

Evaluación del programa de detección de alteraciones del adulto sano mayor de 45 años, Medellín, 2009 y 2010.

Evaluation of the detection of alterations in healthy adults over age 45, Medellin, 2009 and 2010

Joaquín Guillermo Gómez Dávila, MD¹
Juan Ignacio Gómez Delgado²

Este artículo es producto del proyecto vigilancia epidemiológica para la salud, prevención de la enfermedad y asistencia social, financiado por la Secretaria de Salud de Medellín.

1. Médico Especialista en Obstetricia y Ginecología, Mg. en Epidemiología. Director centro Nacer, Salud Sexual y Reproductiva. Facultad de Medicina - Departamento de Obstetricia y Ginecología - Universidad de Antioquia.
2. Médico y Cirujano. Líder en Promoción y Prevención. Nacer, Salud Sexual y Reproductiva Facultad de Medicina - Departamento de Obstetricia y Ginecología - Universidad de Antioquia

Resumen

Objetivo: evaluar la adherencia al ciclo de la calidad: planear, hacer, verificar y actuar (Phva) y los estándares de la norma de atención de la Resolución 412 de 2000 del Ministerio de Protección Social, en las empresas administradoras de planes de benéfico (Eapb) y en las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) de los programas de detección de alteraciones del adulto sano mayor de 45 años (Pdaas) en la ciudad de Medellín e intervenir para mejorar la adherencia al programa de Pdaas. Metodología: estudio de intervención que incluyó a todas las Eapb (14) e IPS (108) de primer nivel de atención de la ciudad de Medellín. Para la evaluación de la adherencia a la norma técnica se calculó un tamaño de muestra para detectar un 25% de no adherencia a la norma técnica, con un 5% de precisión absoluta. La selección de la muestra se hizo de manera aleatoria. Se revisaron 283 historias clínicas en el 2009 y 269 en el 2010 del Pdaas en todas las IPS que contaban con el programa en la ciudad de Medellín. La intervención consistió en asistencia técnica de acuerdo a las situaciones particulares de cada institución, capacitación al personal asistencial y seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento presentados por cada institución. Los datos se consignaron en un formato especialmente diseñado para tal fin y la consolidación de la información se realizó en el programa Excel. Resultados: solo el 44% (39) del total de IPS de atención primaria en salud de la ciudad contaban con el programa implementado. En la muestra de historias clínicas evaluadas, de las instituciones que contaban con el programa, se encontraron deficiencias en la atención integral del adulto sano mayor de 45 años, caracterizadas por un bajo nivel de adherencia a los estándares mínimos exigidos por la norma de atención como: intervención de antecedentes 68% en el 2009 y 98% en el 2010, intervención de los factores de riesgo en el estilo de vida 18% en el 2009 y 24% en el 2010, intervención de la comorbilidad 7% en el 2009 y 39% en el 2010, examen físico 31% en el 2009 y 42% en el 2010 y solicitud de las ayudas

diagnósticas 31% en el 2009 y 46% en el 2010. En los estándares de calidad de la atención evaluados observamos una tendencia a la mejoría al comparar la evaluación del 2009 con el 2010, pero no se evidenció una evaluación de la efectividad de las mismas y mucho menos ajustes a los procesos realizados.

Palabras claves

adulto, tabaquismo, Epop, obesidad y mamografía.

Abstract

Objective: To assess adherence to quality cycle: plan, do, check and act (PDCA) and the standards of the standard of care of Resolution 412 of 2000 of the Ministry of Social Protection, in managing companies benefit plans (EAPB) and the institutions providing health services (IPS) of the screening program for healthy adult disorders over 45 years (PDAAS) in the city of Medellín and intervening to improve adherence to PDAAS program. Methodology: intervention study included all EAPB (14) and IPS (108) of primary care in the city of Medellín. To assess adherence to the technical standard was calculated sample size to detect 25% of non-adherence to the standard technique, with a 5% absolute precision. The sample selection was done randomly. 283 medical records were reviewed in 2009 and 269 in the 2010 PDAAS in all IPS that they had the program in the city of Medellín.

The intervention consisted of assistance according to the particular situation of each institution, care staff training and monitoring compliance with the improvement plans submitted by each institution. The data were recorded in a format specially designed for this purpose and the consolidation of information is done in Excel. Results: only 44% (39) of all IPS primary health care in the city had implemented the program. In the sample of evaluated medical records of the institutions that had the program, deficiencies were found in the comprehensive

care of healthy adults over 45 years, characterized by a low level of adherence to minimum standards required by the standard of care as : 68% intervention records in 2009 and 98% in 2010, involvement of risk factors in the lifestyle of 18% in 2009 and 24% in 2010, intervention of the associated diseases 7% in 2009 and 39 % in 2010, physical examination, 31% in 2009 and 42% in 2010 and application of diagnostic aids 31% in 2009 and 46% in 2010. In the quality standards of care assessed observed a trend toward improvement when comparing the assessment of 2009 with 2010. but no evidence of an assessment of their effectiveness, let alone made adjustments to the process.

Keywords

adult, smoking, COPD, obesity and mammography.

Introducción

Según la OMS las primeras causas de muerte en el mundo son la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular, y en las 12 primeras causas están la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el cáncer de las vías respiratorias y la diabetes mellitus (DM). (1)

En Colombia según datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) la primera causa de muerte es la enfermedad isquémica del corazón, y entre las 10 primeras causas se encuentran la enfermedad cerebrovascular, las enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores, la DM, las enfermedades digestivas, la enfermedad hipertensiva y los tumores malignos.(2) En Medellín, según la Secretaría de Salud, la primera causa de muerte es la cardiopatía isquémica, seguida por las agresiones, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y la enfermedad cerebrovascular (3).

Las causas de muerte mencionadas hacen parte del grupo de enfermedades crónicas no transmisibles con excepción de las causas violentas

y presentan un aumento significativo de incidencia en los pacientes mayores de 45 años, influenciadas por algunos factores de riesgo modificables como el tabaquismo, la obesidad, el sedentarismo y los factores nutricionales, entre otros; así como la tendencia al aumento de la esperanza de vida en nuestro país, que ha pasado de 68 años en 1985 a 74 años en el 2010 y con el consiguiente incremento del grupo poblacional de mayores de 45 años. En Medellín para el 2010 la poblacional mayor de 44 años constituyó el 34% del total (810.076 habitantes). Según la OMS es necesario reconocer en los países en vías de desarrollo la importancia de las enfermedades crónicas no transmisibles como causa importante de morbilidad y su intervención debe ser parte de las políticas en salud pública de estos países. (4) Colombia, en el año 2000, correspondiendo a este compromiso, adoptó como parte de las estrategias para la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, la norma técnica para la detección de alteraciones del adulto sano mayor de 45 años, de obligatorio cumplimiento para todas las instituciones de salud de nivel primario.

En el año 2009 la Secretaría de Salud de Medellín inició la evaluación de la adherencia de las instituciones de atención primaria al programa de detección de alteraciones del adulto sano mayor de 45 años, teniendo como referentes la normatividad vigente de la Resolución 412 de 2000 y la Guía para la prevención de la enfermedad crónica y mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 del año 2007, con el propósito de incentivar el mejoramiento de la calidad de la atención.

Materiales y método

Estudio de intervención que consistió en el levantamiento de una línea de base en el año 2009 y otra evaluación en el 2010. En el 2009 se brindó asesoría en la elaboración de planes de intervención según los resultados de la línea de base, capacitación para el fortalecimiento de las competencias de las personas de las instituciones y asistencia técnica y se evaluó 14 Eapb

(entidades administradoras de planes de beneficios en salud) y 108 IPS de atención primaria que brindan servicios en la ciudad de Medellín. El levantamiento de la línea de base se inició con un ejercicio de autoevaluación realizado por las Eapb y las IPS en el segundo semestre del año 2009; luego se evaluó el nivel de desarrollo de los estándares de calidad, aplicando los instrumentos denominados "Referencial de evaluación para instituciones prestadoras de servicios de salud" y "Referencial de evaluación para entidades administradoras de planes de beneficios en salud", además en las IPS de atención primaria se evaluaron las HC con el instrumento "Evaluación de los estándares de calidad en las historias clínicas". Un año después, en el 2010, se hizo una segunda visita con el objetivo de verificar el cumplimiento de los planes de acción y se evaluó nuevamente una muestra de HC.

La población de referencia fueron las IPS de Medellín que debían tener el programa en funcionamiento (108). Los criterios de inclusión fueron tener 45 años o más y consultar en alguna de las IPS de la ciudad al programa de atención del adulto sano mayor de 45 años en los últimos seis meses. Se excluyeron de la investigación los pacientes que asistían a los programas de atención de la diabetes o hipertensión arterial. El cálculo de la muestra se realizó a partir de los listados de pacientes enviados por las IPS. Para la selección del tamaño de muestra se consideró un 25% de no cumplimiento de los estándares, con un error tipo I del 5% y un error tipo II del 80%. El número de historias clínicas seleccionadas fue de 283 en el 2009 y 269 en el 2010, el muestreo fue aleatorio simple. El equipo encargado de realizar las visitas y de recolectar la información en las IPS seleccionadas estuvo conformado por médicos y enfermeras profesionales con experiencia en programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y con especialización en auditoría de la calidad. Previo a la recolección de la información, el personal seleccionado recibió una capacitación para la estandarización de los criterios de evaluación de cada una de las varia-

bles a evaluar. Adicionalmente se realizó una prueba piloto para validar y ajustar el instrumento de recolección de información, así como para evaluar y ajustar el desempeño de los evaluadores. Durante las visitas a las IPS se contó con el acompañamiento de un funcionario de las instituciones, lo que facilitó la búsqueda de la información, sin embargo, éste no participó en la evaluación del programa.

Los instrumentos de recolección de información de las HC y procesos de calidad se construyeron con un equipo de expertos en temas de riesgo vascular, calidad y atención primaria en salud y teniendo en cuenta la normatividad nacional vigente. Se seleccionaron cinco aspectos a evaluar en las HC: intervención de antecedentes, intervención de factores de riesgo relacionados con el estilo de vida, anamnesis e investigación de enfermedades prevalentes en el adulto (comorbilidad), examen físico y ayudas diagnósticas. Los instrumentos se diseñaron en el programa Excel y fueron diligenciados directamente en cada una de las visitas por el equipo investigador. En la evaluación de procesos de calidad se realizó una auditoria teniendo en cuenta la normatividad legal vigente y fueron evaluados teniendo en cuenta el ciclo de la calidad: planear, hacer, verificar y actuar (Phva). En las Eapb e IPS se evaluaron los estándares transversales que incluyeron actividades como: caracterización de la población; inducción a la demanda en la población adulta; búsqueda de inasistentes; estrategias de información, educación y comunicación dirigidas a los usuarios; implementación de la norma de atención del adulto mayor, entre otros. Posteriormente la información fue validada por un especialista en auditoria de la calidad. El análisis de los resultados estuvo a cargo del equipo investigador y en todo momento se garantizó el manejo confidencial de los datos.

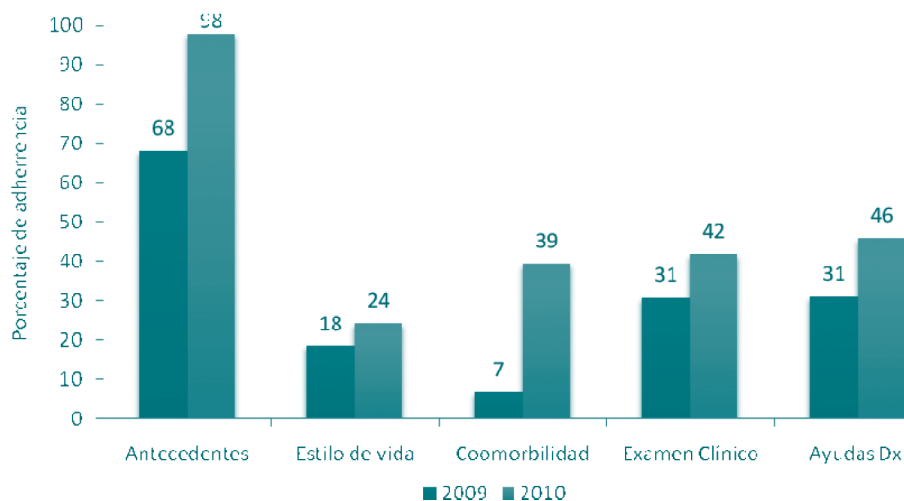
Una vez analizada la información, los resultados se presentaron en cada IPS evaluada y se entregó un informe escrito, a partir del cual las IPS realizarán un plan de intervención con énfasis en los principales hallazgos.

Resultados

Se evaluó un total de 283 historias clínicas en el 2009 y 269 HC en el 2010, en 14 IPS con 39 sedes que tenían el Pdaas (el 44% de las IPS de la ciudad). Al resto de IPS se les solicitó muestra de

HC, pero no la presentaron porque no realizan el programa.

En la gráfica 1 podemos observar el promedio consolidado de los estándares evaluados, comparando los resultados del 2009 con el 2010.



Gráfica 1. Comparativo del promedio de la adherencia a la norma técnica de prevención de la enfermedad crónica y mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 años. Años 2009 y 2010.

Fuente: 283 historias clínicas en el 2009 y 269 HC en el 2010 de IPS de la ciudad de Medellín.

La distribución por género fue en el 2009 63% (178) mujeres y 37% (105) hombres y en el 2010 fue 60% (162) mujeres y 40% (107) hombres. La distribución por rangos de edad en el 2009 fue: 45 a 49 años 33% (92), 50 a 54 años 21% (59), 55 a 59 años 17% (48) y mayores de 60 años 29% (81) y en el 2010 fue: 45 a 49 años 28% (75), 50 a 54 años 20% (55), 55 a 59 años 19% (51) y mayores de 60 años 33% (88)

Resultados de la línea de base (2009)

Intervención de antecedentes:

El ítem "intervención actualizada si tiene identificada alguna enfermedad crónica prevalente en el adulto", entendida como remisión al programa respectivo, seguimiento de laboratorio o seguimiento clínico a enfermedad coronaria

o equivalente, HTA, DM, dislipidemias, Epoc, trastornos tiroideos, EAP y depresión; se realizó en el 80% (129 casos) y no se tomó ninguna conducta en el 20% (33 casos).

Factores de riesgo en estilo de vida:

En el ítem de intervención en caso de identificar sedentarismo y/o alimentación no balanceada, se hizo intervención, entendida como consejería, remisión a programa o especialista en el 31% (72), no se tomó ninguna conducta en el 7% (16 casos) y no se registró el dato en la HC en el 62% (141).

En la evaluación de pacientes fumadores se detectaron 42 casos correspondientes al 15% del total de la muestra; de éstos al 36% (15) se les realizó algún tipo de intervención, al 64% (27) no se evidenció la realización de recomendaciones o actividades para la cesación del taba-

quismo y en el 36% del total de HC (101) no se encontró información sobre el consumo de cigarrillo en los pacientes.

En la evaluación de los pacientes consumidores de alcohol o drogas ilícitas, se detectó este problema en un 18% de los pacientes (51), de los cuales al 15% (14) se les realizó algún tipo de intervención, al 39% (37) no se les realizó ninguna y no se tenían datos sobre esta variable en el 46% (44).

Al indagar sobre maltrato o violencia intrafamiliar se identificó un caso en todas las HC evaluadas y en 217 HC no se interrogó sobre este aspecto.

Anamnesis e investigación de enfermedades prevalentes en el adulto:

Para la detección de tuberculosis en los sintomáticos respiratorios, se registraron los resultados de las baciloscopias en el 3% de los casos (2), en el 14% (10) no se registró el resultado del examen y en el 83% (62) no se registró si tenían síntomas respiratorios en las HC evaluadas.

En los pacientes que se detectó sintomatología ácido péptica acompañada de signos o síntomas de alerta (pérdida de peso, signos de hemorragia, disfagia o disfonía) se solicitó endoscopia digestiva superior en el 12% (11), no se ordenó el examen en el 20% (18) y no se tenía registro de síntomas digestivos en el 67% (60).

En pacientes con sintomatología de enfermedades del colon (heces acintadas, hematoquecia, pérdida de peso, anemia, dolor abdominal o antecedente familiar de cáncer) se registró el resultado de colonoscopia o se remitió para solicitud en nivel mayor de complejidad en el 7% (6), no se realizó el examen en el 13% (11) y no se tenía registro de síntomas relacionados con estas enfermedades en el 80% (67).

Examen físico:

Durante la toma de presión arterial, si esta era mayor de 140/90, en el 48% (14) se consignó la

repetición de la toma luego de 5 minutos y en el 52% (15) no se evidenció su repetición.

Si la presión arterial persistía elevada, se ordenó confirmación del diagnóstico de HTA o se ingresó al programa de HTA según condición clínica en el 63% (12) y no se tomó la conducta en el 37% (7).

En la evaluación de pacientes con sobrepeso u obesidad se detectaron 101 casos (36%), de estos al 29% (48) se les realizó algún tipo de intervención, al 32% (53) no se les realizó ninguna y no se tenían datos en la HC (peso, talla e índice de masa corporal) en el 39% (64).

En el caso de detectar alteraciones de la agudeza visual al 37% (70) se les realizó algún tipo de intervención, al 17% (33) no se les realizó y no se tenían datos sobre agudeza visual en el 46% (91).

En los hombres mayores de 45 años (82 pacientes), al 10% (8) se les realizó tacto rectal para detección precoz de enfermedades de la próstata.

Ayudas diagnósticas:

En las pacientes mayores de 50 años con alteraciones en el resultado de la mamografía se realizó intervención en el 19% (21), no se realizó intervención en el 2% (2) y en el 79% (88) no se tenían datos sobre solicitud o realización de mamografías.

En caso de tener alteraciones del perfil lipídico se realizó intervención en el 32% (60), no se realizó intervención en el 9% (16) y en el 59% (110) no se tenía registro de resultados del perfil lipídico.

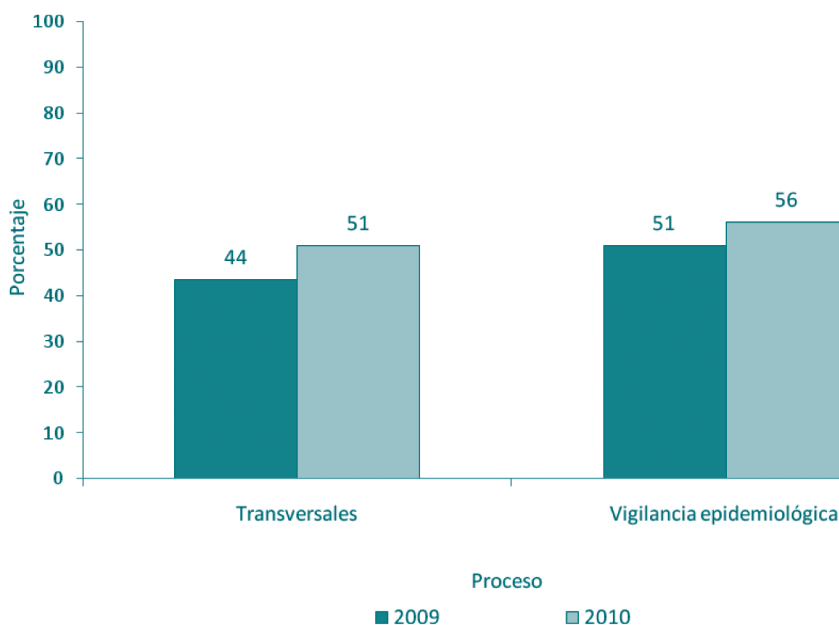
Se registró el resultado de la creatinina en el último año en el 55% (148).

En los hombres, en caso de tener alteraciones del antígeno específico de próstata, se realizó intervención en el 8% (6), no se intervinieron el 12% (9) y en el 80% (60) no se tenían datos de este examen.

Segunda evaluación de HC y procesos de calidad en el 2010:

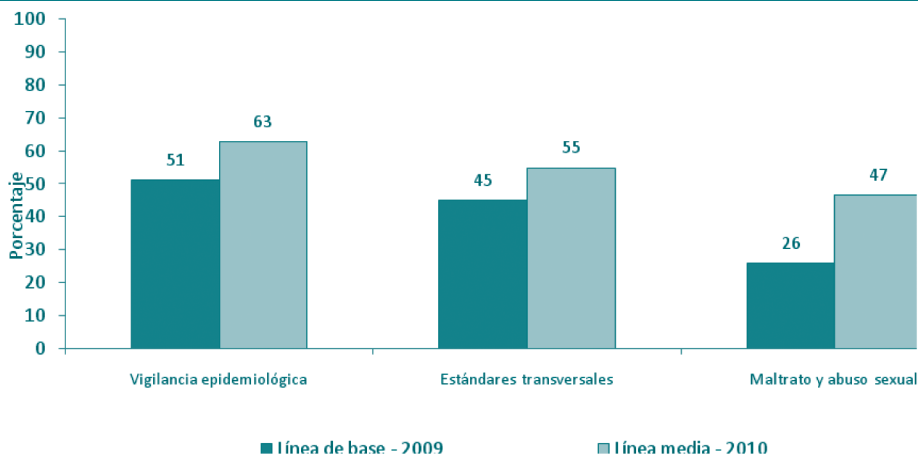
En la evaluación de HC se observó mejoría porcentual en todos los capítulos evaluados: intervención de antecedentes de 68% (2009) a un 98% (2010), evaluación de los factores de

riesgo en estilo de 18% (2009) a un 24% (2010), anamnesis e investigación de enfermedades prevalentes del adulto de 18% (2009) a un 24% (2010), realización del examen físico de 31% (2009) a un 42% (2010) y realización de ayudas diagnósticas de 31% (2009) a un 46% (2010).



Gráfica 2. Evaluación de procesos de calidad en Eapb, Medellín, 2009 y 2010

Fuente 14 Eapb de la ciudad de Medellín.



Gráfica 3. Evaluación de procesos de calidad en IPS, Medellín, 2009 y 2010.

Fuente 108 IPS de atención primaria de la ciudad de Medellín.

En las dos gráficas anteriores observamos una tendencia a la mejoría al comparar la evaluación del 2009 con el 2010 en todos los estándares de calidad de la atención evaluados. Específicamente en los estándares transversales (caracterización de la población; inducción a la demanda en la población adulta; búsqueda de inasistentes; estrategias de información, educación y comunicación dirigidas a los usuarios: implementación de la norma de atención del adulto mayor, entre otros) al revisarlos de acuerdo al ciclo de calidad Phva, se pasó de planear o realizar las actividades en el 2009 a su planeación y ejecución en el 2010, pero no se evidenció una evaluación de la efectividad de las mismas y mucho menos ajustes a los procesos realizados.

Discusión

En la ciudad de Medellín el 56% de las instituciones prestadoras de salud de nivel primario de atención no realizan el programa de detección de alteraciones del adulto sano mayor de 45 años, lo cual disminuyó la muestra de historias clínicas que se planeaba analizar. Este dato muestra una brecha desde la normatividad legal vigente y la implementación de la misma en las instituciones, además las instituciones que afirman realizar el programa, básicamente realizan una atención orientada a la morbilidad del paciente, sin tener en cuenta otros factores que harían la diferencia de una atención médica por consulta externa y una evaluación integral del adulto sano con énfasis en la prevención y manejo de los factores de riesgo del estilo de vida.

Al evaluar sobrepeso u obesidad, se observa otra tendencia, común a los otros factores de riesgo modificables, poco nivel de intervención y no registro de datos en la historia clínica para clasificar el estado nutricional del paciente. La obesidad es un factor de riesgo independiente para enfermedad cardiovascular y se asocia al aumento de la presión arterial, lipoproteínas de baja densidad (LDL), colesterol sérico, glicemia, triglicéridos y la reducción de las lipoproteínas de alta densidad (HDL) y un aumento del ries-

go de desarrollar cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebrovascular y arritmias cardíacas(5). Investigaciones han documentado que los hábitos alimentarios saludables se asocian a una reducción del riesgo cardiovascular(6).

La OMS estima “que más del 60% de la población adulta de todo el mundo no realiza suficiente actividad física como para que su salud pueda beneficiarse. Su práctica disminuye significativamente con la edad a partir de la adolescencia. Tanto la actividad física como la educación física están disminuyendo en las escuelas. El sedentarismo suele ser más frecuente entre las niñas y las mujeres. La tendencia general a la inactividad es mayor en las áreas urbanas económicamente desfavorecidas” (7). Además se estima que, en conjunto, el sedentarismo provoca 1,9 millones de muertes y entre el 15% y el 20% de los casos de cardiopatía isquémica, DM y algunos cánceres (8). Los datos obtenidos muestran que no se está registrando la actividad física ni el tipo de alimentación en la mayoría de pacientes, una situación muy preocupante que se podría relacionar con la poca importancia que se le presta a la intervención de estos factores de riesgo. Según el estudio “Diagnóstico del riesgo cardiovascular global, Medellín y sus corregimientos 2007 - 2008”, la prevalencia de sedentarismo en la población estudiada fue de 54,4% (9) dato que concuerda con el encontrado en el mundo.

En investigaciones realizadas, cerca de la mitad de los pacientes fumadores nunca han recibido consejería para la cesación del tabaquismo por su médico (10), lo cual confirma los datos registrados en esta evaluación. El tabaquismo constituye la primera causa de mortalidad prevenible por enfermedad en el mundo, con una mortalidad atribuible de 4.8 millones de personas anuales en el mundo (8), produce gastos directos e indirectos de grandes proporciones, que asumen los estados, los sistemas de salud y los propios pacientes, sin contar con la incapacidad, el dolor y los daños físicos y psicológicos a los pacientes y sus familias. El consumo de ci-

garrillo es un factor de riesgo para tumores malignos (cavidad oral, faringe, laringe, pulmón, estomago, hígado, páncreas, leucemia y cérvix), enfermedad cardiovascular, impotencia sexual, Epoc, osteoporosis, entre otros, además de efectos estéticos y funcionales como manchas en los dientes, envejecimiento prematuro, mal aliento, aumento de la presión arterial, aumento de la glicemia y disminución del rendimiento deportivo, riesgos que todos los fumadores y no fumadores deben conocer. El Departamento de Salud de los Estados Unidos (US Public Health Service) dice que el abandono y la evitación del cigarrillo pueden salvar más vidas que cualquier otra actividad de salud pública. Por esto la Guía Clínica de Servicios Preventivos de Estados Unidos recomienda como evidencia tipo A que en cada consulta se realice a todos los pacientes consejería para la prevención y cesación del tabaquismo. El consejo verbal corto puede lograr la cesación del tabaquismo en un 3-6% de los pacientes (11). El promedio de fumadores activos en esta muestra (15%) está por debajo del promedio para la ciudad 24.8%(9) hecho que podría deberse a un posible subregistro en las HC evaluadas. La mortalidad atribuible al tabaquismo en Colombia fue de 17.473 defunciones durante el año 2.000 (12), este dato alarmante nos obligaría a redefinir muchos de los lineamientos de la salud y en otros ámbitos políticos para mejorar el control del tabaquismo en nuestra población. El costo calculado al año 2001 por el Instituto Nacional de Cancerología de años de vida saludables perdidos en Colombia por patología asociadas al tabaquismo fue de 1,2 billones de pesos, cuatro veces mayor que los ingresos dados por la suma del total de los jornales de trabajo en la producción del tabaco, el pago a los empleados de la industria tabacalera y el recaudo nacional de impuestos al tabaco (13).

En el estudio se observó un bajo nivel de intervención a los pacientes consumidores de alcohol o drogas ilícitas, además de un subregistro del mismo (no se interroga al paciente sobre este tipo de conductas). Los problemas relacionados con el consumo de alcohol producen una

mortalidad atribuible de 1,7 millones de defunciones al año y estima que el alcohol es un factor de riesgo para neoplasias malignas (esófago e hígado), cirrosis hepática, homicidio, epilepsia, accidentes de tráfico y traumatismos intencionales de otra índole (1). Esto nos debe llevar a replantear la aceptación social del consumo de licor y el papel que debemos jugar desde el sector salud para la prevención de los riesgos sociales y biológicos inherentes a su consumo, el personal de la salud debe jugar un papel central en la detección, diagnóstico y manejo de los problemas producidos por las sustancias lícitas o ilícitas con capacidad de producir dependencia. Según el estudio nacional del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia del 2008, realizado en población de 12 a 65 años, el alcohol ocupa el primer lugar en consumo con un 35% en el último mes y el consumo problemático clasificado según el test Audit llega a un 12,2%, aproximadamente 2.4 millones de Colombianos, siendo más frecuente en hombres 1,8 millones contra 0,6 millones de mujeres y afectando más a la población de estratos económicos bajos. Según el mismo estudio, el consumo de drogas ilícitas en el último mes fue del 2.4%(14). Según revisión realizada por la base de datos Cochrane en el 2007, el consejo verbal corto por personal de atención primaria puede lograr una reducción significativa en el consumo de licor especialmente en los hombres pero no se pudo concluir este beneficio en las mujeres (15).

La prevalencia en la ciudad de Medellín de maltrato físico sin lesiones físicas en la población de 12 a 60 años es del 14,1% y con lesión el 3,3% (16), lo cual muestra falta de detección de estos casos en la consulta médica, en lo cual pueden influir múltiples factores del médico y el paciente, entre ellos: falta de conocimiento en su manejo, temor de denunciar, no considerar el maltrato como pertinente a la atención médica, entre otros.

Un dato preocupante es el bajo nivel de realización de mamografías en mujeres mayores de 50 años, según la normatividad vigente esta se

debe ordenar en este grupo poblacional cada dos años (resolución 412 de 2000). El cáncer de seno constituye la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres del mundo y el indicador para Colombia de mortalidad por cáncer de seno por 100.000 mujeres presentó un aumento del 2000 al 2007, pasando de 7,56 a 9,61 por 100.000 mujeres (17). Estudios han demostrado que la tamización regular con uso de mamografía puede disminuir la mortalidad por cáncer de mama en un 25 a 30% (18). Para la American Cancer Society el tamizaje mamográfico debe iniciarse a los 40, con periodicidad anual (19).

El estudio muestra un bajo nivel de tamizaje de cáncer de próstata en los hombres mayores de 45 años, por medio del tacto rectal y el antígeno específico de próstata. Es necesario romper barreras culturales y crear conciencia en el personal de salud y los pacientes, de la importancia de la detección temprana de la patología neoplásica de la próstata, teniendo en cuenta que en el año 2009 en Medellín se presentaron 151 muertes por esta causa (21).

La hipertensión arterial constituyó la novena causa de muerte en Colombia en el 2006 y en Medellín su prevalencia en mayores de 30 años en el 2007-2008 fue del 20.4% (9). Los datos obtenidos nos muestran que no se está repitiendo la toma de la presión arterial y en algunos pacientes no se está ordenando la realización de la toma seriada de presión arterial, como estrategia diagnóstica y de intervención de este factor de riesgo cardiovascular.

En Medellín la prevalencia de alteraciones en el perfil lipídico en mayores de 30 años en el 2007-2008 fue: HDL bajo 87%, colesterol total elevado 28.3% y triglicéridos elevados 15.9% (9). Las historias evaluadas mostraron que no se está garantizando el tamizaje de lípidos en este grupo poblacional.

El diagnóstico oportuno de la hipertensión arterial y las dislipidemias constituyen puntos cardinales para garantizar el manejo adecuado del riesgo vascular en este grupo poblacional.

Conclusiones y recomendaciones

En las IPS evaluadas no se está garantizando la atención integral del adulto sano mayor de 45 años, además la mitad de IPS de la ciudad de Medellín no realizan este programa.

A partir de los datos obtenidos se pueden considerar algunas recomendaciones:

1. Que es fundamental continuar con el proceso de intervención generado por la SSM en el 2009, pues este proceso está proporcionando información valiosa que permitirá cambios importantes en todos los actores del sistema de salud y cambiar el esquema actual de atención de la enfermedad por promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
2. Es necesario revisar los currículos de formación del personal de salud, así como la capacitación continua que está recibiendo el personal en ejercicio, para lograr una mayor conciencia del manejo integral del adulto mayor de 45 años.
3. Fomentar la implementación de la norma de atención del adulto mayor de 45 años en todas las IPS de la ciudad, con la supervisión y auditoría por parte de las Eapb contratantes.
4. Mejorar la calidad de los registros en la HC, tanto en los hallazgos del paciente como en la información que se le brinda, dada la insuficiente evidencia de su realización.
5. Garantizar en las IPS la realización de los tamizajes de laboratorio de acuerdo a los grupos de edad en el adulto mayor, dando cumplimiento a las guías y normas de atención del adulto mayor de la resolución 412 del 2000.
6. Recomendar a las IPS de la ciudad la implementación de formatos de historia clínica específicos para la atención de adulto mayor de 45 años que incluyan aspectos como: antecedentes, factores de riesgo del estilo de vida, investigación de enfermedades prevalentes en el adulto, examen físico y ayudas diagnósticas.

7. Generar en las IPS de la ciudad estrategias para garantizar la detección oportuna de todos los casos de maltrato o violencia intrafamiliar.
8. Realizar un programa de educación continua para los médicos de todas las IPS privadas y públicas de la ciudad, en detección e intervención de factores de riesgo cardiovascular.
9. Estudiar la posibilidad de implementar un programa para la cesación del tabaquismo por médicos de atención primaria en las IPS de la ciudad de Medellín.

Referencias

1. Informe sobre la salud en el mundo 2004, WHO, [Internet] [Acceso 10 Mayo 2010]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/18/es/index.html>.
2. Primeras causas de mortalidad en Colombia año 2006. Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE). [Internet] [Acceso 12 Mayo 2010]. Disponible en: http://www.asivamosensalud.org/index.php?option=com_content&view=article&id=120:10%20primeras%20causas%20de%20muerte%201980%20E2%80%93%201985%20E2%80%93%201990%20E2%80%93%202000%20E2%80%93%202005&catid=73:Temas%20de%20An%C3%A1lisis%20&Itemid=83
3. Indicadores básicos 2008, Secretaría de Salud de Medellín [Internet] [Acceso 20 Mayo 2010] Disponible en: www.medellin.gov.co/irj/portal/ciudadanos?NavigationTarget=navurl://b3a28a39ee5a9d13a7d445dd9d93d1c4.
4. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2008. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008. [Internet] [Acceso 14 Mayo 2010]. Disponible en http://www.who.int/entity/whosis/whostat/PDF_ES_WHS08_TOCIntro.pdf
5. Freedman DS, Khan LK, Serdula MK, Galuska DA, Dietz WH. Trends and correlates of class 3 obesity in the United States from 1990 through 2000. *JAMA*. 2002; 288: 1758 -1761.
6. Van Dam RM, Rimm EB, Willett WC, Stampfer MJ, Hu FB. Dietary patterns and risk for type 2 diabetes mellitus in U.S. men. *Ann Intern Med*. 2002; 136: 201-209.
7. Informe de la salud en el mundo 2002, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002. [Internet] [Acceso 15 Mayo 2010]. Disponible en: <http://www.who.int/entity/whr/2002/es>.
8. Ezzatim.Lopez. estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet* 2003; 362:847-52.
9. Yolanda Torres y colaboradores, diagnóstico del riesgo cardiovascular global evaluación de su impacto poblacional, Medellín y sus corregimientos 2007-2008. [Internet] [Acceso 15 Mayo 2010] Disponible en: www.medellin.gov.co/.../Diagnostico%20Riesgo%20Cardiovascular.pdf
10. Carrión Valero F. El tabaquismo, la principal enfermedad de los países desarrollados. *Prevención del Tabaquismo*. 2001; 3(1):31-34.
11. Fiore MC, et al. Clinical Practice Guideline: Treating tobacco Use and Dependence. US Department of Health and Human Services. Public Health Service; June 2000.
12. Collaborating Group. Differences in worldwide tobacco use by gender: findings from GYTS, *Journal of School Health* 2003: vol 73; pag 207-214.
13. Perez, Weisner. Años de vida saludable perdidos por muerte prematura e incapacidad asociadas al consumo de cigarrillo en Colombia. *Rev. Colomb. Cancerol*, dic. 2004; vol 8; pag 22-27.
14. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2008 [In-

- ternet] [Acceso 19 Enero 2011]. Disponible en: www.descentralizadrogas.gov.co.
15. Kaner EF.S., Dickinson HO, Beyer FR, Campbell F, Schlesinger C, Heather N, Saunders JB, Burnand B, Pienaar ED. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art. No.: CD004148. DOI: 10.1002/14651858.CD004148.pub3
 16. Duque LF, Montoya NE. La violencia doméstica en Medellín y demás municipios del Valle de Aburrá, 2003-2004. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2008; 26(1): 27-39.
 17. DANE, Mortalidad por cáncer de seno por 100.000 mujeres, Colombia 2010. [Internet] [Acceso 25 Mayo 2010]. Disponible en: http://www.asivamosensalud.org/index.php?option=com_content&view=article&id=99:Mortalidad%20por%20c%C3%A1ncer%20de%20seno&catid=55:Indicadores&Itemid=74.
 18. Jones AL. Reduction in mortality from breast cancer. *BMJ* 330: 205-6, 2005.
 19. American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer 2005. *Ca Cancer J Clin* 55: 31-44, 2005.
 20. Global Strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2006. [Internet] [Acceso 30 Mayo 2010]. Disponible en: [www.Gold.org](http://www.gold.org).
 21. Almanza, Rita, epidemióloga Secretaria de Salud de Medellín. En foro: Situación del cáncer de mama, cérvix y próstata en la ciudad de Medellín, 19 de Abril de 2010, Medellín, Colombia