

CARTAS AL EDITOR

La depresión dentro de la atención primaria, ¿dónde estamos en este tema?

Señor editor: En los últimos años ha aumentado la conciencia sobre la importancia de la salud mental, lo que la convierte en prioridad para nuestros servicios de salud.¹ Con cerca de 350 millones de afectados, la depresión es la décima causa de discapacidad global a nivel mundial (%DALY: 2.7) y la segunda en América (%DALY: 4.1).² Además, tiene una fuerte asociación con la evolución de enfermedades crónicas³ como diabetes⁴ e hipertensión,⁵ y con enfermedades infecciosas crónicas como VIH⁶ y tuberculosis.⁷ Esto hace necesario incluir el manejo de la depresión dentro del plan de control de estos padecimientos.

Si se considera que la atención primaria es el primer contacto que tiene la población con el sistema de salud,⁸ es necesario contar con estudios que investiguen su capacidad para responder satisfactoriamente a este problema. Actualmente, la integración de la salud mental se perfila como una de las mejores estrategias para combatir las enfermedades crónicas, según la Organización Mundial de la Salud.⁹ Sin embargo, no hay mucha evidencia sobre prevención y manejo de depresión en atención primaria. La mayoría de los estudios de salud mental se ubica en el ambiente

hospitalario y en el nivel III de complejidad¹⁰ o, en todo caso, remarcen su importancia sin profundizar en el tema. Un estudio bibliométrico de los años 2006 a 2011 en Perú reveló que existe poca cantidad de publicaciones científicas relacionadas con trastornos mentales a pesar del aumento de la importancia de estas patologías.¹¹

Se sabe que actualmente la atención primaria se ocupa de alrededor de 70 a 80% de los problemas de salud en el país.¹² Sin embargo, no se tiene conocimiento sobre la demanda por depresión en estos servicios ni tampoco sobre la capacidad de respuesta por parte de los profesionales. Por este motivo, los estudios no sólo deben ser clínicos o epidemiológicos, sino que también deben tomar en cuenta los sistemas de salud, ya que la integración de programas de salud mental a programas ya existentes puede presentar barreras de acceso para los pacientes debido al poco apoyo que suele tener la atención primaria.

Entre otros factores, el estigma que existe por parte de la sociedad hacia los problemas de salud mental¹³ favorece la invisibilidad del tema y la falta de acción. Se necesita un nuevo enfoque basado en estudios que permita una integración total de las enfermedades mentales por parte del sistema de salud, que inicie por la atención primaria y en el entendido de que la prevención y manejo de la

depresión deben ser evaluados de forma transversal en el sistema, pues influye en el éxito del manejo de otras enfermedades. Por estos motivos consideramos que debe haber un mayor apoyo de las autoridades de salud para la implementación de políticas de investigación en el tema de salud mental y depresión en atención primaria.

Rodrigo Arroyo-Garate, *Int en Med Hum*,⁽¹⁾

Andrés Catter, *Int en Med Hum*,⁽¹⁾

andres_catter@hotmail.com

Giancarlo Gismondi-Altamirano, *Int en Med Hum*.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Escuela de Medicina, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Lima, Perú.

Referencias

1. World Health Organization [sitio de Internet]. Ginebra:WHO; c2015 [consultado el 20 de febrero de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/
2. Ferrari A, Charlson F, Norman R, Patten S, Freedman G, Murray C, et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *J PLoS Med* [serie en internet] 2013;10(11): e1001547 [consultado el 15 de septiembre de 2014]. Disponible en: <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001547>
3. Voinov B, Richie WD, Bailey RK. Depression and chronic diseases: it is time for a synergistic mental health and primary care approach. *Prim Care Companion CNS Disord* [serie en internet] 2013;15(2): PCC.12r01468 [consultado el 15 de septiembre de 2014]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3733529/>

4. Benites A, Gonzales L, Bueno E, Agüero F, Alsina S, Melgarejo M, et al. Asociación entre depresión y diabetes mellitus. *An Fac Cienc Med [serie en internet]* 2008;41(3):27-33 [consultado el 15 de septiembre de 2014]. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S1816-89492008000200005&script=sci_arttext
5. Garrido J, Chacon J, Sandoval D, Muñoz R, Lopez N, Oyarzun E, et al. Control del hipertenso, un desafío no resuelto. Avances logrados en Chile mediante el Programa de Salud Cardiovascular. *Rev Chil Cardiol [serie en internet]* 2013;32(2):85-96 [consultado el 15 de septiembre de 2014]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602013000200001
6. Grenard JL, Munjas BA, Adams JL, Suttorp M, Maglione M, McGlynn E, et al. Depression and medication adherence in the treatment of chronic diseases in the United States: a meta-analysis. *J Gen Intern Med [serie en internet]* 2011;26(10):1175-1182 [consultado el 15 de septiembre de 2014]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181287/>
7. Ugarte-Gil C, Ruiz P, Zamudio C, Canaza L, Otero L, Kruger H, et al. Association of major depressive episode with negative outcomes of tuberculosis treatment. *PLoS ONE [serie en internet]* 2013;8(7):e69514 [consultado el 15 de septiembre de 2014]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0069514>
8. Navarro-Cueva R. Forma de la atención en salud mental y psiquiatría: proyecto piloto de huaycan. *Rev de psiq y sal ment Hermilio Valdizan [serie en internet]* 2011;12(2):05-25 [consultado el 15 de septiembre de 2014]. Disponible en: http://www.hhv.gob.pe/revista/2011/11/2011_2_01.pdf
9. Diez-Canseco F, Ipince A, Benate-Gálvez Y, Galán-Rodas E, Medina-Verástegui JC, Sánchez-Moreno D, et al. Integration of mental health and chronic non-communicable diseases in Peru: Challenges and opportunities for primary care settings. *Rev Peru Med Exp Salud Publica [serie en internet]* 2014;31(1):131-136 [consultado el 15 de septiembre de 2014]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000100019&lng=en
10. Taype-Rondan Á, Lajo-Aurazo Y, Huamani C. Producción científica peruana sobre trastornos mentales en Scielo-Perú, 2006-2011. *Rev MedHered [serie en internet]* 2012;23(3):166-171 [consultado el 15 de septiembre de 2014]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X201200300005&lng=es&nrm=iso
11. De la Grecca R, Zapata M, Vega-DJ, Mazzotti G. Patrones de tratamiento de pacientes con depresión en la consulta ambulatoria de medicina general. *RevNeuro-Psiquiat [serie en internet]* 2005;68(3-4):182-190 [consultado el 15 de septiembre de 2014]. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/view/1591>

12. Ministerio de salud. Norma Técnica: Categorías de establecimientos de sector salud. [Monografía en internet]. Perú: MINSA, 2004 [consultado el 15 de septiembre de 2014]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgiem/infraestructura/WEB_DI/NORMAS/NT-0021-DOCUMENTO%20OFICIAL%20CATEGORIZACION.pdf
13. Economou M, Peppou LE, Louki E, Stefanis CN. Medical students' beliefs and attitudes towards schizophrenia before and after undergraduate psychiatric training in Greece. *Psychiatry ClinNeurosci. [serie en internet]*;66(1):17-25 [consultado el 15 de septiembre de 2014]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22250606>

La publicidad televisiva de alimentos: un riesgo latente para los niños de Latinoamérica

Señor editor: La American Psychological Association advierte que los niños menores de ocho años carecen de las destrezas cognitivas necesarias para comprender la intención persuasiva de los avisos televisivos,¹ por lo que conforman una población susceptible a la publicidad de alimentos, que busca aumentar el consumo de ciertos productos (generalmente de alto contenido en azúcar, sodio y grasa saturada) en los niños. Esto induce al aumento de enfermedades propias de esta dieta como sobrepeso, diabetes, hipertensión, asma, eccemas, caries, retraso en el desarrollo integral y descenso del rendimiento escolar.²

Estudios revelan que en Malasia se publicitan cuatro veces más los alimentos no saludables que los saludables, proporción que se duplica durante las vacaciones escolares.³ En Reino Unido, los anuncios sobre frutas, verduras y jugos no azucarados representan sólo 1.4 % de todos los anuncios de alimentos.⁴

En Latinoamérica, publicaciones preocupantes realizadas en México,⁵ Brasil⁶ y Colombia⁷ demostraron una elevada cantidad de publicidad de alimentos durante programas de televisión para niños (franja infan-

til), los cuales fueron más altos en energía, azúcar, sodio, grasa total y grasa saturada en comparación con los anunciados en programas para audiencia general.

En Perú, la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil es de 33 y 14%, respectivamente,⁸ y ver televisión es la actividad recreativa más frecuente en niños y adolescentes, la cual llega a comprender siete horas diarias. Por ello, es lógico suponer que la publicidad televisiva tiene una influencia importante en los desórdenes nutricionales infantiles.^{9,10} Un estudio realizado por el Consejo Consultivo de Radio y Televisión del Perú en canales nacionales peruanos halló que cada día se transmitían 335 *spots* publicitarios de alimentos no saludables, 66% de los cuales ocurría durante la programación para niños. Se destinaron 22.7 millones de dólares por mes en *spots* de alimentos considerados poco saludables y no saludables. Además, 24% de estos *spots* afirma que el producto que anuncia es bueno para la salud, lo que es contrario a la realidad.¹¹

Ante esta problemática resulta necesario que se realicen más investigaciones en aras de determinar el impacto de la publicidad televisiva en los problemas de nutrición infantil que atraviesa Latinoamérica y las estrategias de regulación más adecuadas según la coyuntura particular de cada país.

Además, los gobiernos latinoamericanos deben asumir prontamente un rol regulador de la publicidad televisiva mediante el desarrollo de políticas que pueden ser clasificadas en tres tipos: políticas que regulan el contenido de la publicidad (como se hace en Finlandia, donde se prohíbe el uso de dibujos animados en la publicidad, o en Reino Unido, donde se prohíbe su uso específicamente en avisos de comida rápida); políticas que regulan la aparición de publicidad de alimentos no esenciales en horas pico de audiencia infantil (como

se hace en Italia, Bélgica y Noruega) y políticas que prohíben toda publicidad dirigida a niños (como se hace en Suecia, donde toda publicidad a menores de doce años está prohibida, o en Quebec, donde se prohíbe la publicidad para programaciones cuya audiencia menor de trece años supere el 15%).¹²

Algunos países latinoamericanos ya están implementando regulaciones al respecto. En México, en el año 2014 se modificó el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad sobre el contenido de la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas, con lo que se restringe la publicidad televisiva de los alimentos que no se ajusten a ciertos criterios nutricionales, a horarios y programas específicos, con el fin de disminuir su audiencia infantil.^{13,14} Estas iniciativas son loables y deberán multiplicarse en los demás países de Latinoamérica en favor de la salud de los niños.

Elmer Luján-Carpio, Est de Med Hum,⁽¹⁾
elmerlujanecarpio@hotmail.com

Jaime Ponce-Chafloque, Est de Med Hum,⁽¹⁾

Brayan Gálvez-Marticorena, Est de Med Hum,⁽¹⁾

Álvaro Taype-Rondán, MC.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Universidad de San Martín de Porres, Perú.

Referencias

1. Wilcox BL, Kunkel D, Cantor J, Dowrick P, Linn S, Palmer E. Report of the APA task force on advertising and children. *Wash DC Am Psychol Assoc* 2004; 22:55.
2. Khoadhiar L, McCowen KC, Blackburn GL. Obesity and its comorbid conditions. *Clin Cornerstone* 1999;2(3):17-31.
3. Ng SH, Kelly B, Se CH, Chinna K, Sameeha MJ, Krishnasamy S, et al. Obesogenic television food advertising to children in Malaysia: sociocultural variations. *Glob Health Action* 2014;7:251-269.
4. Boyland EJ, Harrold JA, Kirkham TC, Halford JCG. The extent of food advertising to children on UK television in 2008. *Int J Pediatr Obes* [JPO Off J Int Assoc Study Obes] 2011;6(5-6):455-461.
5. Pérez-Salgado D, Rivera-Márquez JA, Ortiz-Hernández L. Publicidad de alimentos en la programación de la televisión mexicana: ¿los

niños están más expuestos? *Salud Publica Mex* 2010;52(2):119-126.

6. Costa SMM, Horta PM, Santos LC dos.

Analysis of television food advertising on children's programming on «free-to-air» broadcast stations in Brazil. *Rev Bras Epidemiol* 2013;16(4):976-983.

7. Díaz DMM, Garcés ICC, Zapata LG, López PAG.

Contenido nutricional de alimentos y bebidas publicitados en la franja infantil de la televisión colombiana. *Nutr Hosp* 2014;29(n04):858-864.

8. Álvarez-Dongo D, Sánchez-Abanto J, Gómez-Guizado G, Tarqui-Mamani C. Sobre peso y obesidad: prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana (2009-2010). *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2012;29(3):303-313.

9. Chiu-Werner A. La obesidad infantil y la publicidad de alimentos no saludables en el Perú [internet]. *Concertv | Consejo Consultivo de Radio y Televisión - Perú* [consultado el 12 de diciembre de 2014]. Disponible en: <http://www.concertv.gob.pe/index.php/listado-de-articulos/866-la-obesidad-infantil-y-la-publicidad-de-alimentos-no-saludables-en-el-peru.html>

10. Rojas-Huayllani EC, Delgado-Pérez DH. Influencia de la publicidad televisiva peruana en el consumo de alimentos no saludables en escolares de 4º a 6º primaria. *An Fac Med* 2013;74(1):21-26.

11. Área de Comunicaciones e Imagen del Consejo Consultivo de Radio y Televisión (CONCORTV). Estudio de la publicidad de alimentos no saludables en la televisión peruana [internet]. *Concertv, Consejo Consultivo de Radio y Televisión - Perú* [consultado el 12 de diciembre de 2014]. Disponible en: <http://www.concertv.gob.pe/index.php/investigaciones/encuestas/857-2012-estudio-de-la-publicidad-de-alimentos-no-saludables-en-la-televisión-peruana.html>

12. Hunter NE. Revisiting the regulation debate: The effect of food marketing on childhood obesity. *Pierce Law Rev* 2008;7:205.

13. Poder Ejecutivo Federal. DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Publicidad. [internet] [consultado el 14 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5332691&fecha=14%2F02%2F2014

14. Poder Ejecutivo Federal. LINEAMIENTOS por los que se dan a conocer los criterios nutrimentales y de publicidad que deberán observar los anunciantes de alimentos y bebidas no alcohólicas para publicitar sus productos en televisión abierta y restringida, así como en salas de exhibición cinematográfica, conforme a lo dispuesto en los artículos 22 Bis, 79, fracción X y 86, fracción VI, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad. [internet] [consultado el 15 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5340694&fecha=15%2F04%2F2014.

Calidad de vida laboral en trabajadoras con dolor crónico osteomuscular

Señor editor: Ponemos a su consideración los resultados parciales de un estudio que estamos desarrollando con trabajadoras estatales de Guadalajara con el objetivo de determinar la relación de la calidad de vida laboral con la *catastrofización* y la aceptación del dolor crónico osteomuscular (DCO).

Según cifras del Instituto Mexicano del Seguro Social, la prevalencia de dolor crónico en la población de mujeres de 15 a 86 años alcanza 41.5% de la consulta en la atención médica familiar.¹ Por sus características, el DCO provoca limitación del movimiento, dificultad para la realización de actividades cotidianas y laborales y la aparición de afecciones en la salud psicológica, especialmente depresión y ansiedad.

Se utilizó un muestreo no probabilístico por cuotas con las trabajadoras activas con DCO superior a seis meses que acudieron por consulta externa a los servicios de ortopedia y neurocirugía en su institución de salud en julio de 2014. Se obtuvo una muestra de 88 mujeres con promedio de 50.9 (+/- 8.8) años de edad. Se aplicó el instrumento para medir la Calidad de Vida Laboral CVT-GOHISALO,² el Cuestionario de Aceptación del Dolor-CPAQ³ y la Escala de Catastrofización-PCS.⁴

Los resultados muestran que 39.8% de las mujeres realizó estudios superiores; 50% reportó estar casada; 64.7% manifestó tener entre uno y tres hijos; 86.4% indicó que trabaja y realiza sus actividades domésticas; 34.1% es docente; 26.1% enfermera y 52.3% comparte la responsabilidad económica de sus hogares. Los dolores más prevalentes fueron artrosis de rodilla (17%), hernia lumbar (12.5%) y hernia cervical y lumbar concomi-

tante (12.5%), con promedio de 5.8 (+/- 5.6) años de duración del dolor.

La calidad de vida laboral presentó niveles bajos de satisfacción en todas sus dimensiones, donde se destaca la insatisfacción en el *Bienestar logrado a través del trabajo* (98.9%). Se encontraron niveles altos de *Catastrofización* (93.2%), entendida como una visión muy negativa sobre el dolor, expresada en pensamiento recurrente sobre la incapacidad de controlarlo y bajos niveles de aceptación del dolor crónico (63.6%). Para la correlación se utilizó *r* de Pearson.

Se encontró relación significativa inversa entre la *Catastrofización* del dolor y las dimensiones *Soporte institucional* (p 0.025), definido como los elementos del puesto de trabajo que son aportados por la institución como la supervisión laboral, el apoyo de los superiores, la evaluación del trabajo, las oportunidades de promoción y la autonomía; *Integración al puesto de trabajo* (p 0.003), determinado por el sentido de pertenencia, la motivación y el ambiente laboral, y *Bienestar logrado a través del trabajo* (p 0.007), entendido como los beneficios logrados a través del trabajo en la nutrición, salud y vivienda.

Se encontró relación significativa directa entre la aceptación del dolor y las dimensiones *Soporte institucional* (p 0.025); *Integración al puesto de trabajo* (p 0.007); *Satisfacción por el trabajo* (p 0.048), entendida como la sensación global de agrado respecto al empleo; y *Desarrollo personal del trabajador* (p 0.001), determinado por los logros, expectativas y seguridad personal en el trabajo.

Se observa que las trabajadoras estatales no tienen una percepción positiva de sus condiciones de trabajo. Los resultados son consistentes con la hipótesis de que una alta satisfacción en la calidad de vida laboral permite mayor aceptación y menor catastrofización del DCO, lo cual afecta el desarrollo cotidiano de las tareas tanto domésticas como laborales y reduce

la capacidad de trabajo.⁵ El estrés laboral derivado de mala supervisión, acoso, maltrato y mala convivencia está relacionado con la prevalencia y exacerbación del dolor.⁶

Cecilia Andrea Ordóñez-Hernández,
Fisiot, M en S Ocup,⁽¹⁾
andrea-ordonez@hotmail.com
Mónica Isabel Contreras-Estrada,
T Social, D en CSP,⁽¹⁾
Raquel González-Baltazar, MC Part,
D en C de S del Trabajo.⁽¹⁾

(1) Universidad de Guadalajara. Guadalajara, México

Referencias

1. Barragán A, Mejía S, Gutiérrez M. Dolor en adultos mayores de 50 años: prevalencia y factores asociados. *Salud Publica Mex* 2007;49(4):488-494.
2. González R, Hidalgo G, Salazar J, Preciado M. Elaboración y validación del instrumento para medir calidad de vida en el trabajo "CVT -GO-HISALO". *C&T* 2010;12(36):332-340.
3. Rodero B, García-Campayo J, Casanueva B, López-Del-Hoyo Y, Serrano-Blanco A, Luciano J. Validation of the Spanish version of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) for the assessment of Acceptance in fibromyalgia. *Health Quall Life Out comes* 2010;12(8):37-47.
4. García-Campayo J, Rodero B, Sobradie M, Montero J, Moreno S. Validación de la versión española de la Escala de Catastrofización ante el Dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia. *Medicina Clínica* 2008;131(13):487-492.
5. Bosi de Souza T, Soares de Lima A, Prochnow A, Da Silva M, Petri J, De Souza J. Intensidad del dolor músculo-esquelético y la (in)capacidad para el trabajo en la enfermería. *Revista Latinoamericana de Enfermería* 2012;20(6):1-9.
6. Fuentes R, Lara E. Acoso laboral o mobbing y fibromialgia. *Medicina Social* 2011;6(4):29.

Producción científica de los decanos de las facultades de medicina en Perú

Señor editor: Se ha cuestionado si las instituciones médicas regulatorias apuestan por la investigación científica en Perú,¹ pues a ésta se le subestima en procesos de calificación como el Comité Nacional de Residentado Médico y el Sistema de Certificación y Recertificación del Médico Cirujano y Médicos Especialistas,¹ o debido a

la pobre producción científica de los miembros de la Academia Nacional de Investigadores Médicos.²

El fortalecimiento de la investigación en las facultades de medicina, en un país cuya producción científica está a la saga de otros países de Latinoamérica,^{3,4} es vital. Para llevar a cabo esta misión es necesario que las facultades cuenten con un liderazgo que dirija las políticas destinadas a mejorar su producción científica.

Los decanos son los líderes idóneos, y aunque las labores administrativas limitan sus actividades académicas y no es requisito para serlo, el haber publicado algún artículo científico, según el artículo 37 de la ley universitaria 23733 (vigente al momento de hacer el presente trabajo), deben tener el grado de doctor y 10 años dedicados a la docencia, que incluye, según el artículo 43 de la misma ley, producción intelectual, de tal forma que deberían entender la importancia de la investigación.

Se llevó a cabo una investigación de la producción científica de los decanos de las facultades de medicina inscritas como miembros titulares (21) y asociados (4) en la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM) en agosto del 2014.

Se realizó una búsqueda de publicaciones científicas en revistas indexadas a Scopus, la base de datos para el registro de investigadores del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, utilizándose una combinación de nombres y apellidos. Los casos de homonimia fueron tratados individualmente. Se evaluó el número de artículos publicados como autor ó coautor en distintos periodos respecto del momento de la búsqueda, publicación de artículos originales, número de citas de las publicaciones e índice h hasta diciembre del 2013.

Solo seis de 25 decanos habían publicado un artículo científico alguna vez en su vida. 24 de 26 artículos publicados se hicieron tanto en la Revista

Peruana de Salud Pública y Medicina Experimental como en la Revista de Gastroenterología del Perú. Los principales resultados se muestran en la Tabla 1, siendo similares a los encontrados entre decanos de facultades de medicina de Centro América.⁵

Al tener como requisito el doctorado, sería de esperar que su producción intelectual sea frecuente. Sin embargo, al constatar la existencia de dichos grados en la Dirección General de Registro Nacional de Grados y Títulos de la Asamblea Nacional de Rectores, se encontró información de solo 21 decanos. Seis tenían el grado de Magíster, 12 de Doctor y tres sin grado académico.

No hemos incluido las facultades de medicina no registradas en ASPEFAM. Por otro lado, es probable que algunos decanos se encuentren en trámite de su titulación o que hayan publicado artículos en otras bases de datos.

En conclusión, la producción científica de los decanos de las facultades de medicina es deficiente y es un aspecto a revertir como una de las medidas a mejorar la producción científica en Perú.

Germán Valenzuela-Rodríguez, D en Med,⁽¹⁾
Percy Herrera-Añazco, M en D Edu Sup,^(2,3)
silamud@gmail.com
Adrián V. Hernández, D en Epid Clin,⁽⁴⁾

⁽¹⁾ Medicina Interna, Clínica Delgado, Lima, Perú

⁽²⁾ Nefrología, Hospital Nacional 2 de Mayo, Lima, Perú

⁽³⁾ Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Piura, Piura, Perú

⁽⁴⁾ Escuela de Medicina, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima, Perú

Referencias

1. Rey de castro J. ¿Las instituciones médicas reguladoras del Perú apuestan por el desarrollo de la investigación científica? *Rev Med Hered.* 2012; 23(4): 269-70.
2. Mayta-Tristán P, Pereyra-Elías R, Mejía CR. Producción científica de los miembros vitalicios de la academia nacional de investigadores médicos. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2013; 30(4):720-72.
3. Pereyra-Elías R, Rodríguez-Morales AJ, Mayta-Tristán P. Undergraduate publication in Latin America: role of medical students' scientific societies. *Med Teach.* 2011; 33: 594.
4. Huamani C, Gonzales G, Curioso WH, Pacheco-Romero J. Redes de Colaboración y producción sudamericana en medicina clínica, ISI Current Contents 2000-2009. *Rev Med Chile.* 2012; 140(4):466-75.
5. Urquía- Osoreo H, Henríquez- Márquez K, Vásquez-Bonilla VV, Estrada-Mendoza A, Rodríguez-Morales A. Producción científica de decanos de medicina y salud de universidades centroamericanas. *Salud Publica Mex.* 2014; 56 (3): 243-4.

Consumo de fármacos antiinflamatorios no esteroideos en Pachuca, Hidalgo

Señor editor: La venta de fármacos es una importante fuente de ingresos a nivel mundial, entre los que destacan los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), comercializados en su mayoría por venta libre, lo que genera un problema de salud pública y ambiental.¹ Por esta razón se muestran algunos resultados sobre la venta de cinco AINE (ácido acetilsalicílico, diclofenaco, ibuprofeno, naproxeno y paracetamol) en Pachuca-Mineral de la Reforma, Hidalgo, México, como una aproximación al problema de automedicación.

En la zona referida se registran 257 farmacias,² de las cuales se seleccionó, con base en un análisis estadístico, una muestra representativa de 70 farmacias para garantizar la cuantificación del 95% de la varianza en las ventas. Estos registros fueron comparados con las ventas en dos hospitales públicos y 13 centros de salud. Se utilizaron datos sobre las presentaciones en comprimidos, grageas, pastillas y tabletas, con su respectivo gramaje, presentación y cantidad de cajas comercializadas al día, convirtiendo los datos a kilogramos por año. Las ventas por fármaco y procedencia fueron comparadas con un análisis de Mann-Whitney.

Los cinco fármacos se comercializan principalmente por venta libre y no por prescripción (Mann Whitney $H_{1,84}$: 5.6 a 34.8, $p < 0.05$ en todos los casos). En orden descendente, se comercializan por venta libre naproxeno, paracetamol, ibuprofeno, ácido acetilsalicílico y diclofenaco. En comparación, el orden de ventas por

Tabla 1
FRECUENCIA DE PUBLICACIONES EN REVISTAS CIENTÍFICAS INDEXADAS EN SCOPUS

Características evaluadas	n	%	Mediana	Rango
Algún artículo alguna vez en su vida	6	24		
Algún artículo en los últimos cinco años	4	16		
Algún artículo en el último año	1	4		
Número de artículos publicados	25		2.5	1-12
Número de citas	47		2.5	0-24
Índice h			2	0-2
Número de coautores	91		13.5	1-33

prescripción es paracetamol, naproxeno, ácido acetilsalicílico, diclofenaco e ibuprofeno. Los volúmenes de venta en farmacias oscilan entre 6 y 30 kg al año, mientras que por prescripción se venden desde menos de un kilo hasta 22 kg al año (figura 1).

Los fármacos son microcontaminantes de aguas superficiales, subterráneas y potables.^{1,3} Se ha demostrado que los AINE analizados tienen efectos genotóxicos, tóxicos y crónicos.⁴ En particular, tanto el paracetamol como el naproxeno, los fármacos más vendidos, son hepatóxicos, mientras que el Ibuprofeno, tercer lugar en venta libre, es un genotóxico comprobado,⁴ por lo que no se prescribe en hospitales. Los riesgos clínicos y potenciales por la venta libre de estos fármacos quedan evidenciados en este trabajo.

Armando Rodríguez-Anaya, L en Bio,⁽¹⁾

Pablo Octavio-Aguilar, D en Eco,⁽¹⁾

pablo_aguilar9900@uaeh.edu.mx

Juan Carlos Gaytán-Oyarzún, D en Quím.⁽¹⁾

(1) Laboratorio de Genética, Centro de Investigaciones Biológicas, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México.

Referencias

1. Der Khatchadourian Z, Moreno-Hay I, de Leeuw R. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and antihypertensives: how do they relate? *Oral Medicine* 2014; 117(6): 697-703.
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México: 2013, INEGI [consultado en 18 marzo del 2014]. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mapa/denue/default.aspx>
3. Santos LMLM, Araújo AN, Fachini A, Pena A, Delerue-Matos C, Montenegro MCBSM. Ecotoxicological aspects related to the presence of pharmaceuticals in the aquatic environment. *J Hazard Mater* 2010;175: 45-95.
4. Rodríguez-Anaya A, Gaytán-Oyarzún JC, Prieto-García F, Gordillo-Martínez AJ, Marmolejo-Santillán Y. Model for estimating the environmental risk potential per presence of drugs nonsteroidal antiinflammatory (NSAIDs) consumption high. *Ciencia e Técnica Vitivinícola* 2014;29(11):51-76.

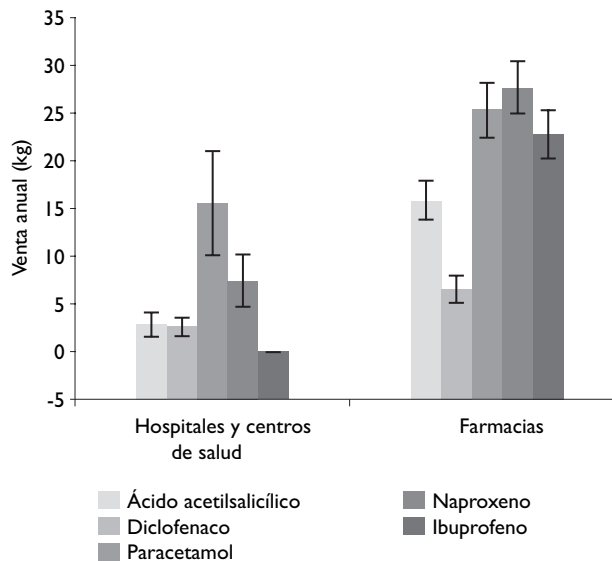


FIGURA 1. COMPARACIÓN EN LA VENTA ANUAL DE CINCO ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS PARA LA ZONA DE PACHUCA-MINERAL DE LA REFORMA

Impacto del consejo breve para dejar de fumar

Señor editor: Nos parece relevante compartir con los lectores de *Salud Pública de México* información acerca del impacto que tiene el consejo breve (CB), actividad que sólo dura de 3 a 5 minutos, en el proceso para dejar de fumar. La información se obtuvo en las campañas de salud respiratoria que realizó el Departamento de Investigación en Tabaquismo y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (INER), entre 2011 y 2013, cuyo objetivo principal fue realizar el diagnóstico oportuno de la EPOC.

Al considerar que el tabaquismo es la principal causa de EPOC, se les brindó CB a todos los fumadores que

acudieron a consulta, independientemente de haber resultado o no con diagnóstico de EPOC. Se les invitó a comenzar el tratamiento integral para dejar de fumar que se ofrece en nuestra clínica.^{1,2}

De acuerdo con diferentes estudios, el incremento de la abstinencia a partir del CB puede ir de 2 a 5%.³⁻⁵ La estrategia para externar nuestra recomendación final es hacer una breve pausa de silencio de 15 segundos, aproximadamente, y decirle al paciente lo siguiente: "Después de haberlo escuchado y cuantificado su consumo; después de haberme enterado de su historia familiar y sus síntomas, la recomendación más importante que le puedo hacer es que deje fumar para siempre, empezando desde hoy."

Un año después, a todos aquellos fumadores que participaron en la campaña se les realizó un seguimiento

telefónico para conocer si el consejo breve había tenido algún tipo de impacto (figura 1). De 669 pacientes, se localizó a 538, de los cuales 45 (6.7%) dejaron de fumar por su cuenta, 51 (7.6%) disminuyeron el consumo, 86 (12.8%) sólo realizaron la entrevista que se hace para ingresar al tratamiento cognitivo-conductual de la clínica para dejar de fumar y 109 personas (16.3%) se inscribieron posteriormente al programa (figura 2).

De quienes dijeron haber dejado de fumar, se corroboró nivel de monóxido de carbono exhalado

(eCO) solamente en 9 (2 ppm en dos personas, 4 ppm en tres personas y 6 ppm en las cuatro restantes).

El hallazgo más importante es que el consejo breve puede conseguir que 6.7% de los fumadores que lo reciben dejen de fumar cuando menos seis meses después y que 16% comience un tratamiento para dejar de fumar.

Es probable que la facilidad para inscribirse al tratamiento en el mismo lugar y al instante en que se da el consejo breve se relacione con su mayor impacto (16%). El porcentaje de personas que dejaron de fumar tras

recibir el CB, en este caso, es similar a lo reportado en diversos estudios.³⁻⁵ Una gran ventaja de esta estrategia es que el resultado se obtiene sin tener que invertir mucho tiempo ni recursos económicos.

En resumen, el CB para dejar de fumar es una estrategia que impacta en la motivación para que las personas dejen de fumar, busquen tratamiento o disminuyan su consumo de cigarros con una sola intervención. Al considerar el bajo costo e inversión de recursos de esta implementación, se sugiere que sea adoptada por los profesionales de la salud en general.

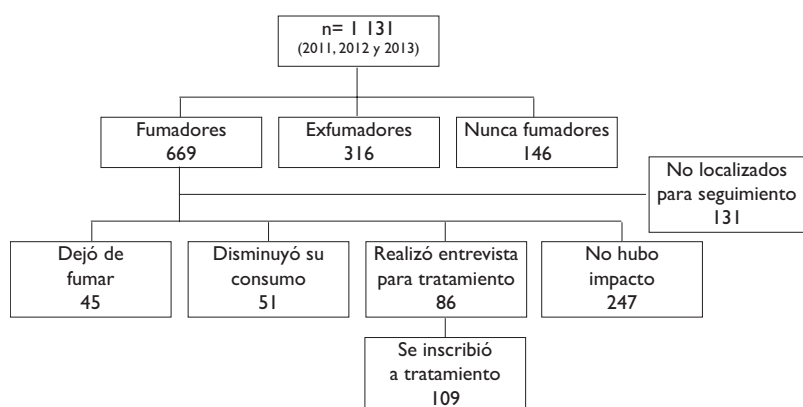


FIGURA 1. DIAGRAMA POBLACIONAL DE LAS CAMPAÑAS DE SALUD RESPIRATORIA DE 2011, 2012 Y 2013 Y SEGUIMIENTO. MÉXICO, INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

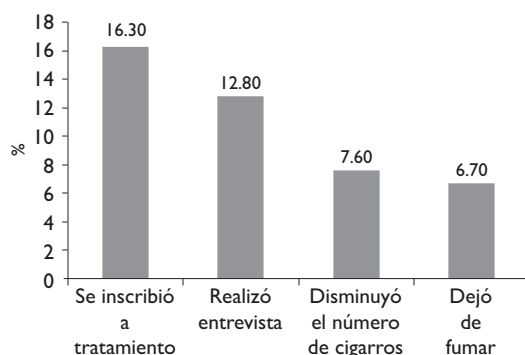


FIGURA 2. IMPACTO DEL CONSEJO BREVE PARA DEJAR DE FUMAR. MÉXICO, INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Leonora García-Gómez, L en Psic,⁽¹⁾
Raúl H Sansores, M en C,⁽¹⁾
raulsansores@yahoo.com.mx
Valeri Noé Díaz, M en Psic,⁽¹⁾
Eryka Urdapilleta-Herrera, D en Psic,⁽²⁾
Gabriel González-Rojas, L en Psic,⁽¹⁾
Lydia Elena Pérez-Márquez, L en TS,⁽¹⁾
Alejandra Ramírez Venegas, M en C.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Departamento de Investigación en Tabaquismo y EPOC, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Ismael Cosío Villegas. México.
⁽²⁾ Dirección Médica, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Ismael Cosío Villegas. México.

Referencias

1. Sansores RH, Espinosa AM. Programa cognitivo conductual de la Clínica para dejar de fumar. México, DF: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 1999.
2. Sansores-Martínez RH, Córdoba-Ponce MP, Espinosa-Martínez M, Herrera-Kiengelher L, Ramírez-Venegas A, Martínez-Rossier LA, Villalba-Calocall J. Evaluación del programa cognitivo-conductual para dejar de fumar del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex* 1998;11(1):29-35.
3. Alba LH, Murillo R, Castillo JS. Intervenciones de consejería para la cesación de la adicción al tabaco: revisión sistemática de la literatura. *Salud Publica Mex* 2013;55:196-206.
4. Alba LH, Murillo R, Becerra N, Páez N, Cañas A, Mosquera C, et al. Recomendaciones para la cesación de la adicción al tabaco en Colombia. *Biomedica* 2013;33:186-204.
5. Dawson G, Noller JM, Skinner JC. Models of smoking cessation brief interventions in oral health. *NSW Public Health Bulletin* 2013;24:131-134.