormenorizadamente detallado en posteriores ediciones de RAMPA.

En resumen, tenemos múltiples expresiones de grata acogida por nuestro trabajo, por lo que estamos muy agradecidos. Esperamos que más personas e instituciones se sigan sumando a nuestras propuestas, para juntos construir una Atención Primaria de Salud más sólida, y que verdaderamente sea un punto de soporte y protección para las familias vulnerables, que requieren de tanto trabajo y esfuerzo.

LA PRESIDENTA DE IDEFIPERU

Agradecemos al Dr. Cesar Cavero Bendezú, por habernos proporcionado la foto que mostramos en este artículo editorial.

Tema para el debate

El SIS y los Establecimientos de Atención Primaria: ¿Cómo superar las discrepancias?

Prosiguiendo con el «Tema para el debate» iniciado en la edición anterior de RAMPA, presentamos algunas opiniones sobre el origen y potenciales soluciones a las discrepancias entre el SIS y los Establecimientos de Atención Primaria, enviadas por lectores de RAMPA que trabajan en el primer nivel de atención.

Los invitamos a participar de este debate enviándonos sus aportes, sugerencias, dudas o cuestionamientos a temas_debate@idefiperu.org. En nuestro próximo número cerraremos este tema de debate mostrando un resumen de las participaciones recibidas y el aporte de especialistas en la materia.

Introducción

El Seguro Integral de Salud (SIS) es: “Un programa social del Ministerio de Salud del Perú, que asegura la atención gratuita de salud a los peruanos que se encuentran en situación de pobreza y extrema pobreza”(1). La visión del SIS es “Integrar y contribuir al sistema de aseguramiento universal que garantice el ejercicio pleno del derecho a la salud, impulsando un modelo de atención integral con adecuación social y cultural”(2). Los recursos financieros del SIS son casi exclusivamente públicos, y provienen tanto del tesoro público como del Fondo Intangible de Salud (FISSAL).

El SIS fue creado y reglamentado a fines del año 2001 mediante Ley N° 27657 y D.S. N° 009-2002-SA, respectivamente. El SIS tiene sus políticas, organización estructural y funcional, claramente definidas en diversos documentos direccionadores, como la Ley 27657, Ley del Ministerio de Salud (publicada el 29 de marzo, 2003), Cap. XII-artículo 33, inciso «c», el DS No. 013-2002-SA, el Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud, artículo 13 y 36, y el DS No. 009-2002-SA del 15 de agosto del 2002, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud.

Se proponen seis tipos de planes de beneficio, de acuerdo a la población que pretende cubrir. Sin embargo, los más importantes son los tres

primeros, dado que los otros aun no consumen una fracción expresiva de los recursos del SIS. Estos tres planes fundamentales son(2):

PLAN A: Niños de 0 a 4 años

PLAN B: Niños y Adolescentes de 5 a 17 años

PLAN C: Gestantes y Púérperas

Impacto Positivo del SIS

En sus primeros 47 meses de trabajo, el SIS brindó aproximadamente 60.3 millones de prestaciones de salud en todo el país, para lo cual se destinaron S/.925 millones de soles del presupuesto sectorial(2).

Entre enero y diciembre del 2005 se realizaron 14.915.217 atenciones y un total de 11.026.607 afiliaciones, que representaron un valor de producción de S/.23.733.236(2).

La llegada del SIS y su conjunto institucionalizado de operaciones, procesos y procedimientos, respaldados por una estructura administrativa e informática, y los reembolsos enviados por el SIS constituyen un importante incentivo para que la población

más vulnerable sea mejor focalizada por los prestadores, dado que el SIS repone a los establecimientos de salud los gastos en medicamentos y otros requerimientos auxiliares a la propia atención que anteriormente, para quienes no podían asumirlos como “gasto de bolsillo”, significaban una carga para los establecimientos bajo la modalidad de «exonerados del pago».

¿Qué discrepancias existen entre el SIS y los prestadores de salud?

En términos generales se podría concluir que existe una sensación ambivalente de los prestadores de salud en relación al SIS. Por un lado, se reconoce que contribuye al propósito de ampliar las coberturas de salud al mejorar la accesibilidad de la población pobre y desprotegida al reducir las barreras económicas que limitan su uso de los servicios de salud.

Por otro lado, las remesas del SIS a los Establecimientos de Salud, les proporcionan ingresos que crean mejores y mayores stocks de medicamentos e insumos, especialmente de aquellos que se refieren a la oferta de prestaciones que forman parte del plan de beneficios del SIS.

Adicionalmente, al invertir parte de dichos fondos en el mantenimiento o a la compra de equipos, o la reparación o reforma de la planta física, podría contribuir a mejorar la calidad de los servicios ofrecida a los usuarios.

Aspectos discrepantes

Desafortunadamente, en paralelo a estos aspectos positivos se conoce de discrepancias existentes, al considerar que el sistema podría funcionar mejor de cómo actualmente funciona, lo que genera una especie de antagonismo más o menos encubierto entre los prestadores de salud y la gestión del SIS.

El primer grupo de desavenencias surge de la falta de oportunidad en el reembolso de las prestaciones reportadas al SIS, lo que afecta a los establecimientos de salud, los cuales no tienen como recuperar, en los plazos

requeridos, los insumos invertidos en dichas atenciones³.

Igualmente genera malestar el importante volumen de rechazos de las solicitudes de reembolso de las prestaciones a los asegurados por parte del SIS. La alta tasa de rechazos tiene su origen en los errores que supuestamente cometen el personal de los establecimientos, y debido a que las medicinas recetadas no concuerdan con el parecer de los médicos supervisores del SIS.

Otro elemento de incomodidad proviene de la mayor carga de trabajo de tipo administrativo que genera para el médico tratante el proceso de atención a pacientes del SIS. Este hecho agrava la situación de ya recargada labor de los médicos en los establecimientos de salud al no haber suficiente personal para atender a la población.

¿Qué podemos hacer al respecto?

Los invitamos a participar del debate enviándonos sus aportes, sugerencias, dudas o cuestionamientos a:
temas_debate@idefiperu.org.

En nuestro próximo número presentaremos un resumen de estas participaciones comentadas por especialistas en la materia y, de ser posible, representantes del SIS y el MINSA.

Opiniones de nuestros lectores

A continuación colocamos opiniones llegadas a nuestra redacción sobre este interesante tema.

Trabajo como médico jefe en un centro de salud del cono norte de Lima, y después de un año en el cargo puedo opinar del SIS desde «dentro» del sistema de las prestaciones del SIS en la periferie urbana.

1. *El SIS está dirigido a financiar actividades recuperativas.*

Las actividades propias del SIS, corresponden a las de un seguro clásico, sin insistir mayormente en la actividad preventiva promocional del establecimiento de salud, a través, por ejemplo, de las estrategias nacionales. Además, dado que sólo la actividad recuperativa es financiada, los establecimientos se esfuerzan por atender más pacientes, restándoles menos tiempo para salir a campo. Ello se hace más notorio en el médico, especialmente en casos como el de mi red de salud, donde todavía no se cuenta con guardias comunitarias, las cuales de alguna manera «obligarían» a que el profesional de salud busque hacer labor preventiva promocional.

2. *El SIS no promueve la atención integral:*

Ya que a más atenciones de pacientes afiliados es mayor el ingreso para el establecimiento, se promueve un fraccionamiento de los problemas del usuario, y no una atención integral. Por otro lado, al aumentar la demanda de atención y la presión de la cola de pacientes esperando, se disminuye el tiempo dedicado a cada paciente, siendo casi imposible brindar una atención integral por lo limitado de la duración de la consulta.

3. *No hay medicamentos en el SIS:*

Este es un serio problema en mi Red de Salud, aunque tengo información de que en otras redes de Lima esto no es una limitante.

Sugerencias:

1. Se reflexione al respecto: Pues la calidad de la consulta, aunque no sea integral, disminuye. El SIS debe complementarse con alternativas que mejoren la atención de los pacientes: distribución de pacientes por sistema de citas, personal del SIS que ingrese antes a laborar, por ejemplo.

2. El SIS debería promover la actividad de Promoción de la Salud y la Atención Integral: Se podría plantear algún indicador que mida la adherencia de los profesionales a brindar una atención integral y de actividades preventiva promocionales por paciente, y mejor aún si se enfoca en localidades de riesgo para el SIS. Estas, podrían ser definidas, por ejemplo, como: comunidades que tengan el mayor

número de consultas. Debe convertirse al SIS en un seguro moderno, que maneje el concepto de que hacer prevención es, a la larga, menos costoso para el seguro, pues disminuyen los riesgos a enfermar de sus afiliados. De esta manera están procediendo ya algunos seguros, que promueven campañas preventivas o de diagnóstico precoz. Un ejemplo de cómo se maneja actualmente este concepto es ESSALUD.

3. El SIS central debería sancionar a los responsables de las regiones que no gerencien el SIS eficientemente: Atender pacientes como los que aborda el SIS, en rangos de pobreza y extrema pobreza, para decirles finalmente que no tenemos medicamentos, ni los más simples como paracetamol o eritromicina, nos convierte a los profesionales en cómplices de la ineficiencia de los gerentes del SIS.

Ello podría ser interpretado, a la vista de un usuario del SIS, como una estafa, ya que podría pensar «...me buscan para afiliarme...me hacen perder tiempo para atenderme, y al final no cuidan mi salud con calidad ni calidez, no me explican sobre mi enfermedad, ven a mi hijo, pero a mí no, a pesar de que estoy enferma, y peor aún no me dan los medicamentos que necesito y que no puedo comprar en la calle. Entonces por qué me ofrecen un producto si no me lo van a dar?».

Gracias por la oportunidad de dar mis opiniones

Luz León C.
Medicina General Integral
CMP 20325 - RNE 11712
Médico Jefe del Centro de Salud de
Tahuantinsuyo Bajo.

Desde mi perspectiva y mi posición como médico generalista y la experiencia que tuve precisamente como médico SERUMS en un centro de salud, envío algunos puntos para reflexionar sobre el SIS y establecimientos de atención primaria:

Respecto al SIS,

-El modelo de SIS se creó en un contexto social en el cual había la necesidad de paliar la crisis que se vive en salud, especialmente en relación con los excluidos del sistema. Por la tanto, este fue un modelo creado por niveles centrales sin participación de la población. Ello trae como

consecuencia una alta burocracia, un mayor énfasis en lo administrativo y la pérdida de relaciones humanas entre el proveedor y el paciente o usuario.

-Se requiere un SIS menos burocrático. El acceso no debe ser tan formal para la atención de los pacientes. ¿como a una mujer analfabeta con 4 hijos y que sufre violencia familiar le vamos a pedir tantos trámites para que accedan al sistema? Es injusto. El SIS se está convirtiendo en una barrera para el acceso oportuno de nuestra población excluida, a servicios de salud en cualquier nivel.

Sugerencias:

-Estoy convencido que no hay modelos perfectos en salud. Ni Inglaterra tiene el mejor modelo en salud. Lo que si tenemos, como trabajadores de salud de los establecimientos de APS, y otros actores sociales comprometidos con el bienestar de nuestra comunidad, son muchas herramientas para poder organizar un modelo, en este caso integral, hacia nuestra comunidad, con su activa participación. Por lo tanto, debemos poco a poco ceder poder a nuestra comunidad para enfrentar los factores que limitan la salud, pues desde el mismo nombre comienza nuestra paradoja: sistema integral? Como puede construirse sin participación de la población o de mi paciente en el consultorio?

-Para una mejor adecuación a cada realidad, debemos enfrentar los problemas de nuestro

sistema, a través de mini-equipos de gestión tanto en la prevención de la enfermedad, como mini-equipos de salud de acompañamiento al paciente que padece alguna dolencia, creo incluso en la conformación de mini-equipos de ética en cada centro de salud. Para ello, y específicamente para mejorar el SIS, la participación de diferentes actores sociales para la conformación de mini-equipos de salud es importante.

-El SIS debe favorecer el acceso al sistema, así como todo el equipo de APS. Ya sea la enfermera en su trabajo cotidiano, el médico caminando por el centro, el portero en su trato con los usuarios del servicio, cada uno puede ayudar a la contención de ese paciente, a no perderlo, así le damos la oportunidad de percibir que alguien del servicio se preocupa por su estado de salud.

Muchas gracias

Dr Jhonny Vicente Taboada
Medico generalista
Universidad nacional de Rosario - Argentina
Medico jefe del departamento de atención
primaria del
Hospital área del programa Chimpay
Río negro- Argentina

Comentarios del Comité Editorial

Comentarios al Tema para el Debate: El SIS y los Establecimientos de Atención Primaria.

Probablemente todos reconozcamos que el SIS ha tenido un éxito notable en reducir, o eliminar, el drama de los otrora «exonerados del pago». Usuarios muy pobres, que por no tener recursos para complementar mediante el pago de bolsillo algunos medicamentos y otros requerimientos auxiliares a la propia atención, eran sub-atendidos. Sin embargo, no está suficientemente claro cual ha sido la ganancia del SIS para los otros grupos priorizados, particularmente para la población pobre no extrema. En tal sentido, los comentarios de los Dres. León y Taboada desnudan algunos de los mayores problemas del SIS en el ámbito de la APS.

Un primer problema resaltado ha sido el de la calidad de la atención. En un sistema bien organizado, las instancias reguladoras del sector salud deberían velar porque los usuarios reciban prestaciones acordes a los estándares aprobados. En la práctica, el sistema público peruano tiene escasos mecanismos efectivos para verificar la pertinencia clínica, calidad o efectiva realización de las actividades que los prestadores reportan al seguro. Como consecuencia, los usuarios pueden recibir una atención de pobre calidad, tal y como describe la Dra. León, sin que exista una retroalimentación desde los financiadores o los reguladores, que influya en la calidad de las prestaciones.

Dicha dificultad podría ser mejorada al contar con un responsable de la defensa de los usuarios ante el SIS –denominado ombudsman, en otras realidades-, el cual respaldaría los reclamos de prestadores y usuarios, por una mejor atención. Esta alternativa de darle fuerza al control social ha sido una necesidad muy bien resaltada por la opinión del Dr. Taboada, y que efectivamente puede ser muy útil en sistemas poco estructurados como el nuestro. Hasta donde

sabemos, en el sistema del SIS no existe aún ninguna iniciativa en este sentido.

Otro aspecto resaltado tiene que ver con la efectividad del gasto en salud. Por un lado, es cierto que se ha generado un cambio en la actitud hacia los pobres y pobres extremos, en la medida en que ellos, generan un reembolso proveniente del SIS. Sin embargo, si no se logra una separación efectiva y fiscalizadora entre la regulación, el financiamiento y la prestación, se generan problemas de eficiencia en la producción de servicios de salud, puesto que no existe incentivo para ser más costo-efectivos, sino sólo para realizar más prestaciones que generarán mayores reembolsos.

En consecuencia, y tal como la Dra. León pone de manifiesto, estrategias importantes como la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud, así como la atención integral bio-psico-social de la persona en el contexto de su familia, que en un medio y largo plazo pueden disminuir el gasto en acciones recuperativas o de rehabilitación de alto costo, son desestimadas por ser inmediatamente menos rentables en el contexto de este tipo de financiamiento. Este es un vacío aun no abordado por el SIS.

Coincidimos con la Dra. León en que el SIS debe adoptar algunas características de sistemas más modernos, en las cuales no sólo hay una fijación en rembolsar las prestaciones realizadas, sino fundamentalmente en administrar el riesgo de la población, tal vez mediante un sistema de capitación para el financiamiento de la APS. En estos esquema de mayor evolución, el ámbito del primer nivel de atención y sus profesionales son una pieza clave para el mejoramiento del sistema.

EL EDITOR PRINCIPAL

Experiencias en Medicina Familiar y Atención Integral de Salud

Prácticas de restauración atraumática (PRAT) en la atención odontológica a poblaciones dispersas y excluidas de La Libertad, Perú.

Dr. Cesar Cavero Bendezú(*);

Resumen

Introducción:

Existe una elevada prevalencia de caries dental en niños de la región La Libertad. En las comunidades aisladas y dispersas, con la tecnología odontológica convencional es muy difícil realizar la prevención primaria y secundaria, en estas poblaciones de extrema pobreza, debido a la dificultad de movilizar unidades dentales, por su situación geográfica, escasez de recursos tecnológicos, económicos, financieros. La Técnica PRAT es una alternativa importante para revertir esta situación.

Objetivo:

El objetivo de este estudio fue medir el potencial de la técnica PRAT para la prevención primaria y secundaria de caries dental en niños de 6 a 9 años de edad, de poblaciones dispersas y excluidas de la Región La Libertad.

Metodología:

Luego de planificada la experiencia, delimitada el área y la población objetivo, se seleccionó un equipo de Odontólogos, quienes recibieron capacitación y procedieron a la ejecución de campañas de intervención mediante Técnica PRAT, complementadas por actividades educativas.

Resultados:

Se evaluaron a 1059 niños de las Provincias de Bolívar, Pataz, Huamachuco, Santiago de Chuco, Otuzco, Virú, Moche y Trujillo; determinándose un riesgo estomatológico «moderado» promedio y a 395 niños se les indicaron exodoncias. Se seleccionaron 664 niños, realizándose 2,656 aplicaciones de ionómero de vidrio, en sus primeras molares permanentes, aplicando sellantes en aquellas molares permanentes con ausencia de caries dental y restauraciones selladas en molares permanentes con lesión cariosa, sin compromiso pulpar.

Discusión:

Se evidenció que la técnica PRAT constituye un procedimiento válido en la ejecución de los programas odontológicos comunitarios en poblaciones dispersas y excluidas, con gran potencial para prevenir e inactivar la caries dental y reducir su prevalencia en estas áreas más alejadas del país.

Palabras clave: Prevención de caries dental, ionómero de vidrio, sellantes, restauraciones selladas.

Abstract

Introduction:

Children from the outlying areas of La Libertad experience a high prevalence of dental caries. Primary and secondary prevention are difficult to carry out using conventional odontological technology in isolated, dispersed populations in extreme poverty. Prevention efforts are handicapped due to difficulties in mobilizing dental units, geographic, economic and financial challenges, and scarcity of technological resources. PRAT technique is an important means for reversing the situation.

Objectives

The objective of this study was to measure the potential of the PRAT technique for preventing secondary dental caries in children ages 6 to 9 from the excluded and dispersed population of La Libertad region.

Methodology

The study began with planning the experience, limiting the area of interest and selecting the population to address. Next, teams were selected and trained. Then, intervention campaigns were carried out, complemented by educational activities.

Results

The project included evaluation of 1059 children from the Provinces of Bolivar, Pataz, Huamachuco, Santiago de Chuco, Otuzco, Viru, Moche and Trujillo. It was determined that, on average, there was a moderate stomatological risk. Teeth need for extraction was evident in 395 children. There were 2,656 applications of the PRAT technique for the first permanent molars of 664 children. Sealants were applied to those permanent molars with no dental caries, and restorative sealants to those with caries.

Discussion

Results indicated that the PRAT technique is a valid procedure for executing community odontology programs in dispersed and excluded populations. The technique has the potential for preventing and inactivating dental caries and to reduce their prevalence in these remote areas of the country.

Keywords: Prevention of dental caries, glass ionomer cements, bonded restorations, sealants.

(*). Cirujano Dentista, Magister en Salud Pública - Administración y Gestión. Responsable del componente de salud bucal y consultor para la técnica PRAT en la Dirección Regional de Salud La Libertad.

Introducción

La caries dental es uno de los daños más prevalentes en el departamento de La Libertad. Según datos referenciales (1998) en la Región La Libertad la caries dental afectó a más de 5 piezas dentarias por niño a la edad de 12 años, y este resultado es una constante en todo el país(1). Estos niños afectados tienen un riesgo incrementado de sufrir dolor e infecciones buco-dentales. Además, esta condición ocasiona la pérdida prematura de las piezas dentarias, afectando su condición masticatoria, nutricional, armonía dentaria, estética, autoestima, afectividad y por consiguiente su salud en general.

Según datos del MINSA en el año 2002 y 2003, las coberturas de las acciones odontológicas fueron de 8,3% y 4,7%, respectivamente. Estas cifras se traducen en un escaso número de visitas a los servicios odontológicos para acciones preventivas o para el tratamiento oportuno de las lesiones cariosas. Así, se estima que menos del 20% de la población acude para solicitar los tratamientos restaurativos(2).

Es conocido que, como parte de la práctica odontológica convencional, existen procedimientos establecidos para abordar la prevención primaria y secundaria de lesiones cariosas -una vez establecida la caries dental. No obstante, por la necesidad de equipamiento, insumos y fuentes de energía eléctrica, estas prácticas son poco accesibles a gran parte de la población. Esta situación es más crítica entre las poblaciones dispersas o excluidas, las cuales se encuentran a gran distancia de los servicios odontológicos públicos convencionales (3,4).

En este artículo presentamos los resultados de un método alternativo para extender las acciones de prevención secundaria de las secuelas de la caries dental en el ámbito de la APS. Esta técnica, denominada Práctica de Restauración Atraumática (PRAT), no requiere el uso de energía eléctrica o unidades dentales e instrumentales de alto costo, pues emplea instrumentos manuales simplificados y el uso de cementos de iónomeros de vidrio, empleados exclusivamente para la técnica PRAT. Estos materiales, a la vez que sellan o restauran las piezas dentales, liberan flúor previniendo posibles lesiones futuras. Además,

su aplicación es de bajo costo y tiene una efectividad del 90% durante 3 años. Las principales características de la técnica PRAT serán detalladas en el Anexo.

En este artículo se describen los resultados de la aplicación de la técnica PRAT, como una tecnología apropiada para el trabajo odontológico en poblaciones dispersas o excluidas, con pocos recursos o servicios de salud, donde la tecnología odontológica convencional no puede llegar fácilmente.

Metodología

La experiencia reportada se desarrolló de abril a diciembre del 2005. Se planificó concentrar la experiencia en poblaciones excluidas y dispersas de La Libertad, correspondientes a las provincias de Bolívar, Patate, Huamachuco, Santiago de Chuco, Otuzco y Virú, además de las poblaciones urbanas de Moche y Trujillo. Las características de la zona estudiada serán detalladas en el Anexo.

Se planificó iniciar el trabajo en la población de 6 a 9 años, anticipándonos al deterioro de las primeras molares permanentes. Para ello se realizarían sellantes y obturaciones selladas con ionómero de vidrio. El concentrarse en esta población es una decisión técnica, ya que su aplicación puede realizarse en todas las etapas de la vida.

En Julio del 2005 se desarrolló un proceso de selección, capacitación y certificación de los profesionales odontólogos de La Libertad que participarían de la experiencia. Para ello, la capacitación se enfocó en el desarrollo de competencias y habilidades manuales en la técnica PRAT(5).

Para desarrollar la experiencia con un Centro Piloto en la aplicación de la técnica PRAT, se seleccionó a la Institución Educativa República Argentina 8008 La Noria - Trujillo, la cual cuentan con una población escolar de 2.200 alumnos de educación primaria.

Se realizó la detección y eliminación de la placa bacteriana, evaluación del riesgo Estomatológico, evaluación CEO (promedio de dientes cariados, extraídos y obturados) y evaluación CPOD (promedio de dientes cariados, perdidos: extraídos y con extracción indicada y obturados tomando como unidad el diente).



Para el riesgo estomatológico se empleó la siguiente escala:

Riesgo estomatológico bajo: Presencia de 0 a 2 piezas con caries dental, consumen azúcar hasta 3 veces al día, higiene bucal buena, bajo grado de placa bacteriana, usa cepillo dental habitualmente.

Riesgo estomatológico moderado: Presencia de 3 a 6 piezas con caries dental, consumen azúcar hasta 4 veces al día, higiene bucal regular, moderado grado de placa bacteriana, usa cepillo dental ocasionalmente.

Riesgo estomatológico alto: Presencia de más de 7 piezas con caries dental, consumen azúcar de 5 a más veces al día, higiene bucal mala, alto grado de placa bacteriana, no usa cepillo dental (6).

Asimismo, los niños fueron incorporados en un programa preventivo promocional, para mantener y recuperar su salud bucal, ejecutando actividades significativas para la prevención como: detección y eliminación de la placa bacteriana, cepillado dental y uso de crema dental fluorada, consumo de sal fluorada, consumo de alimentos saludables, entre otros.

Para tal fin, se desarrollaron actividades de información, educación y comunicación, que consistían en charlas educativas a los alumnos, padres de familia y docentes, demostraciones sobre el uso del cepillo dental, aplicación de crema dental fluorada a los niños de 6 a 9 años

de edad, y promoción del consumo de alimentos saludables.

Por último, se realizó la aplicación de sellantes y obturaciones selladas con uso de Ionómeros de Vidrio mediante la técnica PRAT en niños de 6 a 9 años. De acuerdo a lo planificado se realizaron restauraciones selladas a quienes presentaron caries amelodentinaria sin compromiso pulpar en sus primeras molares permanentes, y se aplicaron sellantes en aquellas molares permanentes con ausencia de caries dental (7).

Las características de la técnica PRAT serán detalladas en el Anexo.

En las áreas con mayor densidad de la población intervenida de 6 a 9 años de edad, cercanía aceptable y mayor participación de actores sociales, los odontólogos, realizaron la técnica PRAT en escuelas, a niños de pobreza y pobreza extrema. En las áreas rurales más dispersas y sin servicios de salud disponibles, la Técnica PRAT fue aplicada en locales comunales, escuelas y otros locales con equipamiento manual mínimo.

Los niños incluidos fueron atendidos en una colchoneta, apropiadamente acondicionada para la ejecución de la Técnica PRAT. El trabajo se desarrolló en una superficie con aislamiento del campo operatorio, en condición aséptica, asimismo el operador empleó una lámpara

halógena para la iluminación de la boca del paciente(8).

La técnica PRAT formo parte del paquete de atención integral ofrecido en la r e g i ó n LaLibertad (9).



Figura 1. Ionómero de vidrio aplicado a las primeras molares permanentes de un niño de una comunidad dispersa.

Resultados

Durante el período de 01 de Agosto al 23 de Diciembre 2005 se evaluaron a 1059 niños de las Provincias de Bolívar, Pataz, Huamachuco, Santiago de Chuco, Otuzco, Virú, Moche y Trujillo; determinándose la prevalencia de caries dental, utilizando el índice de CEOD y CPOD, según lo propuesto por la OMS (1987), encontrándose un promedio de 5,5 piezas dentales con lesiones de caries por niño.

A todos se les aplicó una ficha ad hoc para determinar su riesgo estomatológico, hallando que el 91% de los niños se encontraba con un riesgo estomatológico moderado, el 5% alto y el 4% bajo; a 395 niños se les indicaron

exodoncias -Ver Gráfico1.

Se seleccionaron 664 niños, realizándose 2.656 aplicaciones de ionómeros de vidrio, ya sea como restauraciones selladas para quienes presentaron caries amelodentinaria, sin compromiso pulpar en sus primeras molares permanentes, o como sellantes, en aquellas molares permanentes con ausencia de caries dental -Ver Gráficos 2 Y 3.

Se logró el compromiso de los niños de consumir alimentos saludables y cepillarse frecuentemente. Igualmente el compromiso de los padres de familia, de facilitarles el alimento saludable a sus hijos y proporcionarles periódicamente un cepillo dental.

Discusión

Se evidenció que la técnica PRAT, es un procedimiento válido para la ejecución de los programas odontológicos comunitarios en poblaciones dispersas y excluidas, con la finalidad de prevenir e inactivar la caries dental y disminuir su prevalencia en el país. En esta experiencia, al aplicar sellantes en fosas y fisuras, empleando cemento iónomero de vidrio autocurable, las molares de niños de 6 a 9 años quedaron protegidas contra las caries dental(7,10).

Se demostró que la técnica PRAT es un procedimiento indoloro, de bajo costo, estético y resistente a la masticación. La gran ventaja

Gráfico Nro 1 Riesgo estomatológico en niños de 6 a 9 años de poblaciones excluidas y dispersas de La Libertad, Perú. 2005

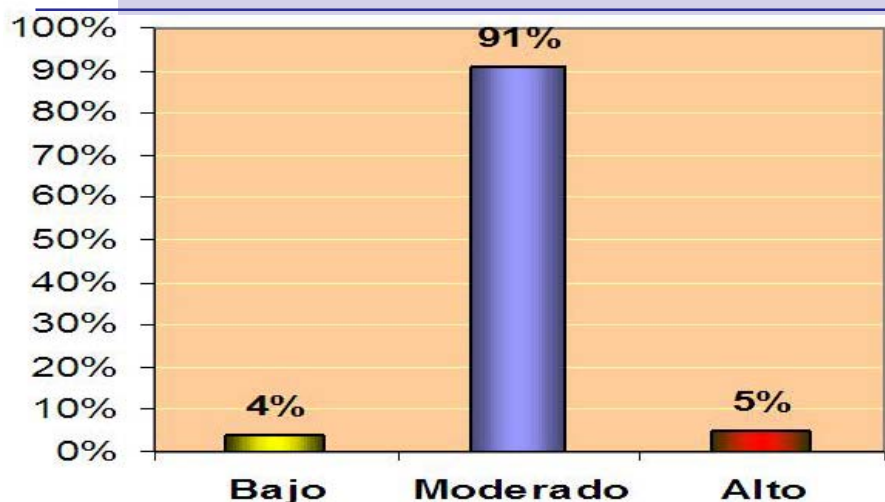


Gráfico Nro 2 Niños de 6 a 9 años de poblaciones excluidas y dispersas beneficiados con la técnica PRAT. La Libertad, Perú. 2005

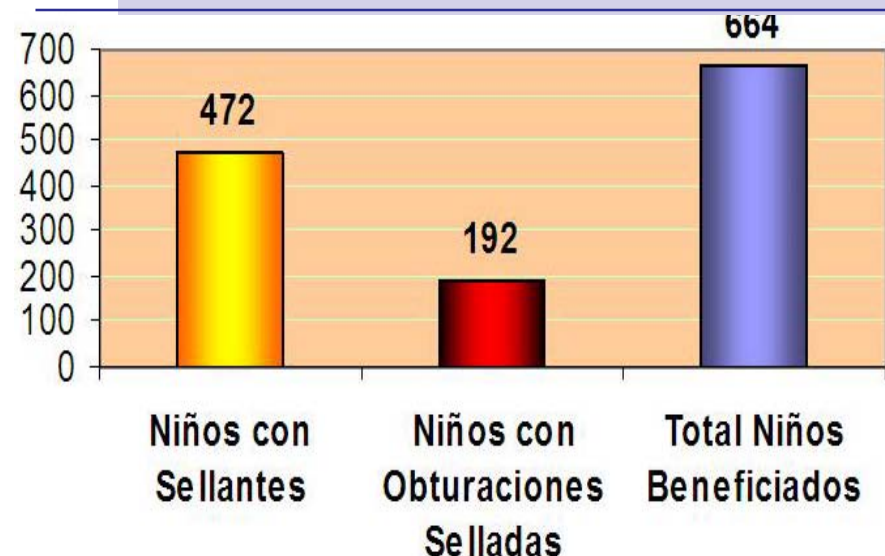


Gráfico
Nro 3

Aplicaciones de ionómero de vidrio en niños de 6 a 9 años de poblaciones excluidas y dispersas de La Libertad, según tipo de intervención mediante técnica PRAT. Perú. 2005



es que no requiere uso de equipos eléctricos, permitiendo al profesional odontólogo desplazarse en áreas rurales, beneficiando a las poblaciones más aisladas(11,12,13,14).

La técnica PRAT mostró una adecuada aceptación entre los niños sin y con lesiones cariosas prematuras en sus primeras molares permanentes, procedentes de las comunidades con pobreza y pobreza extrema incluídas en la experiencia. La población, gracias al uso de la técnica PRAT, se hizo más conciente del esfuerzo que hacemos los odontólogos por prevenir la caries dental, e incrementaron su responsabilidad en la práctica de hábitos saludables de alimentación e higiene bucal.

Algunas importantes lecciones aprendidas de esta experiencia son las siguientes:

- La lejanía y dispersión de las comunidades intervenidas, la falta de medios de comunicación y transporte, lo accidentado del terreno, condiciones climatológicas, entre otros aspectos contextuales, representaron una dificultad en el desplazamiento de los equipos itinerantes encargados de aplicar la técnica PRAT en las localidades seleccionada. Sin embargo, ni estas circunstancias, ni la menor densidad poblacional de niños en edades de 6 a 9 años, fueron una limitación para lograr los objetivos.

- La falta de un medio de transporte adecuado y seguro tanto para el personal de salud, como para los medicamentos e insumos, los expone a un continuo riesgo de ser dañados o de otros peligros durante el traslado a las diferentes rutas intervenidas, ya que estas se hacen en acémilas y a pie. No obstante, y a pesar del esfuerzo físico, fue gratificante para los profesionales y la población la realización de la técnica PRAT, por primera vez en estas comunidades. Hubo gran aceptación y compromiso de todos, al evidenciarse presencia e intervención efectiva del sector en el campo odontológico.

- Los odontólogos, debieron organizarse, evaluando y seleccionando a los pacientes a intervenir, de acuerdo a las diferentes morbilidades, realizando primero la técnica PRAT y luego las exodoncias indicadas (15).

A la fecha, se viene realizando el levantamiento de información entre los niños beneficiados, para la evaluación de conservación y desgaste de los ionómeros de vidrio, a fin de poder presentar resultados al año de intervención. No obstante, en función a los logros previamente alcanzados, se planea incluir a la técnica PRAT como una actividad odontológica eficaz, no solo preventiva, sino también restauradora, en el marco del Modelo de Atención Integral de La Libertad, expandiendo gradualmente la técnica a todos los establecimientos de la Región, beneficiando a 160.000 niños, y priorizando a

las comunidades de extrema pobreza, que representan el 35% de la población(16).

Reconocimientos

Mi especial reconocimiento a las instituciones que hicieron posible este exitoso proyecto: Dirección Regional De Salud de La Libertad, Organización Panamericana de la Salud, en particular al Dr. Oswaldo Ruíz, Consultor Internacional Técnica PRAT OMS/OPS, DGSP-MINSA, PAAG-MINSA, odontólogos de los equipos de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED). El detalle de los participantes en esta experiencia es mostrado en el Anexo.



Figura 2. Poblaciones excluidas y dispersas atendidas en esta experiencia.

En la foto superior se ven a un conjunto de niños atendidos en una comunidad de Bolivar. En la foto inferior, familias con sus niños esperando pacientemente su turno

Bibliografía

- 1.- OPS.Estadística de Salud en las Américas, 1998.
- 2.- Oficina de Estadística MINSA, 2003.
- 3.- Frencken Jo. Manual for the atraumatic restorative treatment approach to control dental caries. 1999.
- 4.- Frencken Jo. Effects of glass ionomer sealants in newly emptied first molars after 5 years: a pilot study.2003.
- 5.- Taller sobre la Práctica de Restauración Atraumática (PRAT). La Libertad.2005. Disponible en: <http://www.per.ops-oms.org/eventos-05.html>
- 6.- Heredia Carlos.Odontología Preventiva del niño y el Adolescente.UPCH.2004.
- 7.-Frencken Jo. Sobrevivencia de los sellantes de ionómero de vidrio como parte del enfoque PRAT.2002.
- 8.- OMS/OPS. Manual de Práctica de Restauración Atraumática (PRAT). 2005.
- 9.- Dirección Regional de Salud La Libertad. Modelo de Atención Integral de Salud:Instrumentos para la Intervención de la Persona con Paquetes de Atención Integral.2005.
- 10.- Resolución Ministerial N° 538-2005/ MINSA. Plan Nacional de Salud Bucal. 2005.
- 11.- Frencken Jo. E; Holmgren C.Ed. Organización Panamericana de la Salud. Curso sobre la Práctica de Restauración Atraumática (PRAT) para la Caries Dental. Programa de Salud Oral de la OPS/OMS; 2001.
- 12.- Frencken JE, Makoni F, Sithole WD: Atraumatic restorative treatment and glass – ionomer sealants in a school oral health programme in Zimbabwe: evaluation after 1 year.Caries Res , 1996; 30 (6): 428 – 33.
- 13.-Frencken JE, Makoni F, Sithole WD: ART restorations and glass ionomer sealants in Zimbabwe: survival after 3 years. Community Dent Oral Epidemiol. 1998. Dec; 26 (6): 372 –81.
- 14.-Frencken JE, Holmgren CJ: How effective is ART in the management of Dental Caries? Community Dentistry and Oral Epidemiology 1999; 27: 423 – 30. Munksgaard, 1999.
- 15.- Resolución Ministerial N° 882 – 2005/MINSA, que aprueba la NT N° 036 – MINSA/DGSP – V.01:Norma Técnica «Atenciones Odontológicas Básicas en Poblaciones Excluidas y Dispersas».
- 16.- La Libertad:Técnica de Prácticas de Restauración Atraumática.2005, disponible en :<http://www.per.ops-oms.org/noticias/vacunacion-caries.pdf>

Recibido para publicación el 17 de julio del 2006.
Aprobado con correcciones el 18 de octubre del 2006.

Correspondencias al autor: R. Descartes 184. Urb.La Noria, Trujillo. e-mail: cesarcaverominsa@yahoo.com.mx



ANEXO

CARACTERISTICAS DE LA ZONA DEL ESTUDIO

El departamento de La Libertad tiene una población de 1.541.427 habitantes. Este departamento presenta un 52.1% de pobreza, según el INEI. La Provincia de Bolívar en su mayor parte tiene población de «pobreza extrema», mientras que en Huamachuco y Pataz ella pertenece al estrato «muy pobres», en Santiago de Chuco y Otuzco al estrato «pobres», en Virú al «regular», y en Moche y Trujillo son calificados como teniendo un nivel socioeconómico promedio «Aceptable».

Se planificó iniciar el trabajo en la población de 6 a 9 años en las provincias de Bolívar y Pataz, posteriormente se amplió la intervención hacia las comunidades de Huamachuco, Santiago de Chuco, Otuzco, por presentar un 35% de niños en extrema pobreza, así como comunidades aisladas y dispersas, que no cuentan con servicios eléctricos y tienen difícil acceso a los servicios odontológicos al contar con un único profesional odontólogo para cada provincia. Finalmente se incorporaron Trujillo y Virú (distrito de Moche) que a pesar de contar con mayor accesibilidad a los servicios odontológicos presentaban niños en alto riesgo de sufrir la pérdida prematura de las primeras molares permanentes.

CARACTERISTICAS DE LA TECNICA PRAT

La Técnica de Restauración Atraumática (PRAT) se desarrolló dentro del marco del programa de atención primaria de la salud bucal de la Escuela Dental de Dar es Salaam, en la República de Tanzania, África, en respuesta a la necesidad de encontrar un método para preservar los dientes cariados en personas de todas las edades que viven en países en desarrollo y en comunidades menos favorecidas. Desde su presentación por el Dr. Jo Frenckel, en el año 1994, viene dando óptimos resultados en la prevención y rehabilitación de la caries dental, beneficiando particularmente a las poblaciones más vulnerables. Intervenciones similares se emprendieron en 1991 en Tailandia (sureste asiático), en 1993 en Zimbabue (África), en 1995 en Pakistán (sur de Asia Central) y en el año 2001 en China. De igual manera, se han llevado a cabo proyectos de intervención en los que se ha aplicado la técnica de prácticas

de restauración atraumática en países latinoamericanos, como: México, El Salvador, Bolivia, Honduras, Nicaragua, Ecuador, Uruguay, Panama, Trinidad y Tobago, Colombia y Perú.

La técnica no requiere equipamiento de unidades dentales e instrumentales de alto costo, o el uso de energía eléctrica. Este novedoso método emplea instrumentos manuales simplificados de bajo costo, y el uso de cementos de ionómeros de vidrio (exclusivamente para la Técnica PRAT), para sellar o restaurar las piezas dentales, al mismo tiempo que liberan flúor, previniendo posibles lesiones futuras. De ahí proviene su utilidad para la aplicación de una odontología efectiva, simplificada y económica. Así, si se toman en cuenta solo los costos operativos de la atención, cada sellante tendría un costo de US \$0,42, por lo que cada niño tendría sus primeras molares «vacunadas» con ionómero de vidrio por un costo de US \$2 aproximadamente, con una efectividad del 90% durante 3 años.

La técnica PRAT, tanto preventiva como restauradora, se caracteriza por ser un procedimiento simple y mínimamente invasivo, indoloro –por lo que no requiere de procedimientos de anestesia- y estético. La técnica consiste en la remoción del tejido dentario cariado por medio de instrumentos manuales, de bajo costo, simplificados; y el uso de cementos de ionómero de vidrio, para sellar o restaurar las piezas dentales. Dicho material, es de alta dureza, resistente a la fuerza de compresión, de mínimo desgaste superficial, y de fácil y rápida aplicación. Se caracteriza por adherirse químicamente al esmalte y dentina, liberando continuamente flúor, y previniendo la formación de caries.

La eficacia tecnológica del ionómero de vidrio, ha permitido evidenciar, según numerosos estudios, la ausencia de caries dental, hasta 5 años después de la pérdida total del ionómero, por diversos factores; ante este hallazgo se recomienda su aplicación cada 3 años, garantizando una molar libre de caries dental durante toda la vida.

Esta técnica ofrece gran satisfacción para el paciente, además de que se puede aplicar en corto tiempo, y se obtiene mayor protección de los órganos dentarios tratados. Dicho material es de alta dureza superficial, alta resistencia y fuerza a la compresión, mínimo

desgaste superficial, fácil y rápida aplicación, y muy estético.

MARCO INSTITUCIONAL PARA ESTA EXPERIENCIA

Actualmente el Perú enfrenta un alto índice de pobreza y pobreza extrema, la cual afecta directamente la salud del individuo, familia y comunidad. Por otro lado, los hábitos de higiene bucal en la población, y concomitantemente, la escasa disponibilidad de recursos de salud reduce la accesibilidad a los servicios bucodentales, necesarios para prevenir las principales patologías estomatológicas. Por todo ello, se hace muy difícil mantener una boca sana.

Este panorama, es más crítico en zonas rurales socialmente deprimidas, y en general en las comunidades más vulnerables y marginadas del país. En estas áreas, el difícil acceso geográfico y la escasez tecnológica de equipamiento dental, dificulta la atención odontológica oportuna e interculturalmente adecuada, a la demanda de la población que requieren acciones oportunas y de bajo costo.

Habiéndose, implementado el Modelo de Atención Integral de Salud y el «Plan Nacional de Salud Bucal» en la región La Libertad, ésta contempló, entre diversas estrategias, un conjunto de acciones y cuidados esenciales de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud bucal, en forma

eficiente, oportuna y con calidad, con enfoque familiar, comunitario y ambiental, sobretodo del grupo humano más vulnerable. Dicha decisión, sustentó la necesidad de promover y ejecutar un proyecto de intervención para disminuir la incidencia y prevalencia de la caries dental en nuestros niños.

Frente a esta situación, el Ministerio de Salud, en convenio con OMS/OPS priorizó sus acciones en estas poblaciones a través de una atención integral orientada a los grupos vulnerables y menos protegidos, a través de la técnica PRAT. En consecuencia, con Resolución Ministerial N° 538-2005/MINSA, del 14 Julio del 2005, se aprueba el «Plan Nacional de Salud Bucal», siendo Ministra de Salud, la Dra. Pilar Mazzetti Soler. En dicha resolución, se incorpora la ejecución de la Técnica **PRAT**, al Plan Nacional de Salud Bucal .

En consecuencia, desde inicios del año 2005, la Dirección Regional de Salud La Libertad, en convenio con la Organización Panamericana de Salud (OPS), impulsaron la implementación de la técnica PRAT.

En La Libertad, la aplicación de la técnica PRAT estuvo a cargo de los equipos itinerantes de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED) de La Libertad, correspondientes a las provincias de Bolívar y Pataz, Huamachuco, Santiago de Chuco, Otuzco, Virú, Moche y Trujillo.

Figura A-1. El autor del artículo con el primer equipo de odontólogos capacitados en la técnica PRAT.





Del 04 al 08 de Abril de 2,005, la Dirección Regional de Salud La Libertad en Convenio con OMS/OPS diseñó un Plan Operativo Regional, con el objetivo de beneficiar a los niños en extrema pobreza entre 6 y 9 años de edad.

El plan se inició con talleres de planificación a cargo de la Dirección General, Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas, Dirección de Atención Integral y Calidad en Salud, Dirección de Servicios de Salud. Se seleccionaron y capacitaron dos Odontólogos para trabajar en las Brigadas AISPED de las provincias de Bolívar y Pataz, que se encuentran a 3 días de la ciudad de Trujillo, siendo las más alejadas y de difícil acceso a la zona. Progresivamente se incorporan a las Provincias de Huamachuco, Santiago de Chuco, Otuzco (Sierra Liberteña), Provincia Virú, Distrito Moche y Trujillo (Costa Liberteña), lo que permitiría evaluar la permanencia de los ionómeros de vidrio en diferentes circunstancias, patrones interculturales, hábitos alimenticios, hábitos de higiene bucal, uso y frecuencia del cepillo dental, consumo de azúcares, grado de placa bacteriana, presencia de caries dental, índice de higiene bucal, etc.

Si bien es cierto que como odontólogos, teníamos conocimiento de la técnica desde 1,995, en la práctica no se utilizaba el ionómero de vidrio apropiado, y la técnica empleada presentaba deficiencias en su aplicación, existiendo mucho escepticismo. El proceso de sensibilización, selección, capacitación y certificación de odontólogos de La Libertad, y el adecuado desarrollo de competencias profesionales y habilidades manuales para el éxito de la Técnica PRAT, fueron cruciales para el cumplimiento de nuestros objetivos. La experiencia y compromiso por enaltecer nuestra profesión, se complementó con la eficacia de la tecnología que proporciona el uso de ionómeros de vidrio, para la técnica PRAT, logrando los resultados que se muestran en este artículo.

Nuestro reconocimiento especial a las siguientes personas que contribuyeron con esta experiencia:

- A mi familia: A mi esposa Mary e hijo César, por su infinito amor y comprensión.
A mis padres por guiarme y ser fuente inagotable de motivación.

- A la Dirección Regional de Salud La Libertad (DIRESA): Dr. Angel Omar Iribari Poicón-Director General, Dr. Víctor Alvarado Cáceres-Director Ejecutivo de Salud de las Personas, Dr. Manuel Burgos Zavaleta-Director Atención Integral y Calidad en Salud, Dra. Regina Sánchez Sato-Directora de Servicios de Salud. El Equipo de Salud Bucal de la DIRESA estuvo constituido por el CD.Mg. César Cavero Bendezú, Consultor Técnica PRAT y responsable de Salud Bucal.

- A la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud: con especial mención al Dr. Manuel Peña, Dr. Rigoberto Centeno, Dr. Germán Perdomo y Dr. Oswaldo Ruíz-Consultor Internacional de Técnica PRAT, por su apoyo técnico.

- Al Ministerio de Salud (MINSA): Dr. Luis Podesta-DGSP, Dr. Raúl Vallejos MINSA, Dr. Walter Vigo -PAAG y Dra. Waleska De Almeida-PAAG, por el soporte técnico, para la implementación de la técnica PRAT en el país, a través de los odontólogos seleccionados de las diferentes regiones del Perú.

- A los Odontólogos de los equipos itinerantes de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED) de La Libertad: Carlos Malca Fernández (AISPED Bolívar), Félix Soldevilla Melgar (AISPED Pataz), Consuelo Cornejo Segovia (Bolívar), Silvia Vásquez Escobar (Huamachuco), Karin Vargas Díaz (Santiago de Chuco), María Huaman (Otuzco), Jenny Villanueva Costa (Virú), Roberto Matheus (Moche).

- A la Empresa Privada 3M: Carlos Campoverde Alvarado.

- Al CLAS La Noria: Dr. Aníbal Morillo Arqueros.

- Al I.E. República Argentina 8008-La Noria (Centro Piloto en Técnica PRAT): Prof. Alcibiades Chacón Arbulú, Director, a la plana docente, padres de familia, y alumnos.

Artículos Originales

Factores de riesgo para enfermedades no transmisibles en mujeres adultas de una población urbano-marginal pobre de Lima, Perú.

Dra. Eva Estrella Sinche(*), Dr. Jorge Gutierrez(**), Dr. Miguel Suárez Bustamante(***)

Resumen

Introducción:

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son las causas principales de muerte y discapacidad en todo el mundo. Existen múltiples factores de riesgo relacionados con la etiología de las ENT, importantes para formular estrategias de prevención. Se conoce poco de su prevalencia en zonas urbanas de países en desarrollo.

Objetivos

Determinar la prevalencia de factores de riesgo para ENT en mujeres adultas de organizaciones de base de la localidad de Laura Caller, Distrito de Los Olivos, Lima, Perú.

Métodos:

Se realizó un estudio de tipo transversal, descriptivo. Se recolectaron datos personales, socioeconómicos, antecedentes personales de tabaquismo y actividad física. Se realizó la toma de tensión arterial, medidas antropométricas y dosaje de glucosa y colesterol total en ayunas. Se aplicó la ficha a 97 mujeres y a 50 de ellas se les hizo los exámenes de laboratorio.

Resultados:

El rango de edades de la población estudiada fue de 21 a 78 años (media de 44,51 \pm 11,76). La prevalencia de hipertensión arterial, diabetes e hipercolesterolemia fue de 28,9%, 8% y 12%, respectivamente. El 40,2% de las entrevistadas tuvo diagnóstico de sobrepeso y el 38,2% diagnóstico de obesidad. El 15,5% tiene hábito de fumar y alrededor del 90% tiene vida sedentaria y sólo el 9,3% realiza actividad física a nivel moderado.

Discusión:

Se demuestra una alta prevalencia de factores de riesgo de ENT, especialmente obesidad, hipertensión arterial y sedentarismo en esta población de característica pobre. Es importante realizar otras investigaciones para tener una visión global de estos factores de riesgo a nivel nacional.

Palabras Clave: Enfermedades no transmisibles, factores de riesgo, estudios de prevalencia, Perú.

(*) Médica Familiar. Profesora Invitada Universidad Peruana Cayetano Heredia.

(**) Médico Internista. Profesor asociado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia - Departamento de Medicina. Asesor del Decanato Nacional del Colegio Médico del Perú.

(***) Médico Familiar. Profesor asociado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia - Departamento de Medicina. Director de Proyectos de IDEFIPERU.

Abstract

Introduction:

Non-Communicable Diseases (NCD) are the principal causes of death and disability world wide. Multiple risk factors are associated with the etiology of NCD and are important for formulating prevention strategies. Little is known about the prevalence of these risk factors in developing countries.

Objetives

To determine the prevalence of NCD risk factors in adult women from the community of Laura Caller in Los Olivos district of Lima, Peru.

Methods:

A cross-sectional descriptive study was conducted. Data concerning personal and socioeconomic information were collected as well as histories of physical activity and tobacco use. In addition, anthropometric measurements and arterial blood pressure were taken along with fasting blood levels of glucose and cholesterol.

Results:

The age of subjects ranged from 21 to 78 years (mean of 44,51 \pm 11,76). Prevalence of arterial hypertension, diabetes and hypercholesterolemia was 28,9%, 8% and 12% respectively. Forty two percent of participants were overweight, 38,2% were obese. Tobacco use was reported in 15,5% of subjects. Over 90% of the women reported having a sedentary lifestyle and only 9,3% perform moderate physical activity.

Discussion:

There is a high prevalence of NCD risk factors in this sample of women from a poor outlying area of a large city. These risk factors include obesity, hypertension and sedentary lifestyle. More studies are needed in order to have a global perspective of these factors that affect the health of the nation.

Keywords:

Non-Communicable Diseases, risk factors, prevalence studies, Peru.



Introducción

Las enfermedades no transmisibles (ENT) en el año 2001, ocasionaron 33,1 millones de defunciones, lo que representa casi un 60 % de la mortalidad en todo el mundo; y constituyeron un 45,9% de la morbilidad. En el año 2020, si las tendencias actuales se mantienen, estas enfermedades representarán un 73 % de las defunciones y un 60 % de la morbilidad (1). En América Latina y el Caribe, las ENT contribuyen a un 44,1% de las defunciones en los hombres, y con un 44,7% en las mujeres menores de 70 años. Cerca del 23% de muertes cardiovasculares y el 39% de las muertes por cáncer ocurrirán en personas menores de 60 años (2). En el Perú, entre los años 1987 y 1997, se han producido grandes cambios en los perfiles de mortalidad; así por ejemplo la mortalidad por enfermedades transmisibles disminuyó de 247,5 a 146,4 por 100.000 habitantes, mientras que la mortalidad por enfermedades no transmisibles se ha incrementado (6).

Un componente crítico para prevenir y controlar estas enfermedades es monitorizar sus factores de riesgo. En 1961, Kannel y colaboradores acuñaron el término «factores de riesgo», definiendo la naturaleza cuantitativa y aditiva de los diversos factores encontrados en el estudio Framingham involucrados en la aparición de enfermedades cardiovasculares (3,4,5). Existe creciente evidencia y consenso de que las prioridades en la prevención de las enfermedades no transmisibles deben centrarse en grupos específicos, haciendo énfasis en los pacientes con enfermedad ya establecida y en aquellos con alto riesgo de padecer un evento (6). En Perú a partir de los años 90 se han conducido varios estudios de prevalencia de factores de riesgo para ENT en la población, tales como: hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipercolesterolemia y obesidad en diferentes ciudades del país (7,8,9). No obstante, dado que muchos de estos estudios se han realizado de manera aislada y con diferente metodología, la situación actual de estos factores es conocida sólo parcialmente. En consecuencia se requiere mayores estudios para poder retratar la situación de los factores de riesgo para ENT para las diversas realidades del Perú .

Se realiza el presente estudio con la finalidad de determinar la prevalencia de factores de riesgo para ENT en una población específica constituida por mujeres adultas de las organizaciones de base de la localidad de Laura Caller en el Distrito de Los Olivos en el Departamento de Lima; lo que servirá de referencia para el desarrollo de otros estudios y para la implementación de estrategias de intervención.

Metodología

Diseño del Estudio

El presente es un estudio de tipo transversal, descriptivo con base poblacional realizado en el área jurisdiccional del Centro de Salud Laura Caller, ubicado en el Distrito de Los Olivos en el Departamento de Lima y realizado entre los meses de Diciembre del 2004 y Mayo del 2005.

Definición de la Población de Estudio

Los criterios de inclusión para el estudio fueron: adultos de sexo femenino, edad mayor de 20 años, residente en la jurisdicción de la localidad de Laura Caller en el Distrito de Los Olivos, perteneciente a una Organización social de base y contando con su consentimiento informado para participar.

Selección de la muestra

La selección de los casos se realizó a través de un muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia; mediante una invitación formal dirigida a las organizaciones de base y a la población de la jurisdicción del Centro de Salud Laura Caller, para que participen en el estudio. Esto se realizó previo consentimiento del médico del Centro y contando con el apoyo de las promotoras de salud.

Las organizaciones de base consideradas fueron los Comedores Populares. Estas organizaciones representan estrategias comunales de sobrevivencia, en las cuales las asociadas participan ofreciendo trabajo voluntario en turnos para la preparación de los alimentos, a cambio de recibir descuentos o raciones adicionales, al comprar los platos preparados. La muestra se concentró en organizaciones de base por la facilidad para el reclutamiento, tomando adicionalmente en consideración que estas organizaciones

congregan mujeres que no son diferentes de la población general de la zona.

Se consideró la edad en años cumplidos hasta la fecha de evaluación.

Recojo de datos

Para la evaluación de las entrevistadas, ellas fueron contactadas en las organizaciones de base donde trabajaban. Ahí se realizó una exposición de las características del estudio y de los beneficios que ellas obtendrían al conocer su estado de salud. Al finalizar se les entregó una esquila con una invitación para acudir al Centro de Salud Clas Laura Caller y participar del estudio. Al acercarse al establecimiento, y previo a un consentimiento informado, un personal capacitado aplicó una ficha para la recolección de datos personales y familiares, luego se procedió a la toma de tensión arterial, posteriormente la paciente fue pesada y tallada, y por último se procedió a la toma de una muestra de sangre venosa para el dosaje de glucosa y colesterol total en ayunas.

Antecedente familiar de enfermedad coronaria

Definido como la presencia o la ausencia de enfermedad coronaria (infarto agudo de miocardio o muerte súbita cardiaca) en los familiares de primer grado a edad prematura: < 55 años en varones y < de 65 años en mujeres (10).

Hipertensión arterial

Se determinó el antecedente personal de hipertensión arterial y de acuerdo al Seventh Report of the Joint National Committee of High Blood Pressure (2003) (11) -Ver cuadro 1.

Hiperglicemia

Se tomó el resultado del examen bioquímico de glucosa de una muestra de sangre venosa periférica obtenida en ayunas. Las categorías se establecieron de acuerdo a la American Diabetes Association se establecieron (12) -Ver cuadro 1.

1. Definición de Variables

En el Cuadro 1 se listan, donde es necesario, las definiciones operacionales de las variables empleadas en el estudio.

Colesterol total

Se tomó el resultado del examen bioquímico de colesterol total de una muestra de sangre venosa periférica obtenida en ayunas. De acuerdo al Nacional Colesterol Education

Edad

Cuadro Nro 1 Definición operacional de las variables más importantes consideradas potenciales factores de riesgo para enfermedades no transmisibles en este estudio.

Variables	Categorías	
Tensión arterial		
	PS	PD
Normal	<120	<80
Pre hipertensión	120 – 139	80 – 89
HTA estadio 1	140 – 159	90 – 99
HTA estadio 2	? 160	? 100
Glicemia basal		
Normal	< 110 mg/dl	
Intolerancia a la glucosa	110 – 125 mg/dl	
Diabetes mellitus probable	? 126 mg/dl	
Colesterol total		
Deseable	< 200 mg/dl	
Borderline high	200 – 239 mg/dl	
Alto	? 240 mg/dl	
Índice de masa corporal		
Normal	18.5 – 24.9	
Sobrepeso	25 – 29.9	
Obesidad Grado I	30 – 34.9	
Obesidad Grado II	35 – 39.9	
Obesidad Grado III	? 40	
Hábito de fumar		
Fumador	Refiere fumar actualmente	
No fumador	Refiere nunca haber fumado	
Antes Fumador	Refiere haber dejado de fumar por lo menos 6 meses	
Actividad física		
No actividad física	No realiza actividad física	
Actividad física leve	Realiza actividad física menos de 30 minutos por día, con frecuencia menor de 4 veces por semana	
Actividad física moderada	Realiza actividad física más de 30 minutos por día, con frecuencia de 4 o más veces por semana	



Program (NCEP), Adult Treatment Panel III (2001) (13).

Obesidad

Se identificó el peso adecuado, sobrepeso, obesidad I, obesidad II y obesidad III de acuerdo al Índice de Masa Corporal (14).

Instrumentos

Cuestionario

Los datos personales, datos socioeconómicos y factores de riesgo biológicos y conductuales se recogieron mediante una Ficha de Recolección de Datos, la cual fue validada y posteriormente aplicada a la población de estudio.

Toma de tensión arterial

La tensión arterial se midió usando un esfigmomanómetro de mercurio según las normas de la OMS. Se realizó dos tomas de tensión arterial con el paciente sentado con un intervalo de 5 minutos, previo reposo de 5 minutos y se anotó la media.

Medidas antropométricas

El peso fue medido en kilogramos, sin zapatos y con la ropa que portaban, a través de balanzas de pie previamente calibradas. La talla fue medida en metros, estando el paciente descalzo y en posición supina utilizando un tallímetro. Estas mediciones fueron realizadas por personal capacitado. Se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC), utilizando índice que relaciona el peso en kilogramos sobre la talla en metros al cuadrado (Peso /Talla²).

Exámenes de laboratorio

Previo consentimiento informado se procedió a la toma de una muestra de 5 ml de sangre venosa para dosaje de glucosa y colesterol total luego de un periodo de ayuno de 8 a 12 horas. Se efectuó una determinación enzimática de glucosa y colesterol total, siendo leída la muestra en un espectrofotómetro a 500 nm (kit de audit diagnostics) determinándose los valores en mg/dl.

Procesamiento y análisis de datos

Se aplicaron técnicas de estadística descriptiva con la presentación de frecuencias y porcentajes para las variables e intervalos de confianza.

Los datos recolectados en la población de estudio, así como los resultados de las pruebas de laboratorio realizadas fueron ingresados en una base de datos electrónica y posteriormente procesadas.

Resultados

La muestra fue de 97 casos, habiendo sido invitado un grupo de alrededor de 150 potenciales entrevistadas. A ellas se les aplicó la ficha de recolección de datos y a 50 de ellas se les realizó los exámenes de laboratorio.

Descripción de la población de estudio

La descripción de las principales características sociodemográficas de la población se muestran en el Anexo. El rango de edades de la población estudiada fue de 21 a 78 años (media de 44,51 ±11,76), cerca de la mitad de los casos estudiados pertenecían al grupo etáreo de 40 a 59 años y más del 60% de ellas tenían pareja. Alrededor de la mitad de las entrevistadas tenían grado de instrucción secundaria completa, 3 de cada 10 tenían grado de instrucción superior no universitario, y sólo 1% no tenían estudios. La actividad predominante a las que se dedicaban las mujeres fue la de ocupaciones del hogar (55,7%). En relación al tipo de vivienda, dos terceras partes contaba con vivienda propia y el material predominante de las viviendas fue ladrillo, y cerca de la quinta parte el material de su vivienda fue adobe. Ver Anexo.

Antecedentes

En relación al antecedente familiar de enfermedad coronaria, el 14,4% de los sujetos de estudio refirió tener un familiar con antecedente de infarto de miocardio, y de ellos sólo la tercera parte tenían antecedente familiar de infarto de miocardio a edad prematura. Casi la totalidad de ellas reportó que tuvo un control previo de tensión arterial; alrededor de la mitad de ellas tuvo un control previo de glicemia (47,4 %) y sólo la tercera parte tuvo un control previo de colesterol total.

Tensión Arterial

En relación a la evaluación de tensión arterial; 7 de cada 10 personas evaluadas tuvieron tensión arterial normal, y casi la quinta parte tuvo una tensión arterial dentro de la categoría de pre-hipertensión y el 10,3 % tuvo valores dentro de la categoría de hipertensión arterial, con 3,1% en la categoría de hipertensión arterial estadio 1 y 7,2% en el estadio 2 -Ver Cuadro 2. El rango de valores de tensión arterial sistólica fue de 80 a 191 mmHg (media

Cuadro Nro 2 Frecuencias de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles en mujeres adultas de la localidad de Laura Caller. Los Olivos, Lima. 2005

	Categorías	Frecuencia	%
Tensión Arterial	Normal	69	71.1
	Pre hipertensión	18	18.6
	HTA Estadio 1	3	3.1
	HTA Estadio 2	7	7.2
Glicemia Basal	Normal	47	94.0
	DM probable	3	6.0
	Intolerancia a la glucosa	0	0
Colesterol Total	Normal	34	68.0
	Límite Superior Alto	10	20.0
	Alto	6	12.0
Tabaquismo	Fumador	15	15.5
	Antes fumador	27	27.8
	No fumador	55	56.7
Actividad Física	No Actividad Física	49	50.5
	Actividad Física Leve	39	40.2
	Actividad Física Moderada	9	9.3

de 109.81 mmHg) y para la tensión arterial diastólica fue de 55 a 100 mmHg (media de 72,30 mmHg).

Tomando en consideración el antecedente previo de diagnóstico de hipertensión arterial, y los casos recientemente diagnosticados en el estudio la prevalencia hallada de hipertensión arterial fue de 28,9%.

Diabetes Mellitus

En lo referente al dosaje de glicemia basal, un poco más de 9 de cada 10 entrevistadas tuvieron una glicemia dentro de límites normales; el 6 % de las entrevistadas presentó una glicemia dentro de la categoría de diabetes mellitus probable; y no hubo casos en la categoría de intolerancia a la glucosa. ver Cuadro 2. El rango de valores de glucosa fue de 47 a 283 mg/dl (media de 81,76 mg/dl). La prevalencia de diabetes mellitus en la población de estudio, tomando en consideración el antecedente de diagnóstico previo de diabetes fue de 8 %.

Hipercolesterolemia

En relación al valor de colesterol total, un poco más de la décima parte de las entrevistadas

tuvo el valor de colesterol total elevado; 2 de cada 10 tuvo el valor de colesterol total en el límite superior alto, y alrededor de 7 de cada 10 tuvo el colesterol total en límites normales -ver Cuadro 2. El rango de valores de colesterol total fue de 89 a 380 mg/dl (media de 183,96 mg/dl).

Obesidad

Las 2 quintas partes de las mujeres evaluadas tuvo diagnóstico de sobrepeso y un porcentaje muy semejante tuvo el diagnóstico de Obesidad. Es decir que alrededor del 79% tuvo un índice de masa corporal mayor de lo normal. (Ver figura N°1). No se encontró a nadie en la categoría de obesidad grado III o mórbida. Una de cada 5 mujeres tuvo un peso adecuado -ver Cuadro 2.

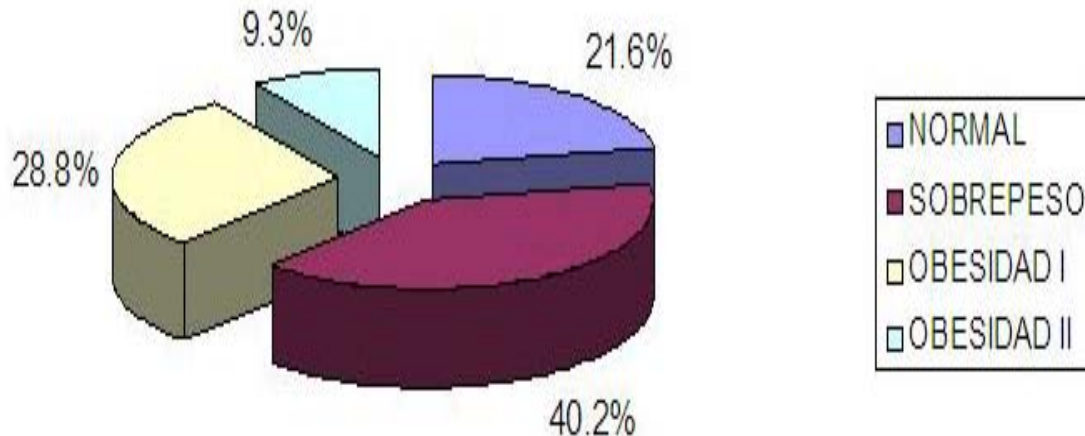
Estilos de Vida

El 15,5% de las mujeres evaluadas refirió fumar actualmente. En relación a la actividad física, más de la mitad de ellas manifestó no realizar actividad física, y las 2 quintas partes realizaba actividad física leve y cerca de una de cada 10 realizaba actividad física moderada -ver Cuadro 2.



Gráfico Nro 1

Prevalencia de obesidad en mujeres adultas de la localidad de Laura Caller. Los Olivos, Lima. 2005



Discusión

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define «riesgo» como «la probabilidad de un resultado adverso o factor que aumenta esta probabilidad». Los múltiples factores de riesgo están relacionados con la etiología de las ENT y tienden a agruparse en ciertos sectores de la población; y la importancia de conocer su prevalencia deviene de que el concepto de factores de riesgo permite realizar estrategias de prevención (1).

Los factores de riesgo se clasifican en:

- Factores de riesgo generales: edad, sexo, escolaridad y composición genética.
- Factores de riesgo conductuales: tabaquismo, régimen alimentario inadecuado e inactividad física
- Factores de riesgo biológicos: niveles de colesterol sérico, diabetes, hipertensión y obesidad.

La Federación Internacional de Diabetes, informó que en el año 2001, en Perú, la tasa de mortalidad por cardiopatía coronaria en varones fue de 28 por 100.000 personas/año, mientras que en mujeres fue de 14 por 100.000 personas/año. La mortalidad por enfermedad cerebro vascular en varones fue de 23 por 100.000 personas/año y en mujeres 20 por 100.000 personas/año. La prevalencia de diabetes fue de 3,7 % (15). De acuerdo al Análisis de Situación de Salud del Perú del año

2003, las enfermedades cerebro vasculares son la tercera causa de mortalidad, con una tasa de 28,7 por cien mil habitantes. A nivel de regiones naturales, la sierra es la que presenta las mayores tasas. Asimismo, las enfermedades isquémicas del corazón son la cuarta causa de mortalidad con un tasa de 24,4 por cien mil habitantes. A nivel de regiones naturales, la costa es la que presenta las mayores tasas, siendo 1,4 y 1,8 veces más que en la sierra y selva respectivamente (16).

Adicionalmente, a partir de los años 90 se condujeron varios estudios de prevalencia de hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipercolesterolemia y obesidad en diferentes ciudades del país. Las prevalencias halladas son muy variadas; así cabe mencionar a Seclén, S. y col (8) quien de acuerdo a los criterios del Joint National Committee of High Blood Pressure del año 1992 encontró una prevalencia de hipertensión arterial en Lima (Urbanización Ingeniería) de 33%. En relación a obesidad la prevalencia hallada en mayores de 18 años en Lima fue de 22,8%(8). Estos hallazgos apuntan a resaltar que las enfermedades no transmisibles tienen cada vez mayor peso en la carga de mortalidad y morbilidad en el Perú, y que los factores de riesgo asociados se están incrementando.

Este estudio desea aportar al conocimiento sobre la prevalencia de estos factores en una población seleccionada (socias de comedores populares) de un área urbano - marginal limeña, aunque es consciente de las limitaciones de su diseño. Su primera debilidad es la

dificultad para adscribirlo a un área poblacional específica, dado que trabaja con mujeres de un grupo particular que son las socias de comedores populares. Igualmente representa una limitación el hecho de que la muestra no se tomó en la propia organización de base, sino sobre la base de las personas que acudieron al servicio. Ello podría haber introducido un sesgo si no todas las invitadas tuvieran la misma posibilidad de participar, habiendo una mayor propensión en ir al centro para un grupo en particular. Y finalmente, también limita el alcance de nuestras conclusiones el hecho de contar con un reducido tamaño muestral, especialmente para los indicadores que requerían de análisis de laboratorio. Sin embargo, esperamos que a pesar de ello nos de una idea de la prevalencia de estos factores de riesgo; lo que servirá de guía para la ejecución de otros trabajos de investigación y de la implementación de estrategias y programas eficaces de prevención y control orientados a grupos de alto riesgo.

Al comparar nuestros estudios contra la bibliografía existente, apreciamos que la prevalencia de hipertensión arterial en este estudio fue de 28,9%, mucho mayor a la prevalencia hallada por la Oficina General de Epidemiología (9) en Comas (7,1%) y Magdalena (7,7%), pero menor a la hallada por Seclén y col (8) en San Martín de Porres (34,7%). La prevalencia de diabetes en el presente estudio fue de 8%, muy similar a lo reportado por Seclén en la Urbanización Ingeniería (9,9% en mujeres). La prevalencia de hipercolesterolemia (colesterol sérico > 240 mg/dl) de la población estudiada fue 12%. Pocos estudios, en nuestro país, han reportado la prevalencia de esta patología en población general. Seclén (8), estudió este factor de riesgo, encontrando una prevalencia de 21,7% en mujeres.

La prevalencia de obesidad en el estudio fue de 38,9%, similar a lo encontrado por Seclén (8) en una población urbana en Piura (38,0%) pero mayor a las prevalencias encontradas en Lima (21,7%), Comas (28%), y Magdalena (15,3%). En relación a la prevalencia de sobrepeso, la prevalencia hallada fue 40,2%, mucho mayor al valor hallado por la OGE (9) en Comas (17,5%).

El tabaquismo es la causa prevenible más importante de morbilidad y mortalidad precoz; las personas con hábito de fumar tienen el doble del riesgo de presentar enfermedad

cardiovascular fatal y una incidencia de accidente cerebrovascular 2 a 3 veces mayor a la población general. En Perú las encuestas nacionales mencionan que aproximadamente el 14,5% de las mujeres fuman actualmente, similar a la prevalencia encontrada en este estudio (15,5%). Pero tomando en consideración el número de cigarrillos consumidos es menor al considerado como factor de riesgo coronario.

En relación a la práctica de actividad física cabe mencionar que la mitad de la población estudiada no realizaba ningún tipo de actividad física, sólo el 9,3% de las entrevistadas realizaban actividad física a nivel moderado, que es el nivel de actividad física recomendado para prevención primaria de enfermedades cardiovasculares.

En conclusión, en esta población específica constituida por mujeres de una zona urbano-marginal pobre de Lima, encontramos una alta prevalencia de hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad; y un bajo porcentaje de práctica de actividad física moderada; lo cual corrobora la tendencia actual de estos factores de riesgo en el país y en el mundo. Ello presenta evidencia adicional que parece desmentir la idea de que las ENT están asociadas sólo a las poblaciones más pudientes, y por el contrario, tiende a concentrarse cada vez más como un problema de los sectores menos favorecidos, dado que son ellos los que tienen menor acceso a información o a medios facilitadores para poner en práctica modificaciones en sus estilos de vida.

En el campo de la Especialidad de Medicina Familiar el estudio de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles forma parte del mantenimiento de salud de la población por lo que es importante identificar a estas personas con factores de riesgo múltiples, por su alto riesgo, para iniciar el manejo directo de estos factores, implementando programas de intervención (17).

AGRADECIMIENTOS:

Al personal del Centro de Salud Laura Caller, a los directivos de las organizaciones de base participantes, así como a todas las mujeres que gentilmente dieron su tiempo a este estudio. Este estudio fue realizado sin apoyo financiero externo al aportado por la investigadora principal.



Bibliografía

1. OPS-OMS; Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades no Transmisibles (CARMEN) 2003; 10: 1-7.
2. OPS-OMS; Networking for the surveillance of risk factors for NCD in Latin America and the Caribbean 1999; 9.
3. Kannel,W; Factors of risk in the development of coronary heart disease: six year follow-up experience. The Framingham Study. Ann Intern Med 1961; 55: 30-50.
4. Quiroz G; Factores de riesgo coronario: de Framingham a nuestros días. Diagnóstico 2001; 40: 5.
5. Primary Prevention of Coronary Heart Disease: Guidance from Framingham, AHA Scientific Statement, Circulation 1998; 97: 1876-1887.
6. Kopitowski K; Riesgo Vascular Global; Evidencia – Actualización en la Práctica Ambulatoria; 2003; 6: 146-151.
7. MINSA, OGE, Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles en el distrito de Villa El Salvador – Lima y Trujillo – La Libertad, Perú, 2003.
8. Seclén, S. Prevalencia de Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, Hipercolesterolemia y Obesidad como Factores de Riesgo Coronario y Cerebrovascular en Población Adulta de la Costa, Sierra y Selva del Perú. Acta Médica Peruana, 1999; 17 (1): 8-12.
9. MINSA, OGE, Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares y diabetes en familias nucleares de seis ciudades del Perú, 1998 – 2000.
10. Primary Prevention of Coronary Heart Disease: Guidance from Framingham, AHA Scientific Statement, Circulation 1998; 97: 1876-1887.
11. Chobanian A. et al, The Seventh Report of the National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report, JAMA, 2003; 289: 2560.
12. American Diabetes Association: Clinical Practice Recommendation. Diabetes Care 2004; 27 (Suppl 1): S1.
13. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adults Treatment Panel III). JAMA 2001; 285: 2486.
14. American Medical Association. Assessment and Management of Adult Obesity: A Primer for physicians, 2003.
15. Federación Internacional de Diabetes; Diabetes y Enfermedades cardiovasculares; 2001; 37.
16. MINSA, OGE; Análisis de Situación de Salud del Perú, 2003.
17. Rubinstein A. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria; 2001: 825-829.

Recibido para publicación el 14 de mayo del 2006.
Aprobado con correcciones el 8 de agosto del 2006.

Correspondencias al autor: e-mail:
estrella_en@yahoo.com

Anexo

Anexo Características generales de la población de mujeres adultas de la localidad de Laura Caller. Los Olivos, incluida en este estudio. Lima. 2005.

	Categorías	n	%
Edad	20 – 29 años	9	9.3
	30 – 39 años	24	24.7
	40 – 59 años	51	52.6
	60 años a más	13	13.4
Estado civil	Soltera	16	16.5
	Casada	41	42.3
	Viuda	3	3.1
	Divorciada	2	2.1
	Conviviente	24	24.7
	Separada	11	11.3
Grado de instrucción	Primaria	20	20.6
	Secundaria	43	44.3
	Superior no universitario	29	29.9
	Superior universitario	4	4.1
	Sin estudios	1	1.0
Ocupación	Administrativo	3	3.1
	Profesional	2	2.1
	Técnico	15	15.5
	Obrero	2	2.1
	Ocupación del hogar	54	55.7
	Ambulante	12	12.4
	No trabaja	4	4.1
Tipo de vivienda	Propia	66	68.0
	Alquilada	12	12.4
	Prestada	11	11.3
	Otros	8	8.2
Material de vivienda	Ladrillo	70	72.2
	Adobe	22	22.7
	Madera	1	1.0
	Estera	1	1.0

Artículos Originales

Hábito de fumar en adultos(as) que acuden a una unidad de atención primaria de salud en Ciudad de Panamá, Panamá.

Dra. Cecilia Llorach Castro(*), Sres. Angie Díaz, Angie Miranda, Giovanni Murdock, Ana Rengifo(**)

Resumen

Introducción:

El tabaquismo es uno de los problemas prevenibles más importantes de salud, el cual produce una alta morbilidad y mortalidad a nivel global.

Objetivos

Conocer aspectos relacionados al tabaquismo en adultos(as) que asisten a la ULAPS de San Cristóbal, en la Ciudad de Panamá, Panamá.

Métodos:

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, en una muestra por conveniencia de 100 adultos(as) usuarios regulares de la sede de estudio. La encuesta fue administrada previo consentimiento verbal.

Resultados:

Del total de entrevistados, 13 eran fumadores. De acuerdo a la edad, el tabaquismo era mayor en el grupo de 18 a 27 años con un 46,1 %. De los 13 fumadores identificados, 7 eran varones y 6 eran mujeres; y en 9 fumadores la edad de inicio de este hábito fue menor a los 18 años. Cinco de los 13 fumadores afirmaron consumir un promedio superior a los 10 cigarrillos por día. Nueve de los 13 fumadores, afirmaron que habitualmente se evalúa el hábito de fumar en la consulta médica, mientras que sólo 7 de ellos había recibido consejo para dejar de fumar. La totalidad de los fumadores conocían que el cigarrillo causa daño: seis refirieron que produce cáncer de pulmón, cuatro mencionaron a las afecciones respiratorias y tres aludieron a afecciones cardíacas.

Discusión:

Existe una prevalencia importante y un inicio temprano del hábito de fumar en este grupo de entrevistados de la ciudad de Panamá. Existe aun mucho espacio para mejorar las intervenciones orientadas a reducir el tabaquismo en la atención primaria de salud, ya que sólo la mitad de los fumadores ha recibido consejo para dejar de fumar.

Palabras Clave: *Tabaquismo, atención primaria, estudios de prevalencia, Panamá.*

Abstract

Introduction:

Tobacco use is one of the most preventable health problems producing high morbidity and mortality around the world.

Objetives

To discover aspects related to tobacco use in adult patients at ULAPS of San Cristobal in Panama City, Panama

Methods:

This study employed a cross-sectional descriptive methodology using a convenience sample of 100 adult patients at ULAPS. Verbal consent was obtained and a questionnaire was administered.

Results:

Thirteen percent of the sample reported current tobacco users. Smoking was greater in 18 to 27 year old subjects (46.1%). Seven of the 13 smokers (54%) of the tobacco users were men and 6 (46%) were women. In 9 of the tobacco users, the age of initiation was less than 18 years. Five of the 13 smokers reported that their average number of cigarettes smoked per day was greater than 10. Nine of the 13 smokers reported their tobacco use was assessed in medical visits, while only 7 (54%) reported having received advice to quit smoking. All smokers knew that smoking causes damage: six (46%) mentioned that smoking produces lung cancer, four (31%) mentioned respiratory complaints, and three (23%) cardiac problems.

Discussion:

Results indicated an important prevalence of smokers in this group of subjects from Panama City. Furthermore, they reported initiating the habit at an early age. Few subjects reported heavy smoking. Only half of the tobacco users had received advice to quit smoking reinforcing the need to improve interventions aimed at reducing tobacco use in primary care.

Keywords: *Smoking, Primary Care, Prevalence study, Panama*

(*) Médica Familiar. Subcoordinadora de la residencia de Medicina Familiar de la Caja del Seguro Social de Panamá. Profesora de la cátedra de Medicina Familiar de la Universidad de Panamá. Médica asistente de la ULAPS San Cristobal
(**) Alumnos de Medicina. Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá.

Introducción

El tabaquismo es uno de los problemas prevenibles más importantes de salud mundial, el cual produce una alta morbilidad y mortalidad en casi todo el planeta (1). La Organización Mundial de la Salud afirma que el tabaco es la droga más comúnmente utilizada y ampliamente diseminada en el mundo actual, y mueren 2,5 millones de personas cada año como consecuencia del hábito de fumar. Algunas teorías atribuyen el inicio y mantenimiento del hábito de fumar, a las influencias sociales y características de la personalidad. Existe una relación importante entre el consumo de tabaco y enfermedades cardiovasculares, como infarto agudo de miocardio, aterosclerosis, arritmias inestables, etc. También está asociado a trastornos cerebrovasculares, enfermedades oclusivas de las arterias periféricas, procesos broncopulmonares y respiratorios, enfermedades neoplásicas en diferentes órganos, siendo de importancia el carcinoma broncogénico.

En América Latina tres de cada 4 fumadores inician el hábito entre las edades de 14 a 17 años y la mayoría vive en zonas urbanas. El nivel anual de incidencia de consumo de tabaco se relaciona inversamente con la disminución de las condiciones socioeconómicas. Entre las primeras causas de muerte en Panamá están los tumores malignos, enfermedades cerebrovasculares y la enfermedad isquémica del corazón, todas ellas relacionadas al tabaquismo(2).

La Organización Mundial de la Salud destaca que una reducción en el consumo de tabaco es la medida más importante de salud pública que los países pueden adoptar para beneficio de su salud y su economía (3). Se necesitan acciones específicas que favorezcan el cambio de conducta de los profesionales sanitarios y faciliten su implicación en la ayuda para que las personas dejen de fumar (4,5). Debido a que el tabaquismo es una enfermedad crónica y adictiva ligada a la conducta, este problema de salud precisa un abordaje bio-psico-social

Las características intrínsecas de la atención primaria (accesibilidad, continuidad, longitudinalidad, atención integrada, integral y personalizada, etc.) y el hecho de que en una realidad promedio el 70% de la población acuda

una vez al año a las consultas de atención primaria y el 95% lo haga en 5 años, con una frecuentación de 5-6 veces al año y sin demoras en la asistencia, convierten a este ámbito asistencial en el más apropiado para su abordaje, además de ser el mejor punto de captación y seguimiento del fumador.(3)

El presente estudio, tuvo como objetivo principal, el conocer aspectos relacionados al tabaquismo en adultos(as) que asisten a la Unidad Local de Atención Primaria de Salud (ULAPS) San Cristóbal, ciudad de Panamá, Panamá. El propósito del estudio fue suministrar información a los directivos y equipos básicos de salud de la ULAPS, para orientar en la planificación de actividades de promoción, prevención en salud y abordaje de problemas prioritarios de la población de responsabilidad.

Metodología

Este es un estudio descriptivo de corte transversal.

La población de estudio se seleccionó de entre los usuarios regulares de la ULAPS San Cristóbal, ubicada en el área metropolitana de la ciudad de Panamá. Esta unidad pertenece a la red de atención primaria de la Caja de Seguro Social, que abarca una población de responsabilidad de 10678 habitantes.

La muestra se seleccionó por conveniencia entre los sujetos adultos(as) de 18 años y más, que se encontraban en la sala de espera de la ULAPS de San Cristóbal durante la semana del 17 al 21 de abril de 2006.

El tamaño de la muestra fue de 100 sujetos, número calculado utilizando la ecuación de Cochran para tamaño de la muestra en poblaciones infinitas de estudios descriptivos, con un nivel de confianza de 90 % ($Z = 1,65$) y límite máximo de error de 10 %.

Se aplicó una encuesta suministrada por los investigadores previo consentimiento verbal (ver Anexo). En el instrumento se incluyeron variables relacionadas a la frecuencia del hábito de fumar en adultos tales como la edad de inicio de este hábito, el promedio de cigarrillos consumidos, qué tan frecuentemente se evalúa este hábito en la



Resultados

consulta médica y la percepción de los fumadores sobre los daños del tabaquismo.

Se interrogaron a 100 personas, luego de haber obtenido su consentimiento verbal de participación en esta investigación.

Los datos recogidos se tabularon y procesaron, calculándose las frecuencias y porcentajes para las descripciones esperadas.

La muestra total, constituida por 100 personas tuvo una mayor proporción de mujeres que de hombres –Ver gráfico 1.

La frecuencia total de tabaquismo fue de 13% –Ver gráfico 2-, si bien esta frecuencia resultó no ser homogénea para los diferentes estratos etáreos. Así, ella fue mayor en el grupo de 18 a 27 años con un 46,1%, y menor en los otros grupos etáreos –Ver gráfico 3.

Gráfico Nro 1

Total de personas entrevistadas en este estudio, según sexo. San Cristobal, Ciudad de Panamá, Panamá, 2006.

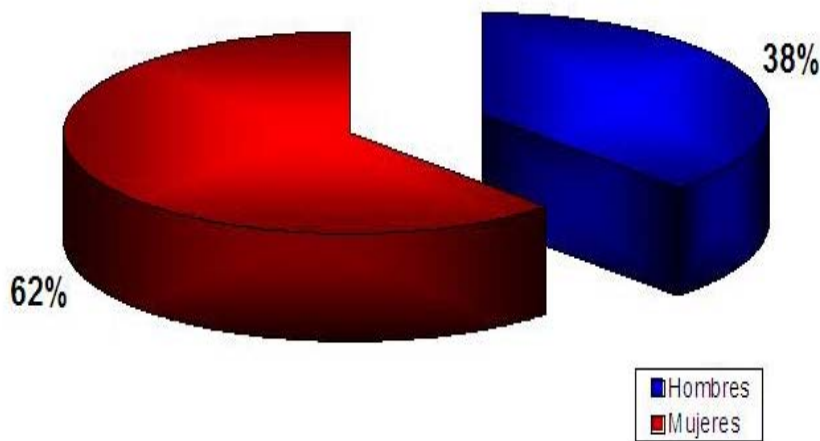
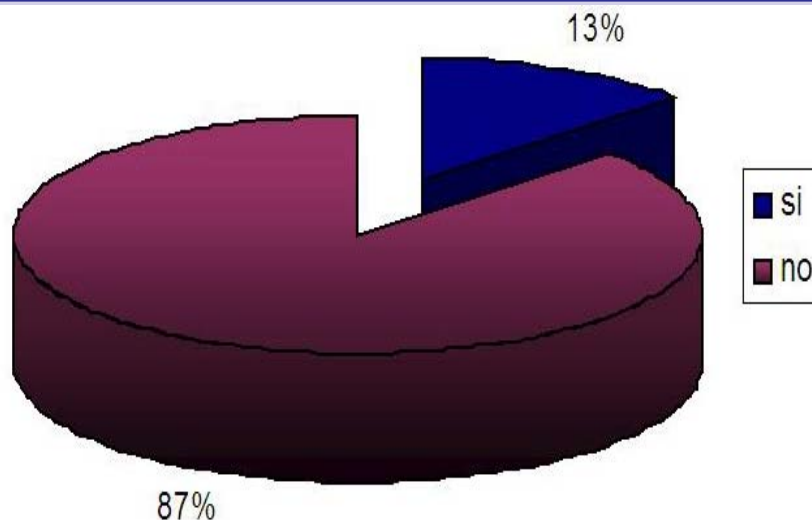


Gráfico Nro 2

Frecuencia del hábito de fumar en adultos(as) usuarios regulares de la ULAPS de San Cristóbal, Ciudad de Panamá, Panamá, 2006.



De los 13 fumadores identificados, 7 (54 %) eran varones y 6 (46%) eran mujeres; y en 9 fumadores (69,2%) la edad de inicio de este hábito fue menor a los 18 años. Cinco de los 13 fumadores afirmaron tener un promedio de consumo por día superior a los 10 cigarrillos – Ver Cuadro 1.

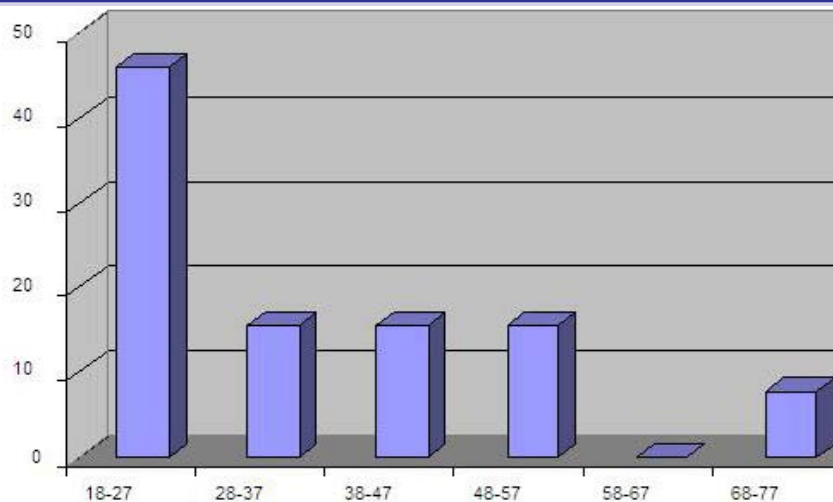
Nueve de los 13 fumadores (69 %), afirmaron que se evalúa el hábito de fumar en la consulta

médica, mientras que sólo 7 de ellos (54 %) habían recibido consejo para dejar de fumar – Ver Cuadro 1.

La totalidad de los fumadores aceptaron conocer que el cigarrillo causa daño. Seis de ellos (46 %) refirieron que el tabaquismo produce cáncer de pulmón, cuatro (31 %) mencionaron a las afecciones respiratorias y tres (23 %) aludieron a afecciones cardíacas – Ver Cuadro 1.

Gráfico Nro 3

Frecuencia del hábito de fumar según la edad, en adultos(as) usuarios regulares de la ULAPS de San Cristóbal, Ciudad de Panamá, Panamá, 2006.


Cuadro Nro 1

Características de los fumadores identificados en este estudio. San Cristobal, Ciudad de Panamá, Panamá, 2006.

	N (total= 13)	%
Varones	7	54
Mujeres	6	46
Inicio antes de los 18 años	9	69
Inicio a los 18 años o después	4	31
10 ó menos cigarrillos por día	8	62
Más de 10 cigarrillos por día	5	39
Se evalúa el hábito de fumar en la consulta	9	69
No se evalúa	4	31
Recibió consejo para dejar de fumar	7	54
No recibió	6	46
Afirmación que el tabaquismo produce daño	13	100
Cáncer de pulmón	6	46
Afecciones respiratorias	4	31
Afecciones cardíacas	3	23



Discusión

En esta investigación, se encontró que un 13% de los entrevistados son fumadores. Estos resultados son coincidentes con los encontrados en 1993, por una investigación realizada por la Universidad de Panamá, la cual encontró una prevalencia del 17 %. (6)

Esta prevalencia, siendo de algún modo importante, es menor a la encontrada en, países europeos como España, donde su población sigue siendo uno de los países de la Unión Europea con mayor porcentaje de fumadores, llegando al 31% en el 2003 (4)

En nuestro estudio casi la mitad de los fumadores eran mujeres, a diferencia de México donde los varones fuman más que las mujeres(7). Según la encuestas españolas previamente comentadas (4), si analizamos más concretamente la década pasada, 1993-2003, se aprecia un continuo descenso en el porcentaje de hombres fumadores e incremento en la proporción de mujeres. Al parecer, este mismo fenómeno ocurre en el grupo de nuestro estudio, en el que habían fumadores masculinos y femeninos, casi en iguales proporciones. No obstante, debe considerarse que estos resultados podrían haber sido influenciados, porque entre los entrevistados había un mayor número de mujeres, lo que es común en estudios desarrollados en servicios de salud.

El estudio mostró que existe un inicio temprano del hábito de fumar en este grupo de entrevistados de la ciudad de Panamá, teniendo como edad mínima los 13 años; algo que coincide con otros estudios realizados en América Latina.

Por lo demás, se encontraron pocos fumadores con un consumo diario mayor a los 10 cigarrillos por día. La mitad de los fumadores ha recibido consejo para dejar de fumar y todos tienen conocimiento sobre los daños.

Una limitación importante de nuestro estudio, la cual puede limitar su validez, es el pequeño número de fumadores encontrados, dado que ellos representan una fracción menor del total de entrevistados. No obstante, siendo ésta una exploración inicial para un ámbito de atención primaria de salud, pueden considerarse dichos resultados como esclarecedores.

Recomendamos fortalecer la educación en salud y la prevención de enfermedades relacionadas al tabaquismo en nuestra población de responsabilidad; y capacitar a los equipos básicos de salud sobre las intervenciones para dejar de fumar para lograr disminuir este hábito y sus consecuencias.

Bibliografía

1. Olano-Espinosa E, Matilla-Pardo B, Sánchez-Sanz E, Alarcón-Aramburu E. ¿Intervención mínima en tabaquismo? El protocolo de atención al paciente fumador en atención primaria, *Atención Primaria*, Vol 36, número 09, Noviembre 2005.
2. Tasa de Mortalidad de las Diez Principales Causas de Muerte en la República de Panamá. Años 1980-2004. Dirección de Estadística y Censo, Contraloría General. Disponible en URL: <http://www.contraloria.gob.pa/dec>
3. Mataix-Sancho J, Lozano-Fernández J, Programa Atención Primaria Sin Humo, mucho más que centros de salud sin humo. *Aten. Primaria*. 2006 mar; 37(4); 183-4
4. Olano-Espinosa E, Matilla-Pardo B, Sánchez-Sanz E, Alarcón-Aramburu E. El consejo para dejar de fumar: por qué, cuándo y cómo debemos darlo a nuestros pacientes, *Atención Primaria*. Miércoles 15 Junio 2005 Vol 36- Número 01.
5. Torrecilla García A, Domínguez Grandal F, Torres Lana A, Cabezas Peña C, Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso. *Aten Primaria*. 2002; 30:310-7.
6. Rivera, R. Tabaquismo en Panamá. Tesis para optar al grado de Maestría en Salud Pública. Abril de 1995.
7. Tapia-Conyer R, Cravioto P, Medina-Mora ME, Hoy MJ, Kuri P. Consumo y abandono del uso de productos de tabaco. En: ed. El consumo de tabaco en México y Encuesta Nacional de Adicciones 1998 (Tabaco). México, D.F.: Secretaría de Salud, 2000: 53-59.
8. Bello S, Soto M, Michalland S, Salinas J. Encuesta nacional de tabaquismo en funcionarios de salud. *Rev Méd Chile* 2004; 132: 223-32.
9. Berenzon S, Medina-Mora ME, Villatoro J. Encuestas en estudiantes. El consumo de tabaco en México y encuesta nacional de adicciones 1998 (Tabaco). México, D.F. Secretaría de Salud, 2000: 61-64.
10. CDC. Cigarette smoking among adults—United States, 2002. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2004;53(20):427–431. Obtenido: Mayo de 2004.
11. Encuesta Nacional de Salud 2003 Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.
12. Grandes G, Cortada J, Arrazola A. ¿Podemos ayudar a nuestros pacientes a dejar de fumar?: la

experiencia del Programa de Abandono del Tabaco. Gac Sanit. 2001;15:312-9.

13. Gil E, Robledo T, Rubio JM, Bris MR, Espiga I. Prevalencia de consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del Insalud 1998, España. Prev Tab 2000; 2: 22-31.

14. Mardones F. Algunos antecedentes sobre la inequidad en la situación de salud del adulto mayor en Chile, Rev Méd Chile 2004; 132: 865-872

15. Mastelari M. Prevalencia del Hábito de Fumar y Estudio de Algunos Factores Psicosociales en los Trabajadores del Sistema Integrado de Salud de la Provincia de Colón, Panamá. Tesis para optar al grado de Maestría en Salud Pública Año: 1993.

16. OPS/OMS/CDC/SND Informe de Resultados del Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes en Uruguay consumo en el ámbito de la enseñanza media, Enero 2002.

17. Organización Panamericana de la Salud. 25ª Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington, D.C., 21-25 Septiembre 1998.

18. The smoking cessation clinical practice guideline. Panel and staff. The Agency for Health Care Policy and Research. JAMA 1996; 275:1270-80.

Recibido para publicación el 19 de octubre del 2006. Aprobado con correcciones el 24 de noviembre del 2006.

Correspondencia para el autor: Calle principal, Urbanización San Cristóbal, Río Abajo, Ciudad de Panamá, Rep. de Panamá. Correo electrónico: cll15@rocketmail.com

Anexo

Instrumento Encuesta TBQ2006 ULAP San Cristobal Ciudad de Panamá, Panamá

1) Cédula _____

2) Edad _____ años

3) Sexo F _____
M _____

4) ¿Usted fuma? Sí _____
No _____

Si la respuesta es sí:

4.1) ¿A qué edad empezó a fumar?

4.2) ¿Cuántos cigarrillos fuma como promedio?

4.3) ¿Algún médico(a) le ha preguntado si usted fuma? Sí _____
No _____

4.4) ¿Algún médico(a) le ha aconsejado dejar de fumar? Sí _____
No _____

4.5) ¿Sabe usted los daños que produce el cigarrillo? Sí _____
No _____

Si la respuesta es sí:

Mencione alguno
