



ORIGINAL

Estilos de vida de los médicos de atención primaria: percepción e implicaciones sobre la prevención cardiovascular

M. Fonseca^{a,b}, G. Fleitas^a, G. Tamborero^{a,*}, M. Benejam^a y A. Leiva^c

^a Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud del Coll d'en Rebassa, Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, Ib-Salut. Palma de Mallorca, España

^b Departamento de Neurociencias, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea, Leioa, España

^c Gabinete Técnico, Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, Ib-Salut. Palma de Mallorca, España

Recibido el 16 de octubre de 2012; aceptado el 17 de enero de 2013

Disponible en Internet el 11 de abril de 2013

PALABRAS CLAVE

Estilos de vida;
Factores de riesgo;
Prevención;
Atención primaria

Resumen

Objetivos: Analizar los estilos de vida de los médicos de familia, su influencia sobre las actividades de prevención cardiovascular realizadas a sus pacientes y las dificultades para efectuarlas. **Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal, utilizando como instrumento un cuestionario ad hoc, preparado para ser contestado directamente por los encuestados y anónimo aplicado durante el año 2010.

Emplazamiento: Atención primaria de Mallorca.

Participantes: Muestra de 185 médicos representativos de los profesionales de atención primaria de Mallorca.

Resultados: Tasa de respuestas: 78,9% (146/185). Características de los médicos encuestados: la edad media era de 43,6 años, el 24,6% seguía una dieta saludable, el 18,6% era fumador, el 32,7% no consumía alcohol y el 80,8% realizaba ejercicio físico. La actividad preventiva realizada a sus pacientes con más frecuencia fue el consejo antitabaco (52,3%), seguida de las relacionadas con los factores de riesgo cardiovascular (HTA, DM, dislipidemia) (22,7%), el consejo dietético (14,4%), la asesoría sobre ejercicio (5,3%) y sobre el consumo de alcohol (0,8%). Los médicos fumadores y con mayor consumo de alcohol realizaban menos actividades preventivas a sus pacientes ($p < 0,05$). La carencia de tiempo fue el principal factor limitante para realizar de manera adecuada las actividades de prevención.

Conclusiones: Existe vinculación entre los hábitos de vida de los médicos de atención primaria y las actividades preventivas efectuadas a sus pacientes. Los médicos de familia tienen unos estilos de vida relativamente saludables y promueven las actividades preventivas entre sus pacientes. Cabe señalar la escasa indagación sobre el consumo de alcohol.

© 2012 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: gtamborero@terra.es, gtamborero@meditex.es (G. Tamborero).

KEYWORDS

Lifestyles;
Risk factors;
Prevention;
Primary care

Lifestyles of primary care physicians: Perception and implications on cardiovascular prevention

Abstract

Objectives: To analyze the lifestyles of family physicians, their influence on cardiovascular prevention activities carried out on their patients and the difficulties in carrying them out.

Material and methods: Design cross-sectional study, using as an anonymous ad hoc questionnaire, implemented in 2010.

Location: Primary care of Mallorca.

Participants: Representative sample of 185 primary care medical professionals of Mallorca.

Results: There was a response rate of 78.9% (146/185). Characteristics of physicians surveyed: the mean age was 43.6 years, 24.6% following a healthy diet, 18.6% were smokers, 32.7% did not consume alcohol, and 80.8% performed physical exercise. The most frequent prevention activity on their patients was anti-smoking advice (52.3%), followed by those related to cardiovascular risk factors, hypertension, diabetes, dyslipidemia (22.7%), dietary advice (14.4%), advice about exercise (5.3%), and alcohol consumption (0.8%). Doctors who smoked and drank more alcohol offered less preventive activities to their patients ($P < .05$). Lack of time was the main limiting factor to properly perform prevention activities.

Conclusions: There is a relationship between lifestyle habits of primary care physicians and preventive activities carried out with their patients. Family physicians have relatively healthy lifestyles and promote preventive activities among their patients. The limited investigation into alcohol consumption should be noted.

© 2012 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Los estilos de vida constituyen uno de los determinantes que más influyen en el estado de salud de una población, ya que en el origen de muchas enfermedades se encuentran conductas poco saludables, como una dieta inadecuada, el consumo de sustancias tóxicas, el sedentarismo o las prácticas sexuales de riesgo¹.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un ejemplo de problemas de salud con una innegable influencia de los estilos de vida. Diversos estudios demuestran que medidas preventivas tan sencillas como el consejo para el abandono del tabaco, una mejora en los hábitos dietéticos, el control de la presión arterial o la detección precoz y el abordaje de otros factores de riesgo producían reducciones sustanciales en la morbimortalidad cardiovascular^{2,3}. La OMS ha estimado que un 80% de las ECV podrían ser prevenidas si elimináramos los factores de riesgo relacionados con los estilos de vida⁴.

Por otra parte, las ECV suponen la primera causa de muerte en el mundo occidental, se encuentran entre los principales motivos de utilización de servicios sanitarios y de hospitalización, y son uno de los componentes más determinantes del gasto sanitario⁵. En España, según los últimos datos disponibles referidos al año 2010⁶, las ECV constituyen la principal causa de muerte, siendo responsables de 31,2% de los fallecimientos, con un total de 119.063 defunciones. Las enfermedades isquémicas del corazón ocuparon el primer lugar en número de muertes con 35.259, seguidas por las enfermedades cerebrovasculares con 30.137 fallecidos.

Según estos datos, la promoción y educación para la salud y las actividades preventivas en general constituyen unas de las herramientas fundamentales para el control del riesgo cardiovascular³. Por otra parte, la atención primaria (AP) permite una mejor integración de las actividades preventivas, porque proporciona una mayor accesibilidad,

continuidad e integralidad en la atención, que permite al médico de familia estar en una situación óptima para realizar actividades preventivas, incluyendo las dirigidas a las ECV⁷.

Pero la modificación de los estilos de vida en la práctica no es fácil y depende de múltiples y complejos condicionantes personales y socioculturales⁸, sobre los que solo tenemos una información parcial⁹. Sin embargo, existe evidencia empírica de que los hábitos de salud y los estilos de vida de los médicos, junto a sus creencias y nivel de conocimientos, representan un papel esencial a la hora de aconsejar a sus pacientes sobre conductas de riesgo y, además, estos profesionales constituyen un referente y modelo para las personas con quienes interactúan¹⁰. Así, el estudio de los hábitos cotidianos del estamento médico cobra importancia no solo por las implicaciones para su propia salud, sino también por su gran influencia sobre la salud de sus pacientes¹¹.

En este contexto, el interés de nuestro estudio se centra en analizar algunas características de los médicos de AP y de la organización sanitaria relacionadas con la prevención en general y con la de las ECV en particular. En concreto, los objetivos de nuestra investigación fueron:

- Analizar las actitudes de los médicos de familia sobre los principales factores de riesgo relacionados con los estilos de vida (tabaquismo, consumo de alcohol, nutrición y actividad física).
- Relacionar los estilos de vida propios del médico de familia con las actividades preventivas efectuadas a sus pacientes, y analizar si los hábitos de vida del médico condicionan estas actividades preventivas.
- Conocer las dificultades percibidas por los médicos de AP para poder aplicar las actividades preventivas en la práctica diaria.

Material y métodos

Para alcanzar los anteriores objetivos optamos por realizar un estudio descriptivo transversal, observacional, basado en la aplicación de un cuestionario *ad hoc* a los médicos de familia de los centros de salud de Mallorca (Illes Balears) en el año 2010.

Los sujetos objeto de estudio fueron una muestra de la totalidad de los 420 médicos de familia que trabajaban en los centros de salud de la isla (cobertura asistencial: 862.400 habitantes).

Los criterios de inclusión fueron: médicos con estabilidad laboral y experiencia laboral superior a un año. Para su selección se procedió a un muestreo por conglomerados monoetápico, en el que aceptando un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo beta de 0,20 en un contraste bilateral y una tasa de pérdidas de seguimiento del 20%, se precisaban 202 sujetos para detectar una diferencia entre profesionales igual o superior al 20% en función de su estilo de vida. Este tamaño muestral nos permitía determinar los porcentajes de realización de actividades preventivas con una precisión del 0,98-1,12%, dependiendo de la frecuencia con que estas fueran realizadas en consulta.

Como instrumento principal de investigación utilizamos un cuestionario de elaboración propia, preparado para ser contestado directamente por los encuestados, basado en la revisión de la literatura específica y en las aportaciones de un grupo de expertos. Para su elaboración, se identificaron las dimensiones a medir, se elaboraron los ítems iniciales y se verificó la validez de contenido. Además de diversos datos personales y profesionales, el cuestionario de 23 preguntas se centró en valorar los estilos de vida de los médicos de AP, los consejos sobre las actividades preventivas que efectuaban en su consulta, y las dificultades percibidas para su realización (anexo 1). El cuestionario fue pilotado en una muestra de 20 profesionales y una vez modificado se efectuó una prueba test-retest. Los cuestionarios fueron confidenciales, no contenían información nominal y se enviaron por correo interno a cada participante.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables estudiadas (medidas de tendencia central, de dispersión y frecuencias absolutas y relativas). Se estudió la distribución de normalidad mediante un test de Kolmogorov-Smirnoff. Se realizó un análisis bivalente entre las variables independientes y las variables dependientes. Para el análisis de las variables cualitativas se utilizó la prueba de la ji al cuadrado o el test exacto de Fisher, y para el análisis de las variables cuantitativas se empleó la prueba de Mann-Whitney. Se efectuó un análisis multivariante mediante regresión logística ordinal para determinar los *odds ratio* ajustados por edad y sexo del profesional. Se consideró estadísticamente significativa una $p < 0,05$. El análisis estadístico de los datos se efectuó con la ayuda del programa informático SPSS versión 15.

Resultados

El número total de médicos de familia incluidos en el estudio fue de 185, con una tasa de respuestas del 78,9% (146/185). El 56,2% fueron mujeres, la edad media era de 43,6 años ($DE \pm 8,9$) y la experiencia profesional media de 16,4 años

Tabla 1 Porcentaje de consejos preventivos realizados en la consulta por los médicos encuestados

Proporción de pacientes atendidos a los que se les realiza consejo preventivo durante la consulta (%)	Porcentaje de médicos que lo realizan (%)
0-25	8,3
25-50	26,9
50-75	43,5
75-100	21,3

($DE \pm 9,7$). El 70,5% eran médicos de familia con estabilidad laboral, el 18,5% eran médicos sustitutos y el 11% residentes de medicina de familia y comunitaria.

Un 24,6% de los encuestados seguía algún tipo de dieta (12,3% para perder peso, 8,2% para mantenerlo y un 4,1% por algún problema de salud). Un 18,6% era fumador (diario el 11,7% y ocasional el 6,9%), ex fumadores el 29,7% y no fumadores el 51,7%. El 80,8% practicaba algún tipo de ejercicio físico (un 39,7% ligero, un 39% moderado y un 2,1% intenso) y el 19,2% restante eran sedentarios. El 32,7% no consumía alcohol y el resto lo hacía de forma moderada.

La actividad preventiva efectuada con mayor frecuencia por los médicos de AP fue el consejo antitabaco (52,3% lo sitúan en primer lugar), seguida de las dirigidas al control de los factores de riesgo cardiovascular (HTA, DM, dislipidemia) (22,7%), del consejo dietético (14,4%) y de la asesoría sobre ejercicio (5,3%), mientras que la intervención sobre el consumo de alcohol era tan solo de 0,8% y una miscelánea de otros consejos (anciano de riesgo, estrés, etc.) sumaba un 4,5%.

Algo más del 40% de los encuestados refirieron que realizaban actividades preventivas a un 50-75% de los pacientes que visitaban (tabla 1), siendo la intervención sobre el consumo de tabaco la efectuada en mayor proporción (un 60% de los médicos aconsejan abandonar el hábito tabáquico a los pacientes atendidos con una frecuencia mayor del 75%) y la que menos sobre el alcohol (tabla 2).

Al relacionar los estilos de vida del profesional y las actividades preventivas realizadas a sus pacientes, observamos que los médicos de familia que fumaban o que consumían alcohol efectuaban menos actividades preventivas sobre el tabaquismo e intervenían menos sobre el consumo de alcohol de sus pacientes ($p < 0,05$) (tablas 3 y 4).

La carencia del tiempo fue el principal factor limitante para realizar de manera adecuada las actividades de prevención en la consulta (opción señalada por un 50% de los encuestados), aunque también se indicaban otros aspectos como la falta de recursos y de formación en técnicas y habilidades para llevarlas a cabo (21,4%), los problemas organizativos del equipo y del sistema sanitario (17%), la actitud de los pacientes (11%) y el desconocimiento de la utilidad de las intervenciones (6,8%).

El 85,6% (125 de 146) de los encuestados señalaban a los médicos y enfermeras de AP como los principales responsables de realizar las actividades preventivas a la población. Si bien más de la mitad (un 53%) consideraba que también debían intervenir otros estamentos como otros médicos especialistas, la familia, la escuela, los medios de comunicación o las autoridades sanitarias, entre otros. Solo dos de

Tabla 2 Proporción de médicos que efectúan consejos preventivos en la consulta, tipo de consejo y porcentaje de pacientes a los que se les efectúa cada tipo de consejo

Tipo de consejo preventivo realizado en la consulta	Porcentaje de pacientes a los que se les da el consejo			
	75-100%	50-75%	25-50%	0-25%
Realización de actividad física de forma regular	26,3	43,2	24,2	6,3
Dieta sana/saludable	31,5	43,3	19,9	5,3
No iniciarse en el hábito tabáquico	33,8	16,6	14,7	34,9
Abandonar el hábito tabáquico	59,6	26,7	11,4	2,3
Reducir o abstenerse en el consumo de alcohol	25,5	36,5	25,6	12,4

Tabla 3 Asociación entre el hábito tabáquico del profesional y las actividades preventivas sobre tabaquismo realizadas a los pacientes^a

	Porcentaje de realización del consejo antitabaco a los pacientes				Odds ratio ajustado* (IC 95%)
	0-25% n/N (%)	26-50% n/N (%)	51-75% n/N (%)	> 75% n/N (%)	
<i>Hábito tabáquico del profesional</i>					
Fumador diario	2/3 (66,7)	4/16 (25)	3/39 (7,7)	8/86 (9,3)	0,3 (0,12-0,99)
Fumador ocasional	0/3 (0)	0/16 (0)	5/39 (12,8)	5/86 (5,8)	0,8 (0,22-2,77)
Ex fumador	0/3 (0)	6/16 (37,5)	11/39 (28,2)	25/86 (29,1)	0,7 (0,32-1,56)
No fumador	1/3 (33,3)	6/16 (37,5)	20/39 (51,3)	48/86 (55,8)	-

IC: intervalo de confianza.

^a Ajustado por edad, sexo y años de experiencia.

* p < 0,05.

los encuestados, incluían al propio paciente como el responsable principal de la prevención y de la promoción de su salud.

Discusión

Este estudio nos ha permitido conocer, por primera vez en nuestro entorno, algunas características de los estilos de vida de los médicos de familia y su relación con las actividades preventivas que aconsejan a sus

pacientes. Los médicos encuestados tienen unos estilos de vida relativamente saludables para la mayoría de los aspectos estudiados si los comparamos con la población general¹²⁻¹⁴, en cambio no son tan favorables si tomamos como referencia investigaciones realizadas en otros profesionales de la salud¹³⁻¹⁵.

Observamos que cerca de un 19% de nuestros encuestados fuma, cifra superior al 13,3% de la encuesta CHABS¹² e inferior al 19,4-47,6% de otras investigaciones previas^{15,16}, pero muy alejada del 1,3% de fumadores entre cardiólogos americanos¹⁷. Respecto a la ingesta de alcohol, un

Tabla 4 Asociación entre el consumo de alcohol del profesional y las actividades preventivas sobre el alcohol realizadas a los pacientes^a

	Porcentaje de actividades preventivas sobre el alcohol realizadas a los pacientes				Odds ratio ajustado* (IC 95%)
	0-25% N (%)	26-50% N (%)	51-75% N (%)	> 75% N (%)	
	18	37	53	37	
Consumo de alcohol por el profesional: media de UBE por semana (DE)	4,7 (7,2)	4,3 (7,5)	4,1 (4,4)	1,9 (6,9)	0,9 (0,89-0,99)

DE: desviación estándar; UBE: unidades de bebida estándar.

^a Ajustado por edad, sexo y años de experiencia.

* p < 0,05.

67% de nuestros encuestados consumía este producto, cifra prácticamente idéntica al 66% de los médicos de AP en Suiza¹⁸, e inferior al 72-86% referido por otros autores^{15,19}. En cambio, en otros países se ha encontrado que solo el 6% de los médicos consume alcohol¹⁶.

Destacamos, como aspecto positivo, el alto porcentaje de encuestados (cerca del 81%) que realizaba actividad física, cifra similar a la hallada recientemente en otros médicos de AP¹², pero muy superior a la mayoría de estudios que sitúan la actividad física de los médicos entre el 35 y el 65%^{16,19}. En cambio, llama la atención que este alto porcentaje de realización de actividad física por los profesionales tenga una repercusión mucho menor como consejo a sus pacientes sobre la práctica de ejercicio.

Entre las actividades preventivas efectuadas a sus pacientes por los encuestados, el consejo antitabaco es la realizada con mayor frecuencia, en más del 50% de las ocasiones, porcentaje similar al referido por otros médicos de familia^{6,20,21}. El claro predominio de la intervención sobre el tabaquismo respecto a otros hábitos nocivos, no es sorprendente si tenemos en cuenta las constantes recomendaciones efectuadas durante las últimas décadas sobre la lucha contra el tabaquismo, sustentadas por una importante inversión de recursos²².

En este sentido, a pesar de que el consumo de alcohol se considera responsable de un número importante de muertes en todo el mundo²³, se evidencia una preocupante baja intervención al respecto. Si bien la mayoría de estudios coinciden en que las intervenciones preventivas sobre el consumo de alcohol son poco abordadas en las consultas, nuestros resultados son claramente inferiores a otros estudios revisados^{9,24,25}. Los factores que subyacen en este hecho son complejos²⁵, pero probablemente contribuya la percepción social muy tolerante respecto a este producto y el poco impulso institucional en la prevención de su consumo inapropiado, comparado con la masiva intervención sobre el tabaquismo²⁶.

Resulta particularmente interesante la relación existente entre los estilos de vida de los profesionales y su actitud respecto a las actividades preventivas realizadas a sus pacientes. En nuestro estudio, los médicos que consumen más tabaco o alcohol, realizan menos intervenciones preventivas sobre el tabaquismo o el consumo de alcohol en sus pacientes, hecho confirmado por otros estudios^{27,28}. Es más, la influencia de los hábitos de los profesionales sobre las tareas preventivas que aconsejan a sus pacientes también se ha demostrado de forma clara y consistente para otros factores de riesgo distintos del tabaco y del alcohol^{11,13,19}. Este fenómeno es trascendente ya que el profesional de la salud consumidor de tabaco o alcohol no estará en la situación ideal para movilizar cambios de conducta en sus pacientes^{19,29}.

Entre los factores que obstaculizan la realización de las actividades preventivas, tanto en nuestro estudio como en otros artículos de distintos ámbitos asistenciales, la carencia de tiempo se señala como el principal factor limitante. Además del factor tiempo se han citado otros múltiples impedimentos como el escaso apoyo de la organización, la carencia de financiación e incentivos específicos o la falta de confianza en su eficacia^{14,30}. A pesar de ello, casi la totalidad de los encuestados consideraba que los médicos y las enfermeras de AP son los principales responsables de

la realización de este tipo de actividades, hecho acorde con el importante rol teórico que se espera de estos profesionales en las tareas preventivas. Curiosamente solo dos de los médicos encuestados incluían al propio paciente como el responsable máximo de la promoción de su salud, cifra muy baja si tenemos en cuenta la importancia de la corresponsabilidad del paciente en su salud y la relevancia de los autocuidados como medio para aumentar su autonomía.

Antes de concluir, queremos señalar algunas posibles limitaciones de nuestro trabajo. Estudios con un diseño similar al nuestro pueden estar sujetos a una serie de sesgos potenciales, como el sesgo de selección que pondría en duda la representatividad de la muestra respecto de la población objetivo, pero en nuestro caso el muestreo aleatorio y la alta tasa de respuestas obtenida minimizarían esta posibilidad. También podrían producirse sesgos de información derivados del hecho de la autodeclaración de los médicos y, por tanto, basados en una apreciación subjetiva. Asimismo, el abordaje de los estilos de vida podría condicionar unas respuestas tendentes a exagerar los hábitos considerados saludables (sesgo de deseabilidad social) y, por el contrario, a minimizar la declaración de los hábitos de vida nocivos (fenómeno de ocultación o *nondisclosure*). La garantía de explotación no personalizada de los datos y el anonimato del declarante en nuestra encuesta contrarrestaría en parte esta posibilidad. Por último, la comparación con otros trabajos se ha de efectuar con precaución, ya que puede estar limitada por la heterogeneidad en la metodología y en el diseño empleado, y por las diferencias en los criterios e instrumentos de medición empleados. A estos factores debemos añadir el desarrollo de algunas investigaciones en contextos geográficos, socioculturales y temporales muy distintos.

Conclusiones

Los médicos de familia en nuestro medio tienen unos estilos de vida relativamente saludables y, en general, promueven la adopción de actividades preventivas entre sus pacientes. Como notable excepción cabe señalar la muy escasa frecuencia de preguntas sobre el consumo de alcohol, que merecería investigaciones específicas. Por otra parte, otro fenómeno destacable es la vinculación encontrada entre los hábitos de vida del profesional y las actuaciones preventivas dirigidas a sus pacientes. Sería conveniente diseñar programas específicos orientados a la modificación de los comportamientos de riesgo de la población médica, no solo por los beneficios sobre su propia salud, sino también por el importante efecto sobre la salud de sus pacientes. En definitiva, nuestros datos aportan una información importante, hasta ahora no disponible, que supone un paso necesario, aunque no suficiente, para poder mejorar las actuaciones preventivas en nuestro ámbito.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A todos los profesionales que han participado en la encuesta, sin cuya contribución este trabajo hubiera sido imposible.

Anexo 1. Cuestionario sobre estilos de vida y actividades preventivas

N.º encuesta (no rellenar)

Fecha/...../.....

Datos personales

- Edad: años.

- Sexo: Hombre Mujer

- Estamento: Médico de AP Médico Residente Médico sustituto/"pool"/otros

- Experiencia profesional (como médico): años.

- Tutor de Residentes de MFyC: Sí No

Ámbito de trabajo

- Centro de salud / Servicio:

Estilos de vida de los profesional de salud

En el momento actual, ¿sigue usted una dieta o régimen especial?

- No, no sigo ninguna dieta
- Si, para perder peso
- Si, para mantener el peso actual
- Si, para vivir más saludablemente
- Si, por una enfermedad o problema de salud

Respecto a consumo de bebidas alcohólicas, ¿bebe o ha bebido en alguna ocasión bebidas alcohólicas?

No, nunca he consumido alcohol

Si, bebo diariamente de forma habitual

Si, bebo de forma esporádica

Si, bebo sólo los fines de semana

¿Podría decirnos si actualmente fuma?

Si fumo diariamente N.º cigarrillos día:

Si fumo, pero no diariamente

No fumo actualmente, pero he fumado antes

No fumo, ni he fumado nunca

¿Práctica alguna actividad física en su tiempo libre?

No, normalmente no hago ejercicio

Si, realizo actividad física ligera

Si, realizo actividad física moderada

Si, realizo actividad física intensa

Prácticas preventivas efectuadas a los pacientes en la consulta en relación con los estilos de vida

¿Qué actividades de prevención sobre problemas de salud realiza habitualmente, en orden de mayor a menor frecuencia?
(en primer lugar señale la más frecuente)

1.º-

2.º-

3.º-

4.º-

5.º-

En relación a los pacientes que visita, ¿en qué porcentaje realiza actividades de prevención?

75-100%

50-75%

25-50%

0-25%

¿En qué porcentaje aconseja a sus pacientes realizar actividad física de forma regular?

75-100%

50-75%

25-50%

0-25%

¿En qué porcentaje aconseja a sus pacientes realizar dieta sana/saludable ?

75-100%

50-75%

25-50%

0-25%

¿En qué porcentaje aconseja a sus pacientes no iniciarse en el hábito tabáquico?

75-100%

50-75%

25-50%

0-25%

¿En qué porcentaje aconseja a sus pacientes fumadores abandonar el hábito tabáquico?

75-100%

50-75%

25-50%

0-25%

¿En qué porcentaje aconseja a sus pacientes reducir o abstenerse en el consumo de alcohol?

75-100%

50-75%

25-50%

0-25%

Señale su grado de acuerdo o desacuerdo de las siguientes afirmaciones

0 1 2 3 4 5

(0= completo desacuerdo/poco/ nada; 5= totalmente de acuerdo/mucho/todo)

Las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad son importantes en la práctica clínica diaria

0 1 2 3 4 5

Las actividades de PAPPS Están integradas en su práctica clínica diaria

0 1 2 3 4 5

Registro habitualmente en la HC las actividades PAPPS que realizo

0 1 2 3 4 5

El sistema de registro informatizado que utilizo me facilita la recogida de las actividades de prevención y promoción realizadas

Tabaco 0 1 2 3 4 5

Ejercicio físico 0 1 2 3 4 5

Dieta 0 1 2 3 4 5

Alcohol 0 1 2 3 4 5

Consejos 0 1 2 3 4 5

Señale su grado de acuerdo o desacuerdo de las siguientes afirmaciones

0 1 2 3 4 5

(0= completo desacuerdo; 5= totalmente de acuerdo)

En relación con las limitaciones para realizar actividades de prevención, señale su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes causas:

La falta de tiempo 0 1 2 3 4 5

La falta de compensación económica 0 1 2 3 4 5

Los sistemas de registro 0 1 2 3 4 5

La falta de recursos 0 1 2 3 4 5

Los problemas organizativos del equipo/ sistema sanitario

0 1 2 3 4 5

La falta de consenso (discrepancia entre recomendaciones)

0 1 2 3 4 5

La falta de entrenamiento y/o formación

0 1 2 3 4 5

El carecer de aptitudes técnicas y habilidades necesarias para realizar la prevención

0 1 2 3 4 5

El carecer de habilidades de comunicación

0 1 2 3 4 5

La falta de motivación 0 1 2 3 4 5

El desconocimiento de la utilidad de las intervenciones

0 1 2 3 4 5

La actitud de los pacientes

0 1 2 3 4 5

Dudas/falta de credibilidad de los pacientes respecto a la efectividad de las actividades

0 1 2 3 4 5

¿A quién considera que le corresponde hacer las tareas de prevención? Especificar

Añada cualquier comentario que considere oportuno en relación al tema. Muchas gracias por su colaboración.

Bibliografía

- World Health Organization (WHO). Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009.
- Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control. Mendis S, Puska P, Norrving B, editors. Geneva: World Health Organization; 2011.
- Andrés E, León M, Cordero A, Magallón R, Magán P, Luengo E, et al. Factores de riesgo cardiovascular y estilo de vida asociados a la aparición prematura de infarto agudo de miocardio. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64:527-9.
- World Health Organization (WHO). The World Health Report: Reducing risks, promoting healthy lifestyle. Geneva: World Health Organization; 2002.
- Kahn R, Robertson RM, Smith R, Eddy D. The impact of prevention on reducing the burden of cardiovascular disease. *Circulation*. 2008;118:576-85.
- INE base. Defunciones según la Causa de Muerte. Resultados definitivos. Instituto Nacional de Estadística (INE). Mar del 2012 [consultado 3 Dic 2012]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417/&file=inebase>
- Liddy C, Singh J, Hogg W, Dahrouge S, Taljaard M. Comparison of primary care models in the prevention of cardiovascular disease - a cross sectional study. *BMC Fam Pract*. 2011;12:114.
- Calderón C, Balagué L, Cortada JM, Sánchez A. Health promotion in primary care: How should we intervene? A qualitative study involving both physicians and patients. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:62.
- Ampt AJ, Amoroso C, Harris MF, McKenzie SH, Rose VK, Taggart JR. Attitudes, norms and controls influencing lifestyle risk factor management in general practice. *BMC Fam Pract*. 2009;10:59.
- Frank E. Physician health and patient care. *JAMA*. 2004;291:637.
- Oberg EB, Frank E. Physicians' health practices strongly influence patient health Practices. *J R Coll Physicians Edinb*. 2009;39:290-1.
- Banegas JR, Lobos JM, Llisterri JL, Gamarra J. Autopercepción de la salud cardiovascular de los médicos de atención primaria. Estudio CHABS. *Med Clin*. 2011;137:262-8.
- Frank E, Segura C. Health practices of Canadian physicians. *Can Fam Physician*. 2009;55:810-1.
- Kloppe P, Brotons C, Anton JJ, Ciurana R, Iglesias M, Piñero R, et al. Prevención y promoción de la salud en atención primaria: comparación entre la visión de los médicos españoles y los médicos europeos. *Aten Primaria*. 2005;36:144-51.
- Moreno E, Gil J, Blanco JL. Hábitos y creencias de salud en médicos y estudiantes de Medicina. *Intern Jour Psych Psychol Ther*. 2006;6:99-110.
- Bazargan M, Makar M, Bazargan-Hejazi S, Ani C, Wolf KE. Preventive, lifestyle, and personal health. Behaviors among physicians. *Acad Psychiatry*. 2009;33:289-95.
- Abuissa H, Lavie C, Spertus J, O'Keefe J. Personal health habits of american cardiologists. *Am J Cardiol*. 2006;97:1093-6.
- Sebo P, Bouvier Gallacchi M, Goehring C, Künzi B, Bovier PA. Use of tobacco and alcohol by Swiss primary care physicians: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2007;7:5.
- Brotons C, Bjfrkelund C, Bulc M, Ciurana R, Godycki-Cwirko M, Jurgova E, et al. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Prev Med*. 2005;40:595-601.
- Thorndike AN, Regan S, Rigotti NA. The treatment of smoking by US physicians during ambulatory visits: 1994-2003. *Am J Public Health*. 2007;97:1878-83.
- Sauvageau S, Groulx A, Pelletier M, Ouakki M, Dubé E. Les médecins discutent-ils des habitudes de vie avec leurs patients. *Can J Public Health*. 2008;99:31-5.
- Jha P, Chaloupka FJ. The economics of global tobacco control. *BMJ*. 2000;321:358-61.

23. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*. 2009;373:2223–33.
24. Gowin E, Pawlikowska T, Horst-Sikorska W, Michalak M. British and Polish general practitioners' opinions on the importance of preventive medicine. *Health Promot Int*. 2011;26:171–6.
25. Moriarty HJ, Stubbe MH, Chen L, Tester RM, Macdonald LM, Dowell AC, et al. Challenges to alcohol and other drug discussions in the general practice consultation. *Fam Pract*. 2012;29:213–22.
26. Chisholm D, Rehm J, van Ommeren M, Monteiro M. Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *J Stud Alcohol*. 2004;65:782–93.
27. Kaner E, Rapley T, May C. Seeing through the glass darkly? A qualitative exploration of GPs' drinking and their alcohol intervention practices. *Fam Pract*. 2006;23:481–7.
28. Aalto M, Hyvönen S, Seppä K. Do primary care physicians' own AUDIT scores predict their use of brief alcohol intervention? A cross-sectional survey. *Drug Alcohol Depend*. 2006;83:169–73.
29. Laws RA, Kemp LA, Harris MF, Davies GP, Williams AM, Eames-Brown R. An exploration of how clinician attitudes and beliefs influence the implementation of lifestyle risk factor management in primary healthcare: a grounded theory study. *Implementat Sci*. 2009;4:66.
30. Ramírez D. Las actividades preventivas en la consulta de atención primaria. *Semergen*. 2011;37:171–2.