INFORME DE INVESTIGACIÓN ORIGINAL

Medicina Ambulatoria / Epidemiología

PRÁCTICAS PREVENTIVAS EN SALUD: ANÁLISIS EN NUESTRO MEDIO Y PREDICTORES DE CUMPLIMIENTO. ESTUDIO MULTICÉNTRICO

REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA
ISSN 1515-3460
Buenos Aires
Vol 2 | Núm 5 | Sept 2015
Páginas 32-42.

Recibido: 15/04/2015
Aceptado: 26/08/2015

PREVENTIVE HEALTH PRACTICES: ANALYSIS AND COMPLIANCE PREDICTORS IN OUR ENVIRONMENT. A MULTICENTER STUDY

Autores: [1]Pascual Valdez, [1]Rosa Castagna, [1]Adriana Pose, [2]Alejandra Gaydou, 3Juan Crespo, [1,4]Virginia Babbino.

Coautores: [1]Pablo Kuschner, [5]Nicolás Di Benedetto, [6]Nicolás Caminiti, [1,3,7]Natalia Mano, [1]Christián De Giorgi, [8]Natalia Colussi, [8]Miguel Santoro, [1,9]Andrea Acuña Elias, [1]Cecilia Vanzetti, [3-10]Marisa Seewald, [1]Marcela Volpi, [1]Marcos Zec Baskarad, [8]Gabriela Comesaña, [1,11]Leandro Saez, [8]Florencia Rodríguez, [1,12]Andrés Vilela, [1]Laura Orzábal, [1]Andrea Díaz, [8]Eduardo Soria, [13]Gabriel Funtowicz, [1] Estela Gutiérrez, [8]Julieta Novoa, [14]Judith Ghiglione, [1]Adrián Ton, [1,15]Gabriel Orlando.

[1] H.G.A.D. Vélez Sarsfield . CABA. - [2] Hospital Cullen. Rosario. Santa Fe. - [3] Sanatorio La Florida. Vicente López. Provincia de Buenos Aires. - [4] Hospital César Milstein. CABA. - [5] H.G.A.Dr J.A. Fernández. CABA.
[6] C.H. San Juan de Dios. Ramos Mejía. Provincia de Buenos Aires. - [7] H.Z.G.A. Manuel Belgrano. San Martín. Provincia de Buenos Aires.
[8] Estudiante del Ciclo Clínico. U.D.H. G. A. D. Vélez Sarsfield. GCBA. - [9] Clínica y Maternidad Suizo Argentina. CABA.
[10] Hospital Militar Central C. M. Dr C. Argerich. CABA. - [11] Hospital Británico de Buenos Aires. CABA. - [12] Clínica Santa Isabel. CABA.
[13] Hospital Italiano de Buenos Aires. CABA. - [14] H.G.A.B. Rivadavia CABA. - [15] SAME. GCBA.

RESUMEN

Objetivos Determinar cumplimiento de prácticas preventivas y establecer predictores de no cumplimiento de las mismas.

Material y métodos Entre los meses de abril y agosto de 2009 se encuestaron 1 644 personas mayores de 18 años en un muestreo accidental, en diferentes circunstancias (chequeo, problema de salud y comunidad) y ámbitos (consultorio, sala de internación, guardia, terapia intensiva, comunidad), a los que se interrogó sobre factores socio demográficos y aspectos vinculados al proceso salud-enfermedad-atención.

Resultados La prevalencia de factores de riesgo fue: tabaquismo 24,33 %, alcoholismo 12,40 %, hipertensión 28,16 %, diabetes 9,48 %, dislipemia 24,75 %, sobrepeso/obesidad 38,80 %, alimentación inadecuada 44,84 %, actividad física inadecuada 54,73 %. Las prácticas con mayor cumplimiento fueron: uso de vacuna doble adultos (DTa) (62,71 %), examen mamario (74,83 %), PAP (64,30 %), mamografía (77,06 %) y consejo de uso de fólico en la embarazada (68 %). Las prácticas con mayor incumplimiento fueron: investigación del cáncer de colon (72,98 %), consejo sobre caídas (44,20 %), investigación de la audición (52,07 %), búsqueda de aneurisma aórtico abdominal (85,13 %) y consejo sobre fólico en la no embarazada (53,07 %). El 45 % de los varones realiza chequeo prostático, El 53 % de las mujeres realiza autoexamen mamario. Se investigó por regresión lineal múltiple la predicción de no cumplimiento de 39 prácticas preventivas y de 8 factores de riesgo (como variables dependientes) frente a las siguientes variables independientes: ser económicamente dependiente, menor cobertura de salud, no tener médico de cabecera, nivel educativo, mala accesibilidad geográfica y mayor edad

Conclusiones El cumplimiento tiene un amplio rango según la práctica investigada

PALABRAS CLAVE Prevención, cumplimiento, factores de riesgo, *screening*.

ABSTRACT

Objectives *determine prevent practices fulfillment and no fulfillment predictors*

Methods *1,644 people older than 18 were polled between april and august, 2009. It was an accidental, on different circunstances, (checkup, health problem and relating to the community), and different areas (medical, wards, emergency rooms, ICU, community) sampling, and they were asked about social-demographic aspects related to health-illness-medical attention process.*

LUGARES DE REALIZACIÓN

Hospitales y Sanatorios CABA: Hospital Vélez Sarsfield (Centro Coordinador), Hospital Fernández, Clínica y Maternidad Suizo Argentina, Hospital César Milstein, Hospital Británico, Hospital Rivadavia, Hospital Italiano, Sanatorio Güemes. Hospitales de Rosario: Hospital JM Cullen.

Hospitales y Sanatorios PBA: Hospital San Bernardino (Hurlingham), Hospital San Juan de Dios (Haedo), Hospital Municipal Sanguinetti (Pilar), Clínica Figueroa Paredes (Mariano Acosta).

Centros de atención primaria: Sala del Hospital Marengo (Villa Ballester), Presidente Derqui (Pilar), Manuel Alberti (Pilar).

Comunidades de: Misiones, Rosario, Barrio Pablo Podestá (GBA), GCBA.

Personal de: Colegio Episcopal de Buenos Aires, Hospital Vélez Sasfield, Sanatorio Santa Isabel,

Radiooperadores del SAME, Sanatorio la Florida, Hospital Belgrano y Hospital Militar.

Consultorios: Rentas-GCBA, OSDE, PMC–GCBA, OSPERYH, Centro MIK.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA
Prof. Dr. Pascual Valdez.
Mariano Acha 1359. 1430 CABA.
rpascual46@gmail.com

Results *Prevalence of Risk Factors was: smoking 24.33%, alcoholism 12.40%, hypertension 28.16%, diabetes 9.48%, dyslipidemia 24.75%, overweight/obesity 38.80%, inadequate diet 44.84%, inadequate physical activity 54.73%. Higher fulfillment practices were: DTa vaccination (62.71%), breast examination (74.83%), PAP (64.30%), mammography (77.06%), and pregnancy folic acid advises (68%). Higher no fulfillment practices were: colon cancer testing (72.98%), drop out advises (44.20%), hearing testing (52.07%), abdominal-aorta aneurysm searching (85.13%), and no pregnancy folic acid advises (53.07%). 45% of men makes prostatic checkup. 53% of women makes breast self examination. 39 prevent practices and 8 risk factors no fulfillment (as dependent variables) were researched by multiple lineal regression, in front of the following independent variables: being economically dependent, having no health care system nor family doctor, education level, bad geographical access and older people*.
Conclusions *The fulfillment has a wide range according to the investigated practice.*
***KEY WORDS**: prevent, fulfillment, risk factors , screening.*

La medicina de este siglo se ha caracterizado por un gran auge de la investigación básica, la investigación de las causas, el desarrollo de sofisticados métodos auxiliares para el diagnóstico y nuevas pautas terapéuticas. Así se constituyó la base de la medicina curativa, enfocada básicamente en la recuperación de la salud perdida. No ocurrió lo mismo con la prevención, que permaneció como una disciplina independiente y muchas veces olvidada (1).

La Atención Primaria de la Salud (APS), como estrategia, a diferencia de otros servicios y especialidades, no se desarrolla a partir de requerimientos tecnológicos ni tampoco obedece exclusivamente a un fundamento económico como la reducción de costos: surge como una respuesta a una necesidad social donde el médico comienza a ocuparse de las personas en forma integral y no de las “enfermedades” (2).

La Prevención es la acción y efecto de evitar que algo suceda, en nuestro caso una enfermedad, lesión o la muerte prematura. La prevención clínica es el nexo de unión entre la salud pública y la atención primaria (3).

Respecto a la reseña histórica de la práctica de la prevención, la misma surge en 1861 con Horace Dobell (experto en tuberculosis), y sigue en 1913 con Fisk, promotor del Control Periódico de Salud (CPS) al implementarlo para las aseguradoras de vida. En 1922 la Asociación Médica Americana aprobó el CPS de manera oficial (“el chequeo”). En 1975, Frame y Carlson, dos médicos residentes canadienses, establecieron los criterios para rastrear una condición en pacientes individuales según el sexo y la edad. En 1976 se formó la Canadian Task Force (CTF) para el examen periódico de salud. Este equipo multidisciplinario graduó la evidencia disponible acorde con su calidad metodológica y la utilizó como base para tipificar las recomendaciones preventivas a favor o en contra de su realización (1979 y 1994). Emitió sus primeras recomendaciones sobre actividades preventivas en 1979, rompiendo el esquema previo de los chequeos médicos indiscriminados y sustituyéndolo por una serie de medidas escalonadas a seguir a lo largo de la vida de los pacientes.

En 1979 la Canadian Task Force (CTF) afirma “Recomendamos que el ´Chequeo anual´ practicado casi de modo ritual por varias décadas en Norteamérica se abandone. Consideramos que el chequeo general de rutina es inespecífico y en particular en el adulto, arroja una red demasiado amplia, ineficiente, y que a veces puede ser perjudicial”.

En 1981 el American College of Physicians (ACP) abandona el “chequeo” para los adultos sanos en favor de una aproximación más selectiva en la prevención de los problemas de salud, que tomó en cuenta el análisis de toma de decisiones y de costo/efectividad.

En 1984 se formó la United States Preventives Services Task Force (USPSTF) con funcionamiento y objetivos similares a los de la CTF (primeras recomendaciones en 1989, con revisiones periódicas que llegan hasta la actualidad).

El impacto de las intervenciones médicas en la salud de la población no siempre se relaciona con su complejidad sino que, por el contrario, algunas intervenciones simples como la toma de PAP o el cambio de algunos hábitos, tienen enorme repercusión.

Respecto a diagnóstico situacional en salud en nuestro medio, en el año 2005 el Ministerio de Salud de Nación abordó 50 mil personas en todo el país en una Encuesta Nacional sobre Factores de Riesgo (4), encontrando como principales resultados: el 80,1 % evaluó su salud como excelente, muy buena o buena; el 46,2 % realiza un nivel bajo de actividad física, el 49,1 % presentó exceso de peso, el 45,2 % agrega sal a las comidas, el 64,7 % consume frutas y verduras al menos 5 días en la semana, el 78.7 % se controló la presión arterial en los últimos dos años y de estos el 34,7 % presentó presión arterial elevada en al menos una consulta, el 27,9 % refirió tener colesterol elevado, la prevalencia de diabetes fue de 11,9 %, el consumo regular de alcohol fue de 9,6 %, la prevalencia de tabaquismo es de 33,4, el 42,7 % de las mujeres (mayores de 40 años) se realizó mamografía y el 51,6 % (mayores de18 años) se realizó PAP en últimos dos años.

Los Objetivos del trabajo son: determinar cumplimiento de las prácticas preventivas y establecer predictores de no cumplimiento de las mismas.

Materiales y métodos

Diseño prospectivo, observacional, transversal, analítico. Se incluyeron adultos mayores de 18 años atendidos en ámbitos de salud o comunitarios del territorio argentino, entre abril y agosto de 2009. La muestra fue accidental, abordándose un total de 1644 personas, a las que se les aplicó una encuesta que contenía características clínicas, epidemiológicas, factores de riesgo y cumplimiento de las prácticas. Se utilizaron los grados de recomendaciones de la USPSTF, que se observan en la Tabla 1. Se utilizó estadística descriptiva, inferencial y por regresión lineal, y la metodología de aplicación fue la encuesta cara a cara.

Se utilizaron los programas Satistix 2.0 y el Epiinfo 6.4

Resultados

Entre los meses de Abril y Agosto de 2009, se abordaron 1644 ciudadanos en diferentes consultorios de ámbitos públicos o privados, 739 (44,95 %) correspondieron al sexo masculino, con una media de edades entre 43,73 ± 0,40 años. Respecto al ámbito donde se realizaron las encuestas, 817 (49,69 %), fueron consultas por un problema de salud, (ambulatorio o internado), 519 (31,56 %), de la comunidad y 305 (18,55 %), por un chequeo. De las consultas ambulatorias, 333 (28,25 %) tenían médico de cabecera.

Respecto del nivel socioeconómico, la media de convivientes fue de 2,82 ± 0,04, el número de hijos de 1,57 ± 0,03, y de hijos convivientes menores de 12 años de 0,33 ± 0,01. Un total de 1 263 personas (76,82 %, IC95: 74,70, 78,84), eran responsables o corresponsables de los ingresos o se autoabastecían. En cuanto a las actividades, 885 (53,82 %), trabajan y no estudian, 319 (19,39 %), trabajan y estudian y 343 (20,86 %), no trabajan ni estudian.

Del total de los encuestados, 843 (51,26 %), tenían cobertura por obra social, 446 (27,11 %) no tenían cobertura, atendiéndose en el hospital público, y 355 (21,59 %), pertenecían a prepagas. En referencia al médico de cabecera, 865 (52,61 %), refirieron tenerlo, (533 lo eligieron), 736 (85,08 %) están conformes con él, y 738 (85,31 %), lo consulta periódicamente, en tanto que 563 (76,28 %), lo hace por controles y cuando tiene algún problema). La figura 1 describe estas características en relación al total de la muestra abordada.

En referencia a la escolaridad, 669 (40,69 %) cursaron estudios universitarios, 610 (37,09 %) secundarios, 308 (18.72 %) primarios, y 52 (3,16 %), nunca fueron escolarizados.

Del total de los encuestados, 1 003 (61,00 %), se realizan anualmente o con cierta periodicidad un chequeo consistente en un análisis de laboratorio completo, a 311 (18.91 %) alguna vez les fue solicitado algún estudio que no pudo ser cubierto por su sistema de salud, 1 202 (73,11 %), refirieron que los lugares de cobertura de su sistema le quedan accesibles geográficamente y 988 (60,09 %) que los turnos de su sistema de salud (para estudios o especialistas), son de menos de un mes.

En la tabla 2 se observan la prevalencia de algunos factores de riesgo. Respecto del tabaquismo y la convivencia con menores de 12 años, sobre 400 fumadores, hay 125 (7,60 % del total) convivientes con menores de 12 años, siendo el promedio de hijos de 0,54 ± 0,04. Se evaluó la acumulación de dichos factores de riesgo hallándose en los varones con una media ± ES: 2,43 ± 0,05, y en las mujeres 2,33 ± 0,04 (Test T: 0,12). Luego se realizó la regresión lineal múltiple con variables sociodemográficas como independientes y la sumatoria de factores de riesgo como variable dependiente, cuyos resultados se expresan en la Tabla 3.

En la Tabla 4, se observan las prevalencias de las prácticas preventivas según indicación y realización. Se determinaron los factores predictores de incumplimiento de las indicaciones por Regresión Lineal Múltiple (Tabla 5). Se evaluaron las conductas según diferentes opciones para examen prostático (Tabla 6), autoexamen mamario (Tabla 7) y terapia de reemplazo hormonal (TRH) (Tabla 8).

Discusión

El 28.16 % presenta diagnóstico de hipertensión y en el 29,83 % no se realizan los controles adecuados. La USPSTF recomienda fuertemente el *screening* de hipertensión para todos los pacientes de 18 o más años (5-7). La USPSTF concluye que hay evidencia insuficiente para recomendar o estar en contra del *screening* rutinario para hipertensión en niños o adolescentes para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular (8).

El 24,33 % son fumadores, el 29,13 % no recibe consejo antitabaco, y el 7,6 % son fumadores convivientes con menores de 12 años, lo cual aumenta el riesgo de infecciones respiratorias en dicha edad. La USPSTF recomienda fuertemente que los clínicos chequeen tabaquismo en todos los adultos y provean intervenciones para cesar el uso del mismo (9).

La USPSTF recomienda fuertemente aconsejar a padres fumadores con hijos en el hogar contemplando los efectos dañinos del tabaco en la salud de los chicos (9).

El 38,80 % tienen obesidad o sobrepeso y en el 32,23 % de los casos no se realiza control de peso/ talla. La USPSTF recomienda que los profesionales hagan *screening* para obesidad a todos los pacientes adultos y ofrezcan consejos e intervenciones conductuales intensivas para promover la pérdida de peso en adultos obesos. La consejería involucra al menos una sesión mensual por al menos 3 meses (10).

No recibe medicación el 10,70 % de los que deben recibir aspirina (AAS), y el 16,29 % de los que deben recibir estatinas. La enfermedad coronaria es la primera causa de muerte en la población general. Un 10 % de los pacientes que la padecen debutan con Muerte Súbita. Lo único efectivo es

la Prevención Primaria, por lo que es indispensable el rastreo periódico de los factores modificables que predisponen a coronariopatía (11). La USPSTF recomienda fuertemente consejería a adultos con riesgo incrementado de enfermedad coronaria considerando los beneficios y riesgos de la profilaxis con aspirina (12).

La USPSTF recomienda el uso de aspirina para varones de 45 a 79 años cuando el beneficio potencial de reducir el infarto de miocardio supere los potenciales riesgos por hemorragia digestiva (12). El American Diabetes Association (ADA) recomienda AAS para pacientes con diabetes y aquellos con riesgo cardiovascular aumentado (mayores de 40 años, hipertensos, fumadores, dislipemia, albuminuria, o historia familiar de enfermedad cardiovascular) (13). El uso de estatinas en adultos mayores con enfermedad coronaria previene a los 5 años: 1 muerte cada 28 tratados, 1 infarto de miocardio no fatal cada 38 tratados, y 1 *stroke* cada 58 tratados (14).

Son diabéticos conocidos el 9,48 %; el 17,08 % no realizan los controles adecuados.

La USPSTF recomienda el *screening* para diabetes tipo 2 en adultos con hipertensión y dislipemia (15). La USPSTF concluye que hay insuficiente evidencia para recomendar o estar en contra del *screening* rutinario de diabetes tipo 2 en adultos asintomáticos (15). La American Diabetes Association (ADA) dice que los estudios prospectivos son insuficientes para determinar los beneficios del *screening* poblacional, y que el test debe basarse en el juicio individual y en las preferencias del paciente. Considera el *screening* cada 3 años tras los 45 años y a menores de esa edad si hay historia familiar, sobrepeso e hipertensión (16,17) o sedentarismo, enfermedad cardiovascular, raza negra o hispana. El AHA recomienda su medición en mayores de 20 años de acuerdo al riesgo individual de padecer diabetes (18).

Los pacientes con más de 135/80 mm Hg deben ser testeados para diabetes cada 3 años. En pacientes con hipertensión y diabetes tipo 2 debe ser intensificada la prevención de enfermedad coronaria (19).

El 24,75 % tiene dislipemia; el 23,84 % no realiza controles. La USPSTF recomienda fuertemente *screening* para dislipemias con dosaje de colesterol y HDL en varones de 35 o más años y en mujeres de 45 o más años y tratar las dislipemias en personas con riesgo incrementado de enfermedad coronaria (20,21).

La USPSTF recomienda *screening* para dislipemias para varones de 20 a 35 años y para mujeres de 20 a 45 años si es que tienen otros factores de riesgo para enfermedad coronaria (20,21).

La USPSTF concluye que la evidencia es insuficiente para recomendar o estar en contra del dosaje de triglicéridos como *screening* de rutina para diagnosticar dislipemias (20,21). La evidencia que los triglicéridos representan un factor de riesgo independiente para enfermedad coronaria es controversial.

La medición rutinaria de colesterol y HDL cada 5 años es recomendada por el National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel II (ATP II), esponsoreada por el National Institutes of Health (22), y adoptadas por American Heart Association (23) y el American College of Obstetricians and Gynecologists (24). El American College of Physicians y la American Academy of Family Physicians (AAFP) sugieren dosaje de colesterol en varones de 35 a 65 años y en mujeres de 45 a 65 años (25-27). En 1994, la Canadian Task Force on Preventive Health Care recomendó *screening* de casos selectivos en varones de 30 a 59 años (28).

El 54,83 % no realiza actividad física. La USPSTF reconoce que la actividad física es deseable, no obstante, concluye que la evidencia es insuficiente para recomendar o estar en contra de consejo sobre promoción de la actividad física (29).

No se realiza palpación mamaria en el 23,14 % ni mamografías en el 22,01 % de aquéllas que tienen indicadas ambas prácticas; el 52,92 % se realiza el autoexamen mamario.

El cáncer de mama es la primera causa de cáncer en las mujeres no fumadoras, y la segunda luego del cáncer de pulmón en las fumadoras. Algunos estudios de cohortes (30) sugieren una mortalidad menor en las mujeres que practican el autoexamen mamario, pero las desviaciones implicadas en este tipo de estudio hacen imposible establecer una recomendación positiva en relación con la enseñanza y práctica del mismo (31). En 1992, el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos recomendó el examen mamario clínico anual a partir de los 40 años, una mamografía cada uno o dos años a partir de los 50 años y una detección sistemática precoz en las mujeres con mayor riesgo de cáncer de mama (32).

La USPSTF recomienda *screening* con mamografía, con o sin examinación mamaria, cada 1-2 años para mujeres de 40 y más años (33). La USPSTF agrega realizar el procedimiento luego de la explicación por parte de su médico de los potenciales beneficios y riesgos del procedimiento. Los riesgos son los falsos positivos, con la consecuente ansiedad, realización de biopsias y aumento de los costos. El American College of Physicians (ACP) no recomienda mamografía entre los 40 y 49 años (34).

El 19 % no realiza PAP en los momentos adecuados. El cáncer de cuello uterino (CCU) es una de las neoplasias más frecuentes en las mujeres. Es la segunda causa de cáncer ginecológico después del cáncer de mama y representa el 6 % de todos los cánceres en general (35). En Argentina, en 1996, la tasa de mortalidad por cáncer de cuello fue de 5 cada 100 mil mujeres, al igual que a fines de la década del 80 (35).

Una recomendación consensuada es que todas las mujeres que son o han sido sexualmente activas, o tienen 18 años de edad, deben realizarse un PAP anual, según la American Cancer Society, National Cancer Institute, American College of Obstetricians and Ginecologists (ACOG), American Medical Association, American Academy of Family Physicians (AAFP),

The Canadian Task Force y otros (36). Pero el ACP recomienda realizar los PAP cada tres años en mujeres de 20 a 65 años y cada dos años en mujeres con alto riesgo (37). La USPSTF recomienda fuertemente el *screening* para cáncer cervical en mujeres que han sido sexualmente activas y tienen cérvix (38). La USPSTF no recomienda *screening* a mujeres de 65 años si ellas han tenido PAP recientes normales y no tienen otros factores de riesgo para cáncer cervical. Se encuentra razonable evidencia que los riesgos superan a los beneficios (falsos positivos y procedimientos invasivos) (38).

En el 18.55 % no se realiza investigación de clamidias en aquéllas en que la práctica está indicada. La USPSTF recomienda fuertemente que se realicen rutinariamente pruebas para infección por clamidias a todas las mujeres sexualmente activas de 25 años o menos, y otras mujeres asintomáticas con riesgo incrementado de infección (39,40).

No realiza TRH el 88.76 %. La USPSTF no recomienda el uso de estrógenos y progestágenos combinados para prevenir los síntomas de la menopausia41. Hay buena evidencia de beneficios y riesgos. Los beneficios incluyen: reducción de riesgo de fractura de cadera (buena evidencia) y del cáncer colorectal (razonable evidencia). No tienen beneficios en la enfermedad coronaria y pueden incrementar el riesgo (buena evidencia). Incrementa el riesgo de cáncer de mama (buena evidencia), de tromboembolismo venoso (buena evidencia), de accidente cerebrovascular (razonable evidencia), de colecistitis (razonable evidencia), de demencia (razonable evidencia), y de reducción de las funciones cognitivas (razonable evidencia). No hay evidencias suficientes para evaluar la incidencia de cáncer de ovario, mortalidad por cáncer de mama, mortalidad por infarto de miocardio o mortalidad por todas las causas. Se concluye por todo lo antedicho que los riesgos exceden los beneficios.

La USPSTF no recomienda el uso de estrógenos para prevenir los síntomas de la menopausia en mujeres que han tenido histerectomía (41). Hay buena evidencia de beneficios y riesgos. Los beneficios incluyen: reducción de riesgo de fractura de cadera (buena evidencia). Los peligros incluyen riesgo incrementado de tromboembolismo venoso (razonable evidencia), de accidente cerebrovascular (razonable evidencia), de demencia (razonable evidencia), y de reducción de las funciones cognitivas (razonable evidencia). Hay razonable evidencia que los estrógenos no tienen efectos beneficiosos en la enfermedad coronaria. Hay insuficiente evidencia sobre los efectos de los estrógenos en la incidencia de cáncer de mama, de ovario, colorrectal, mortalidad por cáncer de mama y mortalidad por todas las causas. Se concluye por todo lo antedicho que los riesgos exceden los beneficios.

El 72,98 % no realiza test para diagnosticar cáncer de colon. El cáncer de colon es la segunda causa de muertes por cáncer en USA. Su incidencia es de 140 mil nuevos casos y 55 mil muertes por año. Alrededor del 60 % de los pacientes tienen metástasis regionales o a distancia al momento del diagnóstico. La USPSTF recomienda fuertemente el *screening* de hombres y mujeres de 50 y más años para cáncer colorrectal (42). Hay buena evidencia de reducción de la mortalidad. Pero la calidad de la evidencia, la magnitud del beneficio y los potenciales daños varían con cada método. No es clara la mayor exactitud de la colonoscopía en relación a otros métodos en la identificación de lesiones que la sangre oculta en materia fecal (SOMF) y la sigmoideoscopía flexible no detectan. El intervalo óptimo depende del test. La determinación de SOMF anual produce más reducción de la mortalidad que bianual, pero incrementa los falsos positivos. La colonoscopía se recomienda cada 10 años teniendo en cuenta la evolución natural de los pólipos adenomatosos. La sigmoideoscopía y el estudio radiológico se recomiendan cada 5 años, pero las evidencias no son directas.

La USPSTF no recomienda el uso rutinario de aspirina u otros AINE para prevenir el cáncer colorrectal en individuos con riesgo incrementado del mismo (43). Pero otro trabajo concluye que el consumo diario de 300 mg de aspirina por 5 años previene el cáncer de colon hasta 20 años después (44).

La American Cancer Society recomienda *screening* a personas de 50 o más años con (45). SOMF anual, sigmoideoscopía flexible cada 5 años, SOMF anual más sigmoideoscopía flexible cada 5 años, colon por enema baritado doble contraste cada 5 años o colonoscopía cada 10 años. No recomienda el tacto rectal como único test de *screening*. Similares recomendaciones son seguidas por el American College of Surgeons (46), el American College of Obstetricians and Gynecologists47, y American Academy of Family Physicians (48).

El 41,66 % no realiza *screening* de cáncer de próstata. El cáncer de próstata es la segunda causa de muerte relacionada al cáncer entre varones en USA, luego del cáncer de pulmón (49). En 2002 se diagnosticaron en dicho país 189 mil casos nuevos, y más de 30 mil murieron por dicha enfermedad (50). El riesgo de desarrollar cáncer de próstata se incrementa tras los 40 años. La probabilidad de desarrollar este cáncer en los siguientes 10 años se incrementa 0,17 % tras los 40 años, 2,01 % tras los 50 y 6,46 % tras los 60 (51).

En USA los varones tienen una probabilidad del 15 % de padecer este cáncer en toda su vida, pero solo un 3 % tiene riesgo de morir por esta enfermedad (51). Más del 75 % de los casos se diagnostican en varones de más de 65 años, y el 90 % de las muertes por esta patología ocurren en este grupo (49).

Como la extensión local a través de la cápsula rara vez provoca síntomas, un tercio de los pacientes tienen extensión extracapsular o metástasis a distancia al momento del diagnóstico. No se ha demostrado que la detección precoz mejore la sobreviva, pero si que deteriora la calidad de la misma (impotencia e incontinencia).

Las evidencias acerca del daño por el *screening* son escasas. El proceso se asocia a ansiedad, pero la prevalencia de la misma es desconocida. Algunos procedimientos causan disconfort transitorio. Menos del 10 % tienen interferencias en su

vida cotidiana después de la biopsia, y menos del 1 % sufre complicaciones serias, incluyendo infecciones (52).

Los efectos adversos del tratamiento (ya sea postoperatorio, radioterapia o ablación con estrógenos) pueden incluir disfunción eréctil, incontinencia urinaria, disfunción intestinal y la prevalencia de los mismos es variada (49-53). Un estudio comparó prostatectomía con tratamiento conservador, midiendo disfunción eréctil (80 % vs. 45 %), e incontinencia urinaria (49 % vs 21 %), pero ambos grupos reportaron similares puntajes en la medición de la calidad de vida y bienestar psicofísico (54).

La USPSTF concluye que la evidencia es insuficiente para recomendar o estar en contra del *screening* para cáncer de próstata con test de Antígeno Prostático Específico (PSA) o tacto rectal (55). En mayores de 75 años, los riesgos del *screening* superan a los beneficios (56). La calidad de vida está significativamente afectada por el tratamiento del cáncer de próstata y ésta varía con el tipo de tratamiento (57).

La mayoría de las organizaciones en USA recomiendan que los clínicos: discutan con sus pacientes los principales riesgos y beneficios del *screening*, consideren las preferencias del paciente e individualicen la decisión del *screening*. El *screening* es más apropiado en personas de 50 o más años, o más jóvenes con riesgo incrementado, y aclaran que la utilidad es desconocida cuando la expectativa de vida es menor a 10 años. Estas organizaciones son American Academy of Family Physicians (58), American Cancer Society (59), American College of Physicians-American Society of Internal Medicine (60), American Medical Association (61) y American Urologic Association (62). Ninguna de estas organizaciones indica *screening* masivo a todos los hombres. En 1994, la Canadian Task Force on Preventive Health Care se manifestó en contra de la recomendación del uso rutinario del PSA o ecografía transrectal como parte del examen periódico de salud (63) estando actualmente en proceso de revisión de sus recomendaciones.

El aneurisma de aorta abdominal no se investiga en la población indicada en el 85,13 %. La USPSTF recomienda *screening* para aneurisma de aorta abdominal (AAA) con ecografía en hombres de 65 a 75 años que han sido fumadores, una sola vez (64).

El 14,46 % de quienes deben hacerlo, no realiza estudios para osteoporosis. El 34,36 % no recibe calcio. La USPSTF recomienda que las mujeres de 65 y más años realicen rutinariamente *screening* para osteoporosis, comenzando a los 60 años si hay factores de riesgo de fractura osteoporótica (65). En 1998, el National Osteoporosis Foundation, recomendó el *screening* para mujeres de 65 y más años, y para posmenopáusicas con factores de riesgo de fracturas (66,67). Otros grupos que colaboraron en la recomendación fueron: American Academy of Orthopaedic Surgeons, American College of Obstetricians and Gynecologists, American Geriatrics Society, American College of Radiology, American College of Rheumatology, American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation, American Association of Clinical Endocrinologists, Endocrine Society, y la American Society of Bone and Mineral Research. La American Association of Clinical Endocrinologists revisó las guías en 2001 (68). En el año 2000 el Consensus Development Conference (sponsoreado por el U.S. National Institutes of Health) concluyó que el valor del *screening* universal para osteoporosis no ha sido establecido (69), recomendando individualizar el mismo.

El 44,20 % de los adultos mayores no recibe consejos para prevenir caídas o mitigar sus efectos. La USPSTF (70) recomienda aconsejar al anciano y a sus cuidadores la adopción de medidas para reducir el riesgo extrínseco medioambiental, el ejercicio, principalmente de entrenamiento para la mejora del equilibrio y el control, y un ajuste de la medicación (recomendación B CTF), aunque la efectividad del consejo sistemático a los pacientes para prevenir las caídas no se ha evaluado de forma adecuada (recomendación C CTF). En ancianos con alto riesgo de caídas se recomienda una intervención individual, intensiva, multifactorial y domiciliaria si se dispone de recursos adecuados para impartir estos servicios (recomendación B CTF).

El 19,64 % no recibe asesoramiento sobre lesiones. No hay pruebas suficientes para consejería sobre: enseñar a los chicos a nadar, guardar las armas en el hogar en lugares inaccesibles y la munición por separado, educación de salud pública para enseñar la maniobra de Heimlich para desobstruir la vía aérea (71).

La AAFP recomienda (a pesar de no tener evidencias) consejo a todos los padres y pacientes de más de 2 años de edad acerca de prevención de injuria accidental tales como: ubicación adecuada en chicos en el transporte, uso de cinturón de seguridad, seguridad en bicicletas, uso de casco para motocicletas, detectores de humo, tener disponible el TE de Centros de Intoxicaciones, no conducir si bebió alcohol o depresores (72). La USPSTF concluye que la evidencia es insuficiente para evaluar beneficios de intervenciones basadas en la legislación y en la comunidad o del consejo en la consulta acerca del uso del cinturón de seguridad, sillas de seguridad para chicos, etc. (73).

El 10,88 % no recibe asesoría sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS). La AAFP recomienda consejería a adolescentes y adultos acerca del riesgo de las ETS y la prevención de las mismas (72). La USPSTF recomienda consejería de alta intensidad para prevenir ETS a todos los adolescentes sexualmente activos, y a los adultos con riesgo incrementado de ETS (74).

El 12,4 % consume alcohol, en el 18.12 % no se ha realizado consejo contra el mismo. La USPSTF recomienda *screening* e intervenciones de consejo para reducir el consumo de alcohol en adultos, incluyendo mujeres embarazadas (75).

El 26,81 % no ha sido evaluado para presencia de depresión. La USPSTF recomienda *screening* en adultos para depresión

en la consulta primaria, en sistemas con seguridad diagnóstica, efectivo tratamiento y seguimiento (76).

El 68 % de las embarazadas recibieron consejo sobre uso de fólico; el 53,07 % de las mujeres no embarazadas en edad fértil no han recibido dicho consejo. La AAFP recomienda fuertemente prescribir 0,4 a 0,8 mg/día de ácido fólico al menos 1 mes previo a la concepción y durante el primer trimestre de embarazo (72).

La AAFP recomienda prescribir 0,4 mg/día de ácido fólico a aquellas mujeres que si bien no planean embarazo han tenido un hijo con defectos del tubo neural (72).

La AAFP recomienda fuertemente prescribir 4 mg/día de ácido fólico durante 1-3 meses previos a la concepción y durante el primer trimestre de embarazo a aquellas que planifican embarazo y han tenido un hijo con defectos del tubo neural (72).

En relación a los factores predictores de salud y de cumplimiento de prácticas preventivas, varios estudios (77-80) han evaluado los efectos de las desigualdades socioeconómicas, de clase, de presencia de trabajo, de educación, sobre la salud; la postura de los países frente a dichas situaciones es variable, en algunos casos se han tomado medidas tendientes a reducir las inequidades en salud, pero en otros hay negación e indiferencia.

El conocimiento de cómo la clase social y la pobreza afectan a la salud pública requiere mejorar la calidad de la información y la investigación, y que los responsables de la planificación o la toma de decisiones políticas tengan en cuenta estos determinantes en la realización de acciones preventivas y de promoción de la salud (81).

En base a los datos analizados, se concluye que el cumplimiento de las prácticas preventivas tiene un amplio rango según la práctica investigada. Los factores predictores de incumplimiento que se presentan para cada práctica son: ser económicamente dependiente en 3, menor cobertura de salud en 8, no tener médico de cabecera en 9, menor nivel educativo en 9, mala accesibilidad geográfica en 13 y mayor edad en 11. Las prácticas más afectadas por estos factores fueron: prevención de lesiones traumáticas, no hacer actividad física, aplicar DTa, aplicar vacuna antivaricelosa, medición de peso/talla, uso de estatinas y consejo sobre ingesta de calcio.

Las prácticas con mayor cumplimiento fueron: uso de DTa, examen mamario, PAP, mamografía y consejo de uso de fólico en la embarazada, y las prácticas con mayor incumplimiento fueron: investigación del cáncer de colon, consejo sobre caídas, investigación de la audición, búsqueda de aneurisma aórtico abdominal y consejo sobre fólico en la no embarazada.

A pesar de haber sido abandonado en 1979, el 61 % practica el "chequeo", ya sea a pedido del paciente o por indicación médica.

TABLA 1. GRADOS DE RECOMENDACIONES USPSTF, MAYO 2007

Grado	Definición	Sugerencia para la práctica
A	Fuertemente Recomendada. Alta certeza de beneficios sustanciales.	Ofrecer
B	Recomendada. Alta certeza de beneficios moderados o moderada certeza que los beneficios son moderados a sustanciales.	Ofrecer
C	En contra de recomendación rutinaria. Ver el caso individual. Hay pequeña a moderada certeza que el beneficio es pequeño.	Ofrecer considerando el caso individual
D	No recomendada. Hay moderada a alta certeza que no hay beneficios, o que los riesgos superan a los beneficios.	No ofrecer
E	La evidencia actual es insuficiente para balancear riesgos y beneficios. Falta evidencia, o es de pobre calidad, o contradictoria, y el balance no puede ser establecido.	Si se ofrece, el paciente debe comprender que hay incertidumbre en el balance entre riesgos y beneficios.

TABLA 2. PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO

Factor	Presencia	Porcentaje e IC 95%
Fuma >5 por día en la actualidad	400	24,33 %, IC95: 22,27, 26,48
Alcohol en exceso (*)	204	12,40 %, IC95: 10,.85, 14,10
Es hipertenso	463	28,16 %, IC95: 25,99, 30,40
Es diabético	156	9,48 %, IC95: 8,11, 11,00
Es dislipémico	407	24,75 %, IC95: 22,68, 26,91
Tiene sobrepeso u obesidad	638	38,80 %, IC95: 36,44, 41,21

(*)Más de 2 vasos diarios de vino en el hombre y más de uno en la mujer, o descontrol los fines de semana

TABLA 3: PREDICCIÓN DE PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO POR VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICAS

Variable	p valor (regresión lineal)
Económicamente dependiente	0,14
Menor cobertura de salud	0,0006
No tener médico de cabecera	0,00
Menor nivel educativo	0,00
Inaccesibilidad geográfica a la cobertura	0,00
Mayor edad	0,00

TABLA 4. PRÁCTICAS PREVENTIVAS

Variables para todos (n=1644)	Indicada (*) y realizada	Indicada (*) y no realizada	No indicada	Realizada sin ser indicada	No corresponde (habiéndola realizado o no) o no contesta o no recuerda
Tabaco (9)	409 (24,87 %)	269 (16,36 %)	210 (12,77 %)	633	123
Alcohol (75)	369 (22,44 %)	101 (6,14 %)	197 (11,98 %)	838 (50,97 %)	139
Lesiones traumáticas	398 (24,20 %)	86 (5,23 %)	237 (14,41 %)	607 (36,92 %)	316
Lesiones solares (71-73)	489 (29,74 %)	131 (7,96 %)	389 (23,66 %)	555 (33,75 %)	80
Alimentación (10)	656 (39,90 %)	350 (21,28 %)	223 (13,56 %)	388 (23,60 %)	27
Actividad física (29)	406 (24,69 %)	580 (35,27 %)	320 (19,46 %)	311 (18,91 %)	27
Prevención ETS (72-74)	405 (24,63 %)	68 (4,13 %)	111 (6,75 %)	228 (13,86 %)	832
Depresión (76)	253 (15,38 %)	69 (4,19 %)	372 (22,62 %)	444 (27,00 %)	506
Presión arterial (5-7)	834 (50,72 %)	68 (4,13 %)	424 (25,7 %)	181 (11,00 %)	137
Colesterol (20-28)	727 (44,22 %)	73 (4,44 %)	319 (19,40 %)	65 (3,95 %)	460
Odontología	677 (41,18 %)	175 (10,64 %)	477 (29,01 %)	274 (16,66 %)	41
Oftalmología	777 (47,26 %)	120 (7,29 %)	368 (22,38 %)	157 (9,54 %)	222
Vacuna DTa	1031 (62,71 %)	78 (4,74 %)	407 (24,75 %)	48 (2,91 %)	80
Vacuna Gripe	471 (28,64 %)	99 (6,02 %)	413 (25,12 %)	34 (2,06 %)	627
Vacuna Neumococo	147 (8,94 %)	38 (2,31 %)	335 (20,37 %)	9 (0,54 %)	1115
Vacuna Hepatitis B	430 (26,15 %)	39 (2,37 %)	275 (16,72 %)	26 (1,58 %)	874
Vacuna Hepatitis A	276 (16,78 %)	43 (2,61 %)	222 (13,59 %)	25 (1,52 %)	1078
Vacuna Sarampión (MMR)	606 (36,86 %)	19 (1,15 %)	193 (11,73 %)	56 (3,40 %)	770
Vacuna Varicela	388 (23,60 %)	43 (2,61 %)	215 (13,07 %)	97 (5,90 %)	901
Peso y talla10	724 (44,03 %)	65 (3,95 %)	465 (28,28 %)	326 (19,82 %)	64
Diabetes15-19	677 (41,18 %)	40 (2,43 %)	241 (14,65 %)	35 (2,12 %)	651
AAS en FRC12-13	307 (18,67 %)	38 (2,31 %)	138 (8,39 %)	14 (0,85 %)	1147
Estatinas en FRC o colesterol alto14, 20-23	310 (18,85 %)	42 (2,55 %)	226 (13,74 %)	4 (0,24 %)	1062
VDRL	6 (4,01 %)	10 (0,60 %)	219 (13,32 %)	6 (0,36 %)	1323
Cáncer de colon 42-48 (solo > 50 años) (n=496)	130 (26,20 %)	33 (6,65 %)	329 (66,33 %)	4 (0,80 %)	---

TABLA 4: PRÁCTICAS PREVENTIVAS (CONTINUACIÓN)

Variables para todos (n=1644)	Indicada (*) y realizada	Indicada (*) y no realizada	No indicada	Realizada sin ser indicada	No corresponde (habiéndola realizado o no) o no contesta o no recuerda
Consejo caídas70	76 (40,00 %)	7 (3,68 %)	77 (40,52 %)	30 (15,78 %)	----
(solo > 65 años) (n=190)					
Audición	74 (38,94 %)	11 (5,78 %)	88 (46,31 %)	17 (8,94 %)	----
(solo > 65 años) (n=190)					
Solo mujeres (n=905)	------	------	------	-------	----
Consejo ingesta adecuada de calcio	412 (45,52 %)	61 (6,74 %)	250 (27,62 %)	99 (10,93 %)	83
Examen para clamidias y gonococo (39-40)	43 (4,75 %)	9 (0,99 %)	159 (17,56 %)	4 (0,44 %)	690
PAP (35-38)	582 (64,30 %)	81 (8,95 %)	91 (10,05 %)	38 (4,19 %)	113
Serología para rubéola o vacuna	315 (34,80 %)	18 (1,98 %)	138 (15,24 %)	20 (2,20 %)	414
Consejo planificación	235 (25,96 %)	16 (1,76 %)	169 (18,67 %)	62 (6,85 %)	423
Consejo fólico en embarazada (últ, 5 años) (72)	119 (68,00 %)	2 (1,14 %)	51 (29,14 %)	3 (1,71 %)	----
(solo < 55 años) (n=175)					
Consejo fólico en no embarazada (72)	124 (30,61 %)	10 (2,46 %)	205 (50,61 %)	66 (16,29 %)	----
(solo < 50 años) (n=405)					
Examen de osteoporosis (65-69)	181 (20,00 %)	20 (2,20 %)	111 (12,26 %)	4 (0,44 %)	589
Examen de las mamas (30-32)	333 (74,83 %)	26 (5,84 %)	77 (17,30 %)	9 (2,02 %)	----
(solo > 39 años) (n=445)					
Mamografía (32-34)	252 (77,06 %)	26 (7,95 %)	46 (14,06 %)	3 (0,91 %)	----
(solo > 49 años) (n=327)					
Solo varones	------	------	------	-------	----
Examen para aneurisma de aorta abdominal (64) (solo>65 años) (n=74)	11 (14,86 %)	2 (2,70 %)	61 (82,43 %)	0	----

(*) Por su médico de cabecera o por cualquier profesional que alguna vez lo haya asistido.

TABLA 5. FACTORES PREDICTORES DE INCUMPLIMIENTO DE LAS INDICACIONES EN REGRESIÓN LINEAL MÚLTIPLE

Variable	Ser económicamente dependiente	Menor cobertura en salud	No tener médico de cabecera	Menor nivel de educación	Mala accesibilidad geográfica	Mayor Edad
Tabaco	0,0472	NS	NS	NS	0,019	NS
Alcohol	NS	0,0056	NS	NS	0,0081	NS
Lesiones traumáticas	NS	NS	NS	0,0155	0,0006	0,0068
Lesiones solares	NS	NS	NS	NS	0,0012	NS
Alimentación	NS	NS	0,0488	0,0354	NS	NS
Actividad física	NS	NS	0,0001	NS	0,0001	0,0142
Prevención ETS	NS	0,0001	NS	0,0066	NS	NS
Depresión	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Presión arterial	NS	NS	0,0002	NS	NS	NS
Colesterol	NS	NS	0,0001	NS	NS	0,0056
Odontología	NS	NS	NS	0	NS	0,0113
Oftalmología	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Vacuna DTa	NS	0	0,0285	NS	NS	0,0453
Vacuna Gripe	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Vacuna Neumococo	NS	NS	NS	NS	NS	0,04
Vacuna Hepatitis B	NS	NS	NS	0,0085	NS	NS
Vacuna Hepatitis A	NS	NS	NS	0,0117	0,046	NS
Vacuna Sarampión (MMR)	NS	0,042	NS	NS	NS	0,0117
Vacuna Varicela	NS	0,0037	NS	0,0381	0,0357	NS
Peso y talla	NS	NS	0	NS	0,0067	0,0002
Diabetes	NS	NS	0,0119	NS	NS	0,0082
AAS en FRC	0,0361	0,0478	NS	NS	NS	NS
Estatinas en FRC o colesterol alto	NS	0,0002	NS	NS	0,0039	0
VDRL	NS	NS	NS	NS	0,0317	NS
Cáncer de colon	NS	NS	NS	NS	0,0168	NS
Consejo caídas	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Audición	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Consejo ingesta adecuada de calcio	NS	0,003	0	NS	NS	0,0352
Examen para clamidias y gonococo	NS	NS	NS	NS	NS	NS
PAP	NS	NS	0,0019	NS	NS	NS
Serología para rubéola o vacuna	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Consejo planificación	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Consejo fólico en embarazada	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Consejo fólico en no embarazada	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Examen de osteoporosis	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Examen de las mamas	0,0222	NS	NS	0,0019	0	NS
Mamografía	NS	NS	NS	NS	0,0155	NS
Examen para aneurisma de aorta abdominal	NS	NS	NS	0,0374	NS	NS

TABLA 6. EXAMEN PROSTÁTICO

Opción	Prevalencia	%
Conversó con su médico y decidió no hacerlo	36	15
Conversó con su médico y lo hace periódicamente	108	45
Lo hace periódicamente sin discusiones a pedido del paciente	9	3,75
Lo hace periódicamente sin discusiones por indicación médica	16	6,66
Lo hizo en el contexto de propagandas públicas	4	1,66
No tiene médico, concurre periódicamente a un médico para solicitar los test	3	1,25
No tiene médico, no lo ha hecho	40	16,66
Tiene médico pero no lo conversó	24	10
TOTAL	**240**	
No corresponde por ser varón < 50 años o ser mujer o no contesta	1 404	

TABLA 7. AUTOEXAMEN MAMARIO

Opción	Prevalencia	%
Conversó con su médico y decidió no hacerlo	107	11,82
Conversó con su médico y lo hace periódicamente asesorada por él	327	36,13
Lo hace periódicamente sin sin haberlo charlado con su médico	152	16,79
Tiene médico, no conversó del tema, no lo ha hecho	163	18,01
No tiene médico, no lo ha hecho	102	11,27
No contesta	54	
TOTAL mujeres	**905**	
No corresponde por ser varón	739	

TABLA 8. TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL (TRH)

Opción	Prevalencia	%
Conversó con su médico y decidió no recibir TRH	95	30,44
Conversó con su médico y recibe TRH asesorada por él	32	10,25
Automedicada con TRH (algún médico le transcribe o lo compra sin receta)	3	0,96
Tiene médico, no conversó del tema, no recibe TRH	147	47,11
No tiene médico, no lo ha hecho	35	11,21
TOTAL	**312**	
No corresponde por ser varón o mujer o en edad de menopausia o no contesta	1 332	

Bibliografía

1. Cetilin J, Gómez Gascón T. Medicina de Familia: La clave de un nuevo modelo. SemFYC. 1997.
2. Goroll A. Primary Care Medicine. 3rd. Edition, 1995.
3. Martin Zurro A, Cano Perez JF. Atención Primaria de Salud. Conceptos, organización y práctica clínica. Barcelona, Mosby/Doyma Libros, 2000.
4. http://www.msal.gov.ar/htm/Site/enfr/index.asp
5. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for high blood pressure: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med 2007; 147-783-786.
6. U.S. Preventive Services Task Force. Evidence for the reaffirmation of the U.S. Preventive Services Task Force recommendation on screening for high blood pressure. Ann Intern Med 2007;147:787-791.
7. U. .S. Preventive Services Task Force. Screening for High Blood Pressure: Clinical Summary of U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. December 2007. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf07/hbp/hbpsum.htm
8. Screening for High Blood Pressure, Topic Page. December 2007. U.S. Preventive Services Task Force. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspshype.htm
9. S. Preventive Services Task Force. Counseling to Prevent Tobacco Use and Tobacco-Related Diseases: Recommendation Statement. November 2003. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/tobacccoun/tobcounrs.htm
10. Screening for Obesity in Adults, Topic Page. December 2003. U.S. Preventive Services Task Force. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsobes.htm
11. Tinajas A, Saltó E, Córdoba García R y col. Factores de riesgo cardiovascular. Medicine 1996. AP Americana de Publicaciones.
12. Aspirin for the Prevention of Cardiovascular Disease, Topic Page. March 2009. U.S. Preventive Services Task Force. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsasmi.htm
13. Ogawa H, Nakayama M, Morimoto T, et al, for the Japanese Primary Prevention of Atherosclerosis With Aspirin for Diabetes (JPAD) Trial Investigators. Low-dose aspirin for primary prevention of atherosclerotic events in patients with type 2 diabetes. A randomized controlled trial. JAMA 2008;300:2134-2141.
14. Afilalo J, Duque G, Steele R, Jukema JW, de Craen AJ, Eisenberg MJ. Statins for secondary prevention in elderly patients. J Am Coll Cardiol 2008;51:37-45.
15. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Type 2 Diabetes Mellitus in Adults: Recommendations and Rationale. February 2003. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/diabscr/diabetrr.htm
16. Screening for Diabetes. Diabetes Care. American Diabetes Association 2002;25(90001):S21-S24.
17. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes -. 2008. Diabetes Care. 2008;31(suppl 1):S12-54.
18. Pearson TA, Blair SN, Daniels SR, et al. AHA Guidelines for Primary Prevention of Cardiovascular Disease and Stroke: 2002 Update: Consensus Panel Guide to Comprehensive Risk Reduction for Adult Patients Without Coronary or Other Atherosclerotic Vascular Diseases. American Heart Association Science Advisory and Coordinating Committee. Circulation 2002;106(3):388-91
19. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Type 2 diabetes mellitus in adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med 2008; 148:846-854.
20. Screening for Lipid Disorders: Recommendations and Rationale. Article originally in Am J Prev Med 2001;20(3S):73-76. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. http://www.ahrq.gov/clinic/ajpmsuppl/lipidrr.htm.
21. Screening for Lipid Disorders in Adults, Topic Page. June 2008. U.S. Preventive Services Task Force. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspschol.htm
22. Summary of the second report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on the Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel II). JAMA 1993;269:3015-23.
23. Grundy SM, Balady GJ, Criqui MH, et al. A statement for healthcare professionals from the Task Force on Risk Reduction, Consensus Panel Statement (AHA) Circulation 1997, 95:2330.
24. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), Committee on Primary Care. Primary and Preventive Care: Periodic Assessments. Committee Opinion No. 229. Washington, DC: ACOG; December 1999.
25. American Academy of Family Physicians. Clinical recommendations: 2000-2001. Leawood, KS: American Academy of Family Physicians; 2001. In press. Also available at www.aafp.org/exam/
26. Garber AM, Browner WS, Hulley SB. Clinical guideline, Part II: cholesterol screening in asymptomatic adults, revisited. Ann Intern Med 1996, 124:518-531.
27. Garber AM, Browner WS, Hulley SB. Guidelines for using serum cholesterol, high-density lipoprotein cholesterol, and triglyceride levels as screening tests for preventing coronary heart disease in adults. Ann Intern Med 1996;124:515-517.
28. Logan AG. Lowering the blood total cholesterol level to prevent coronary heart disease. In: Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care. Ottawa: Health Canada;1994:650-69.
29. Behavioral Counseling in Primary Care to Promote Physical Activity, Topic Page. August 2002. U.S. Preventive Services Task Force. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsphys.htm
30. Le Geyte M, Mant D, Vessey M et al. Breast self examination and survival from breast cancer. Br J Cancer 1992;66:917-918.
31. Publicación científica 568. OPS. Prevención clínica. Guía para médicos. 1998.
32. Woolf S. United States Preventive Services Task Force recommendations on breast cancer screening. Cancer 1993;269:1913-1918.
33. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Breast Cancer: Recommendations and Rationale. February 2002. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/breastcancer/brcanrr.htm
34. Armstrong K, Moye E, Williams S, Berlin JA, Reynolds EE. Screening mammography in women 40 to 49 years of age: a systematic review for the American College of Physicians. Ann Intern Med 2007;146:516-526.
35. Dreyer C, Discacciati V, Bakalar K. Rastreo del cancer de cuello uterino. En Rubinstein A, Terrasa S, Durante E, Rubinstein E y Carrete P. Medicina Familiar y Práctica Ambulatorio. Panamericana 2001:449-461.

36. American Cancer Society. Guidelines for the cancer related checkup: an update. Atlanta: American Cancer Society 1993.
37. American College of Physicians. Screening for cancer cervical. In Eddy M, ed. Common screening tests. Philadelphia: American College of Physicians, 1991: 413-414.
38. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Cervical Cancer: Recommendations and Rationale. AHRQ Publication No. 03-515A. January 2003. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/cervcan/cervcanrr.htm
39. Screening for Chlamydial Infection: Recommendations and Rationale. Article originally in Am J Prev Med 2001;20(3S):90-4. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. http://www.ahrq.gov/clinic/ajpmsuppl/chlarr.htm.
40. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Chlamydial Infection. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; June 2007.
41. U.S. Preventive Services Task Force. Hormone Therapy for the Prevention of Chronic Conditions in Postmenopausal Women: Recommendation Statement. AHRQ Publication No. 05-0576, May 2005. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf05/ht/htpostmenrs.htm
42. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Colorectal Cancer: Recommendations and Rationale. July 2002. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/colorectal/colorr.htm
43. U.S. Preventive Services Task Force. Routine Aspirin or Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs for the Primary Prevention of Colorectal Cancer: Recommendation Statement. March 2007. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf07/aspcolo/aspcolors.htm
44. Flossmann E, Rothwell PM; British Doctors Aspirin Trial and the UK-TIA Aspirin Trial. Effect of aspirin on long-term risk of colorectal cancer: consistent evidence from randomised and observational studies. Lancet 2007; 369:1603-1613.
45. Byers T, Levin B, Rothenberger D, Dodd GD, Smith RA. American Cancer Society guidelines for screening and surveillance for early detection of colorectal polyps and cancer: Update 1997. American Cancer Society Detection and Treatment Advisory Group on Colorectal Cancer. CA Cancer J Clin 1997;47(3):154-60. Available at: www.cancer.org/cancerinfo/documents/cancer_10/guidelines.html.
46. Goldstein MM, Messing EM. Prostate and bladder cancer screening. J Am Coll Surg 1987;186(1):63-74. Available at: www.facs.org/dept/jacs/articles/messing.html.
47. American College of Obstetricians and Gynecologists. Primary and preventive care: periodic assessments. ACOG Committee Opinion 246. Washington, DC: ACOG, 2000.
48. American Academy of Family Physicians. Summary of policy recommendations for periodic health examination. Revision 5.0, August 2001, Order No. 962, Reprint No. 510. Available at: www.aafp.org/exam/
49. Harris RP, Lohr KN. Screening for prostate cancer: an update of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2002; 137:917-29.
50. American Cancer Society. Cancer facts and figures, 2001-2002. Available at: www.cancer.org. Accessed March 01, 2002.
51. Ries LAG, Eisner MP, Kosary CL, Hankey BF, Miller BA, Clegg L, Edwards BK (eds). SEER Cancer Statistics Review, 1973-1998, National Cancer Institute. Bethesda, MD; 2001. Available at: http://seer.cancer.gov/csr/1973_1999/
52. Harris RP, Lohr KN, Beck R, Fink K, Godley P, Bunton A. Screening for Prostate Cancer. Systematic Evidence Review No. 16 (Prepared by the Research Triangle Institute—University of North Carolina Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-97-0011). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. December 2001. (Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat3.chapter.3159).
53. Litwin MS, Hays RD, Fink A, et al. Quality of life outcomes in men treated for localized prostate cancer. JAMA 1995;273:129-135.
54. Steineck G, Helgesen F, Adolfsson J, et al. Quality of life after radical prostatectomy or watchful waiting. N Engl J Med 2002;347:790-796.
55. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Prostate Cancer: Recommendations and Rationale. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Ann Intern Med 2002;137:915-916.
56. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med 2008;149:185-191.
57. Sanda MG, Dunn RL, Michalski J, et al. Quality of life and satisfaction with outcome among prostate-cancer survivors. N Engl J Med 2008;358:1250-1261.
58. Periodic Health Examinations: Summary of AAFP Policy and Recommendations & Age Charts. Available at: www.aafp.org/exam. Accessed March 01, 2002.
59. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer: update of early detection guidelines for prostate, colorectal, and endometrial cancers. Also: Update 2001—testing for early lung cancer detection. CA Cancer J Clin 2001 Jan-Feb;51(1):38-75. Accessed at www.cancer.org on 25 October, 2002.
60. American College of Physicians. Clinical guideline part III: screening for prostate cancer. Ann Intern Med 1997;126:480-4.
61. American Medical Association. Report 9 of the Council on Scientific Affairs (A-00). Screening and Early Detection of Prostate Cancer. June 2001. Available at: www.ama-assn.org/ama/pub/article/2036-2928.html. Accessed March 01, 2001.
62. Prostate-specific antigen (PSA) best practice policy. American Urological Association (AUA). Oncology (Huntingt). 2000 Feb;14(2):267-72. Accessed at www.auanet.org on October 25, 2002.
63. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Ottawa (Canada): Health Canada; 1994. Available at: www.ctfphc.org/index.html. Accessed March 01, 2002.
64. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Abdominal Aortic Aneurysm: Recommendation Statement. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Publication No. 05-0569-A, February 2005. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf05/aaascr/aaars.htm
65. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Osteoporosis in Postmenopausal Women: Recommendations and Rationale. September 2002. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/osteoporosis/osteorr.htm
66. National Osteoporosis Foundation. Physician's guide to prevention and treatment of osteoporosis. Washington, DC: NOF; 1999. Available at: http://www.nof.org/physguide. Accessed July 29, 2002.
67. National Osteoporosis Foundation. Clinician's Guide to Prevention and Treatment of Osteoporosis. Feb. 2008. Accessed Feb. 22, 2008.
68. American Association of Clinical Endocrinologists. 2001 Medical Guidelines for Clinical Practice for the Prevention and Management of Postmenopausal Osteoporosis. Available at: http://www.aace.com/clin/guidelines/osteoporosis2001.pdf. Accessed February 27, 2002.
69. Osteoporosis Prevention, Diagnosis, and Therapy. NIH Consensus Statement Online 2000 March 27-29; 17(1): 1-36. Available at: http://odp.od.nih.gov/consensus/cons/111/111_statement.htm. Accessed February 27, 2002.
70. US Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services. 2nd ed. Baltimore:Williams & Wilkins, 1996.
71. Wayne Elford R. Prevención de las lesiones por accidentes de tráfico, en el hogar y en las actividades receptivas. Cap 19 a 22. En Prevención Clínica. Publicación científica 568. OPS 1998.
72. http://www.guideline.gov/browse/guideline_index.aspx
73. Counseling about Proper Use of Motor Vehicle Occupant Restraints and Avoidance of Alcohol Use to Prevent Injury, Topic Page. August 2007. U.S. Preventive Services Task Force. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsmvin.htm
74. Behavioral Counseling to Prevent Sexually Transmitted Infections, Topic Page. October 2008 U.S. Preventive Services Task Force. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsstds.htm
75. Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care to Reduce Alcohol Misuse, Topic Page. April 2004. U.S. Preventive Services Task Force. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsdrin.htm
76. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Depression: Recommendations and Rationale. May 2002. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/depression/depressrr.htm
77. Levin S. Trabajo y ciudadanía social: el deterioro de una relación inescindible. Tema y debates 1998;2:131-141.
78. Barradas Barata R. Iniqüidade e saúde: a determinaçao social do processo saúde-doença. Revista USP Sào Paulo 2001;51:138-145.
79. Borrell C, Peiró R, Ramon N y col. Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las comunidades autónomas del Estadio español. Gac Sanit 2005; 9:277-286.
80. Borrell C, Rohifs I, Artacoz L, Mutaner C. Desigualdades en salud según la clase social de las mujeres. ¿Cómo influye el tipo de medida de la clase social? Gac Sanit 2004;18:75-82.
81. Benach J, Amable M. Las clases sociales y la pobreza. Gac Sanit 2004;18:16-23.