



Instituto Universitario de Ciencias de la Salud

Fundación H. A. Barceló

Facultad de Medicina

Especialización en Nutrición

2022-2023

Trabajo de Investigación

Relevancia de la dietoterapia en el tratamiento de enfermedades crónicas desde la perspectiva de los cardiólogos. Estudio transversal cuanti-cualitativo sobre representaciones y actitudes.

Director de la carrera: Gustavo Frechtel

Tutor: Di Marco, Martin

Autor: Alvarez Cancio Andrea

Fecha de entrega: 19 de agosto de 2023

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) pueden prevenirse con un estilo de vida saludable y buena alimentación. La dietoterapia es crucial en la prevención y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares (ECV), por lo que se busca identificar actitudes, barreras y facilitadores de los cardiólogos para la valoración nutricional.

Métodos: Estudio transversal multicéntrico. Se realizaron encuestas y entrevistas a cardiólogos en formación y con especialidad completa, de instituciones públicas y privadas, hospitalarias o consultorios.

Resultados: Se realizaron 103 encuestas y 22 entrevistas. En cuanto a las representaciones se observó que 83% de los cardiólogos considera necesaria la evaluación nutricional. Sin embargo, en sus actitudes se halló que 50,5% pesa rutinariamente a sus pacientes y solo 21,4% mide perímetro de cintura y cadera. El 33% realiza evaluación nutricional, y dentro de la misma realizan anamnesis 46,9%, estudios complementarios 37,5% y antropometría 12,5%. Los cardiólogos con especialidad completa vs incompleta derivan con mayor frecuencia a médico especialista en nutrición o nutricionista ($p < 0,001$) y miden con mayor regularidad perímetro de cintura ($p = 0,004$). El 83,5% consideran insuficiente su formación en nutrición. Al indagar en las entrevistas, la falta de tiempo y conocimiento fueron las principales barreras para no realizar una evaluación nutricional completa. Se observó que hay dificultades para derivar a servicios de nutrición debido a la escasez de médicos especialistas, demoras en turnos y falta de comunicación interdisciplinaria.

Conclusiones: Los cardiólogos consideran necesaria la valoración nutricional en el tratamiento de ECNT, sin embargo, no suelen realizarla o derivar a un especialista de manera rutinaria. Aquellos con especialidad completa realizan más mediciones antropométricas y derivaciones. La insuficiente formación, falta de tiempo y de equipo multidisciplinario son las barreras mayormente identificadas.

Palabras clave: Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), Nutrición, Educación de Cardiólogos, Barreras y Facilitadores, Representaciones y Actitudes.

ABSTRACT

Background: Non-communicable chronic diseases (NCDs) can be prevented through a healthy lifestyle and proper nutrition. Diet therapy is crucial in the prevention and treatment of cardiovascular diseases (CVD). Therefore, there is a need to examine attitudes, barriers, and facilitators among cardiologists regarding nutritional assessments.

Methods: Multicenter cross-sectional study. Surveys and interviews were conducted with both trainee and fully specialized cardiologists from both public and private institutions, including hospitals and clinics.

Results: A total of 103 surveys and 22 interviews were conducted. It was observed that 83% of the cardiologists consider nutritional assessment necessary. However, when consulted about their practices, it was found that only 50,5% routinely weigh their patients, while 21,4% measure waist and hip circumference. Additionally, 33% of the cardiologists perform nutritional assessments, with 46,9% conducting anamnesis, 37,5% performing complementary studies, and 12,5% using anthropometry. Fully specialized cardiologists, compared to trainees, more frequently refer patients to specialized nutritionists or dietitians ($p < 0,001$) and measure waist circumference more regularly ($p = 0,004$). Furthermore, 83,5% of the participants considered their nutrition training to be insufficient. In the interviews, lack of time and knowledge were identified as the main barriers to conducting comprehensive nutritional assessments. Furthermore, they expressed difficulties in referring patients to nutrition services due to a shortage of specialized medical professionals, appointment delays, and a lack of interdisciplinary communication.

Conclusions: Cardiologists consider nutritional assessment necessary in the treatment of NCDs; however, they often do not perform it or routinely refer patients to a specialist. Those with full specialization conduct more anthropometric measurements and referrals. Insufficient training, lack of time, and lack of a multidisciplinary team are the barriers most commonly identified.

Keywords: Non-communicable chronic diseases (NCDs), Nutrition, Cardiologists' education, Barriers and Facilitators, Representations and Attitudes.

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1. Derivación a médico especialista en nutrición o nutricionista.....	21
Figura 2. Porcentaje de médicos que mide perímetro de cintura.....	22
Figura 3. Formación en nutrición.....	23
Figura 4. Cursos de postgrado.....	23

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Características de la población encuestada.....	19
Tabla 2. Tipo de trabajo y formación de los encuestados.....	20
Tabla 3. Derivación a médico especialista en nutrición o nutricionista.....	26
Tabla 4. Actitudes ante distintos pacientes de acuerdo a si los encuestados tienen especialidad en cardiología completa o no.....	30
Tabla 5. Actitudes ante distintos pacientes de los encuestados, según la institución donde se ejerce.....	31
Tabla 6. Actitudes frente a distintos pacientes según la edad de los encuestados...	33
Tabla 7. Actitudes frente a distintos pacientes según membresía alguna sociedad científica.....	34
Tabla 8. Actitudes ante distintos pacientes según el tipo de financiación de la institución donde ejercen los encuestados.....	35

LISTADO DE ABREVIATURAS

ECNT: enfermedades crónicas no transmisibles; ECV: enfermedad cardiovascular;

OMS: Organización Mundial de la Salud; EEUU: Estados Unidos; UK: Reino Unido;

SAC: Sociedad Argentina de Cardiología UBA: Universidad de Buenos Aires

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	8
1.1 Propósito de estudio	9
1.2 Marco teórico	9
2. OBJETIVOS	13
2.1 Objetivo primario	13
2.2 Objetivos secundarios	13
3. MATERIALES Y MÉTODOS	14
3.1 Estrategia metodológica general	14
3.2 Encuesta anónima	15
3.2.1 Estructura	15
3.2.2 Estrategia de muestreo	15
3.2.3 Análisis estadístico	15
3.3 Entrevista	16
3.4 Cuestiones éticas	17
4. RESULTADOS	19
4.1 Encuesta	19
4.2 Entrevista	36
5. DISCUSIÓN	47
6. CONCLUSIONES	52
7. BIBLIOGRAFÍA	55

INDICE DE ANEXOS

8. ANEXOS

8.1 Matriz.....	57
8.2 Resultados completos de la encuesta.....	63

1- Introducción

«Una dieta y un estilo de vida saludables son las mejores armas para luchar contra la enfermedad cardiovascular» (ECV) (1). Los factores de riesgo conductuales más importantes de las enfermedades cardíacas y los accidentes cerebrovasculares son la dieta inadecuada, la inactividad física, el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol (2). Se ha demostrado que el cese tabáquico, la reducción de la sal en la alimentación, el aumento de la ingesta de frutas y verduras, la actividad física regular y evitar el consumo nocivo del alcohol reducen el riesgo de sufrir ECV (2). Por el contrario, está documentado un aumento de la mortalidad por ECV, catalogadas como cardio-metabólicas, como consecuencia del aumento en el consumo de sodio, disminución en la ingesta de nueces y semillas, aumento en el consumo de carnes y bebidas azucaradas, así como disminución en la incorporación de ácidos grasos omega-3 provenientes de comida de mar entre otras fuentes (3).

Según datos publicados en la página web oficial de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las ECV son la principal causa de defunción en el mundo y, según estimaciones, se cobran 17,9 millones de vidas cada año. Han estado en los Estados Unidos (EEUU), junto con el cáncer y accidentes cerebrovasculares, entre las 5 principales causas de muerte cada año desde 1924 (4). Desde 2000 hasta 2010, la mortalidad ajustada por edad disminuyó un 30 % para la ECV (4).

Dado lo expuesto, la dietoterapia resulta una herramienta terapéutica fundamental en la práctica cotidiana de los médicos en general, y de los cardiólogos en particular, para prevenir y tratar la ECV causante de tantas muertes anuales.

En el presente trabajo se observan las representaciones de los especialistas en cardiología, en relación a la utilización de la dietoterapia, su formación al respecto,

la importancia que le otorgan en relación a la atención de sus pacientes y la realización de derivación a profesionales del área de la nutrición durante su práctica laboral.

1.1 Propósito de estudio

Describir las representaciones, facilitadores y barreras de médicos cardiólogos respecto de la dietoterapia, su formación al respecto, la importancia que le otorgan en relación a la atención de sus pacientes y la realización de derivación a profesionales del área de la nutrición durante su desempeño laboral.

Dado que el presente trabajo posee un enfoque descriptivo y cualitativo en el que se identifican las representaciones, barreras y facilitadores sobre aspectos de la nutrición en médicos cardiólogos y no permite comparación con la literatura existente, no se formula hipótesis.

1.2 Marco teórico

La relevancia que otorgan los médicos especialistas en cardiología a la dietoterapia en el tratamiento y prevención de enfermedades crónicas es crucial dada la importancia de ésta como herramienta terapéutica. Las ECV, como la enfermedad coronaria, el infarto agudo de miocardio, la hipertensión arterial y los accidentes cerebrovasculares, están estrechamente relacionadas con la nutrición, y la prevalencia y la carga global de estas patologías hace necesario recurrir a todas las estrategias disponibles para hacer frente a las mismas.

Los efectos de la dieta sobre los factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, dislipidemia, obesidad, diabetes, entre otros), son bien conocidos y dan origen a guías y recomendaciones dietéticas para la prevención y el tratamiento de ECV.

Existen abundantes estudios clínicos y meta-análisis sobre la eficacia de la dietoterapia en enfermedades cardiovasculares.

Sin embargo, la formación en nutrición de los médicos es escasa. En EEUU, los estudiantes de medicina reciben un promedio de menos de 20 horas de educación nutricional, en gran medida limitada a las ciencias básicas y discusión de los estados de deficiencia de vitaminas (5). Esta carga horaria es similar a la de universidades argentinas, como por ejemplo la Universidad de Buenos Aires. Las pautas actuales para la residencia en Medicina Interna en EEUU y la capacitación de becarios cardiovasculares no contienen ningún requisito específico para la educación en nutrición (5,6). Una encuesta mostró que la gran mayoría de los cardiólogos de EEUU creen que es su responsabilidad personal brindar asesoramiento nutricional a sus pacientes, pero reciben una capacitación mínima en nutrición y no cuentan con herramientas para brindar asesoramiento nutricional efectivo (6). En especialidades donde la consulta nutricional es fundamental, se observan brechas entre los conocimientos y creencias de los profesionales y las actitudes y prácticas. En 2010 el grupo de trabajo Healthy People y el Grupo de Trabajo Preventivo de EEUU identificaron la necesidad de que los médicos abordaran la nutrición con los pacientes y se plantearon como objetivo aumentar al 75% la proporción de derivaciones al consultorio de nutrición, estas visitas incluirían solicitar o brindar asesoramiento dietético a pacientes con diagnóstico de enfermedad cardiovascular, diabetes o hipertensión (7). En la revisión de mitad del estudio, la proporción de derivaciones disminuyó al 40% observándose que a pesar de que los médicos de atención primaria continuaban creyendo que brindar asesoramiento nutricional estaba dentro de su ámbito de responsabilidad, persistía la brecha entre la proporción de pacientes a los cuales los médicos creían que se beneficiarían del asesoramiento nutricional y

aquellos que el asesoramiento lo recibían de su médico de atención primaria o que eran derivados a nutricionistas y otros profesionales de la salud (7). Las barreras citadas fueron: falta de tiempo y compensación y, en menor medida, falta de conocimiento y recursos (7).

Un estudio realizado en Argentina, detalló que la falta de tiempo en la consulta ha sido destacada como una variable relevante para comprender el abordaje de la dietoterapia (8). En dicho trabajo, los autores plantean que el tiempo de consulta es limitado e insuficiente para realizar una intervención nutricional adecuada. Sin embargo, a diferencia con otros estudios, destacan que el seguimiento nutricional no es una responsabilidad de los médicos (8).

En otras especialidades también son descritas representaciones y barreras similares. En un estudio realizado en Reino Unido (UK), se observó que la mayoría (80%) de los especialistas en oncología (en formación) expresaban falta de confianza o incertidumbre con respecto a su habilidad para identificar malnutrición (9). Además, se observó que la mayoría de los especialistas que habían tomado clases de nutrición durante su formación, se sentían más confiados (9). De la misma manera en un trabajo realizado en Australia, equipos de trabajo que tratan pacientes oncológicos fueron encuestados, y se observó que había un alto porcentaje de profesionales que sabían la definición de malnutrición y sarcopenia (86% y 88% respectivamente) y que entendían que era su responsabilidad identificarla (93%) (10). Sin embargo, los profesionales tenían una confianza limitada en identificar malnutrición (21%) y sarcopenia (43%) y que las barreras comunes para la identificación de éstas patologías eran la falta de servicios para manejar estos pacientes (10).

Se observa en nuestra sociedad actual una paradoja en la que la alimentación se vuelve un tema recurrente y hegemónico, con masiva presencia en redes sociales,

medios de comunicación y consultas de pacientes, y sin embargo con aparente escaso valor desde el rol médico. La alimentación en sí misma es medicalizada, al ser incorporada en el ámbito biomédico, pero la centralidad como eje de intervención es incierta (11). Es así que resulta relevante analizar la racionalidad de los cardiólogos en sus estrategias de tratamiento, evaluar qué incluyen y excluyen en la misma. Teniendo en cuenta la alta prevalencia de las ECV y su gran incidencia sobre la salud de las personas y las limitaciones que le generan las consecuencias del mal manejo, el presente estudio se plantea entender qué rol le otorgan los cardiólogos a la dietoterapia como parte del tratamiento de enfermedades crónicas, y su opinión acerca de implementar mecanismos de trabajo interdisciplinarios, articulando y derivando a los pacientes al área de nutrición. Si bien hay trabajos donde se describen actitudes y representaciones sobre la dietoterapia en distintas especialidades, actualmente en la literatura hay pocas indagaciones empíricas que estudian las actitudes de los médicos especialistas en cardiología en Argentina, con respecto a la dietoterapia.

2- Objetivos

2.1 Objetivo primario

Analizar las representaciones y actitudes sobre la dietoterapia desde la perspectiva de médicos especialistas en cardiología que atienden pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.

2.2 Objetivos secundarios

- Identificar las principales representaciones sobre la dietoterapia, la derivación y su relevancia frente a diferentes enfermedades crónicas.
- Identificar barreras y facilitadores de la derivación a especialistas en nutrición.

3- Materiales y métodos

3.1 Estrategia metodológica general

Estudio transversal multicéntrico. Se realizaron encuestas y entrevistas semiestructuradas acerca de la relevancia de la dietoterapia a médicos y médicas especialistas y en formación en cardiología, durante el periodo comprendido 15-18 de junio de 2023.

La unidad de análisis fue cada médico especialista, o en formación, en cardiología.

La población incluyó médicos que ejercen en hospitales públicos y/o privados, así como médicos que solo atienden en consultorios privados.

La estrategia metodológica general se basó en una triangulación de técnicas de recolección de datos: encuesta y entrevistas semi-estructuradas. La recolección de datos fue secuencial, primero aplicándose la encuesta (con el propósito de obtener un marco cuantitativo de datos) y luego realizando las entrevistas (con el propósito de indagar en los procesos de significación). Los objetivos secundarios se respondieron a partir de las dos estrategias metodológicas. La decisión de realizar una triangulación consistió en poder complementar los datos de ambas técnicas para poder, por un lado, cuantificar los datos recolectados y, por el otro, poder comprender los sentidos atribuidos a la dietoterapia y qué racionalidad sustenta estos significados.

1° Etapa: encuesta anónima.

2° Etapa: entrevista personal.

3.2 Encuesta anónima:

3.2.1 Estructura

Encuesta anónima con respuestas cerradas múltiple. Se realizó una prueba piloto con 15 profesionales de la salud donde se evaluó la calidad de las preguntas y si las respuestas incluían todas las opciones. El anexo 8.1, incluye todas las preguntas de la encuesta. Posteriormente a la prueba piloto, se agregaron las preguntas 20 a 23, así como la pregunta abierta donde se deja opción a dejar comentarios y la pregunta dónde se solicita consentimiento para participar de la entrevista.

Se estableció el objetivo de recolectar como mínimo 60 encuestas.

3.2.2 Estrategia de muestreo

La encuesta fue realizada a médicos especialistas y en formación en cardiología a través de redes de contactos de los autores en las instituciones donde trabajan y en otros establecimientos de salud, a los que tienen acceso. El tipo de muestreo se realizó a partir de la técnica bola de nieve.

Se utilizó la plataforma Google Forms para la recolección de datos y los mismos fueron extraídos en un archivo tipo Excel, sin datos personales para su análisis.

3.2.3 Análisis estadístico

Se realizó estadística descriptiva. Las variables cuantitativas se expresaron con media y desvío estándar o mediana e intervalo de confianza de 95% dependiendo si la distribución es gaussiana o no. Para determinar la distribución se analizó la curtosis y la asimetría con el test de Fisher. Para datos cualitativos se expresó el número de casos (N) y porcentaje (%).

Se determinó la mediana para la edad, siendo esta de 37 años. Con este valor se dividió a la población en 2 grupos para determinar la asociación con las respuestas. Para encontrar diferencias entre las opciones de las preguntas al cruzar los datos, se realizó el test de Chi ² o test de Fisher dependiendo de la cantidad de opciones de las preguntas.

3.3 Entrevista

El alcance de la muestra para realizar las entrevistas se realizó a partir de las encuestas previamente realizadas, esperando la saturación por nodo (12,13).

Las dimensiones de las cuotas fueron:

a) antigüedad en la profesión, ya que consideramos relevante la cantidad de años de formación del profesional consultado y su nivel de instrucción en el campo de este análisis.

b) subsistema de salud, porque creemos que las recomendaciones de los médicos pueden variar según la capacidad de acceso del paciente a los servicios de salud, ya sea si cuenta con obra social, prepaga o se atiende en un entorno de atención médica pública.

c) tipo de trabajo, ya que imaginamos que la atención del profesional puede variar según el medio en que actúe-trabaje, diferenciándose consultorio privado, consultorio en hospital público o salas de internación.

Las cuotas serían equitativas por cada una de las dimensiones (5 entrevistas por categoría), por lo que se esperaba que el total de entrevistas fueran 35.

Las entrevistas fueron realizadas de manera presencial o virtual con la plataforma ZOOM. Fueron grabadas con el debido consentimiento y posteriormente se extrajo en texto el contenido de las mismas.

3.4 Cuestiones éticas

El proyecto de investigación fue evaluado y aprobado por la dirección de la carrera de especialista universitario en Nutrición, Facultad de Medicina y el comité de ética del Instituto Universitario de la Fundación H. A. Barceló (Código de Registro: 8475).

Dado que el presente estudio tiene injerencia en Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), las encuestas y entrevistas fueron realizadas desde CABA. Como los encuestados/entrevistados no responden en nombre de ninguna institución, sino que son preguntas de carácter personal, no se firmó convenio con otro establecimiento en particular.

La encuesta fue divulgada de manera virtual a través de mensajes de texto o por vía correo electrónico y a su vez los participantes eran invitados a compartirla con otros colegas. En la misma no se pedían datos personales que permitan la identificación de los encuestados. A medida que contestaron las encuestas, los datos eran volcados automáticamente a una planilla tipo Excel, a la que solo tiene acceso el investigador principal. Si accedían a participar de la entrevista, eran invitados a dejar un correo electrónico para ser contactados. Dado que la encuesta fue voluntaria y anónima, no se firmó consentimiento informado. En cambio, se solicitó consentimiento informado a todos los entrevistados. Los audios, transcripciones y desgrabaciones de las entrevistas se encuentran guardados en forma virtual en formas de planillas tipo Excel, codificados individualmente con códigos alfanuméricos, teniendo acceso solo los investigadores. Al comienzo de la entrevista se aclaró en todos los casos que esta podía ser suspendida en cualquier momento mediante solicitud del entrevistado y que los datos no serían usados en el trabajo. Los tesisistas no realizaron trabajo de campo dentro de sus propios espacios de trabajo. Se

proporcionaron los contactos de forma cruzada para evitar conflictos de interés y problemas éticos. Los investigadores garantizaron el cumplimiento de la legislación vigente, Ley N° 25.326 de Protección de Datos Personales, en mantener la confidencialidad de los datos y de la información recopilada.

No se realizó ningún tipo de pago, directo o indirecto, a las instituciones ni a los investigadores. Los costos de viáticos y materiales estuvieron a cargo de cada investigador en forma individual.

4- Resultados

4.1 Encuesta

Se realizaron 103 encuestas anónimas. En ella se observó que 47,6% de los participantes fueron mujeres y 52,4% fueron hombres. La distribución de sexo y edad se muestra en la tabla 1. Se observaron diferencias estadísticamente significativas siendo la edad de los hombres mayor que el de las mujeres ($p = 0.032$).

Tabla 1: Características de la población encuestada

		Frecuencia	%
Sexo/genero	Mujer	49	47,6%
	Hombre	54	52,4%
Edad en décadas	hasta 29	13	12,6%
	30-39	49	47,6%
	40-49	18	17,5%
	50-59	15	14,6%
	60 o más	8	7,8%

Fuente: elaboración propia

Al analizar el tipo de trabajo realizado, se observó que la mayoría de los participantes tenían especialidad en cardiología completa (76,7%), trabajaba en 2 o más instituciones (66%), el tipo de financiación donde trabajaba es privada (61,2%) y el principal lugar de trabajo era un hospital o clínica (52,4%). Los datos completos se expresan en la tabla 2.

Tabla 2: Tipo de trabajo y formación de los encuestados

		Frecuencia	%
Especialidad en cardiología completa	En formación	24	23,3%
	Completa	79	76,7%
¿Trabaja en 2 o más instituciones?	Si	68	66,0%
	No	35	34,0%
Lugar donde ejerce medicina (si trabaja en varias, conteste por la que trabaja más horas)	Consultorio	11	10,7%
	Hospital o Clínica	54	52,4%
	Hospital Universitario	38	36,9%
Tipo de financiación	Pública	36	35,0%
	Privada	63	61,2%
	Otros	4	3,9%

Fuente: elaboración propia

Con respecto a las percepciones y actitudes se observó que el 83% de los encuestados consideró necesaria la evaluación nutricional de sus pacientes y 17% respondió que dependía del caso. Ningún encuestado contestó que no era necesaria. Se observó que 54,4% de los encuestados trabajaba en lugares donde también trabajaba un médico especialista en nutrición, 29,1% trabajaba en lugares donde no había especialista, y el 16,5% no sabía ese dato. De la misma manera, 91,3% de los encuestados contestó que en su lugar de trabajo también trabajaban licenciadas en nutrición, mientras que el 3,9% no lo sabía.

Más específicamente, con respecto a las actitudes, 64,1% de los encuestados contestó que deriva a sus pacientes a médico especialista en nutrición o nutricionista y 12,6% contestó que no lo hace, sin embargo 23,3% no sabía si lo hacía (Figura 1). Además, 50,5% de los encuestados pesa rutinariamente a sus pacientes y solo 21,4% mide habitualmente el perímetro de cintura y cadera a sus pacientes (Figura 2). Solo 33% de los encuestados realiza evaluación nutricional de los pacientes y dentro de las prácticas realizadas son: anamnesis en 46,9% de los casos, antropometría un 12,5% y estudios complementarios en 37,5% de los casos.

Figura 1. Derivación a médico especialista en nutrición o nutricionista.

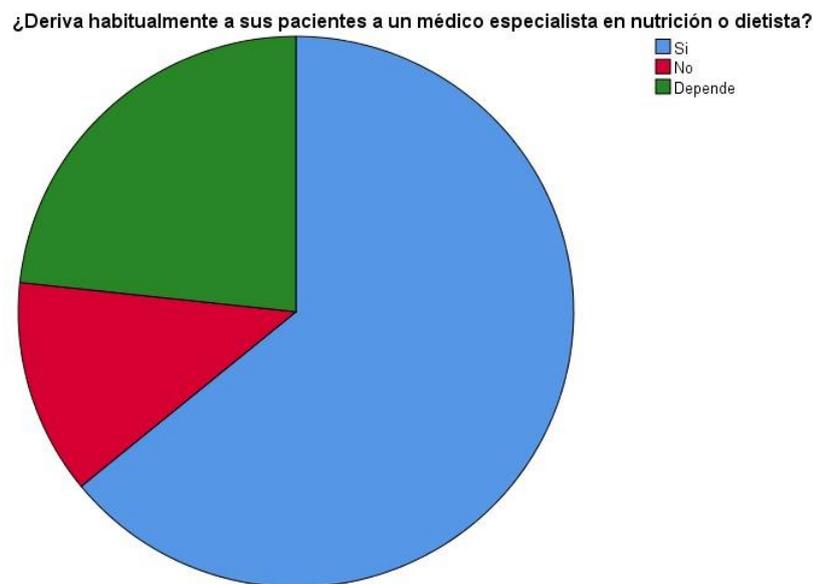


Figura 1: Se evidencia la distribución de los médicos encuestados que derivan habitualmente a sus pacientes. Fuente: elaboración propia

Figura 2. Porcentaje de médicos que mide perímetro de cintura.



Figura 2: Gráfico tipo torta donde se evidencia que solo 21,4% de los entrevistados mide perímetro de cintura y cadera de manera rutinaria. Fuente: elaboración propia.

En lo que respecta a la formación, 83,5% de los encuestados no considera suficiente su formación con respecto a los aspectos nutricionales, pero sólo el 14,6% de los casos ha realizado cursos de postgrado en nutrición (figura 3 y 4). Además, 41,7% de los encuestados ha recibido clases de nutrición relacionada a patología cardiológica durante su especialización.

Figura 3. Formación en nutrición

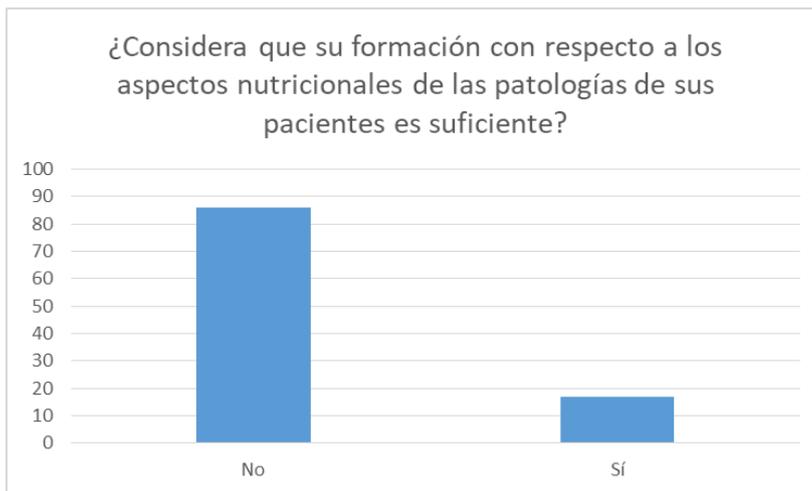


Figura 3: Gráfico de barras. Se muestra el número de encuestados que contestó si considera su formación respecto a las patologías nutricionales suficientes. Fuente: elaboración propia.

Figura 4. Cursos de postgrado

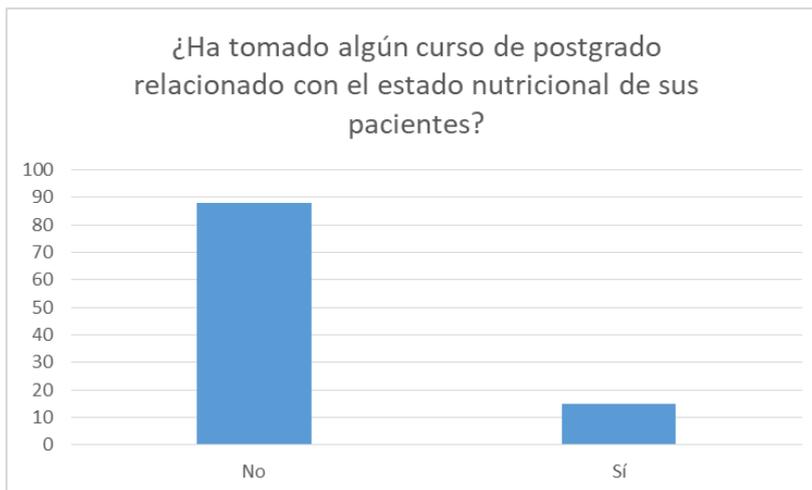


Figura 4: Gráfico de barras. Se muestra el número de encuestados que tomó cursos de postgrado relacionado con el estado nutricional de sus pacientes. Fuente: elaboración propia.

Se analizó la relación entre aquellos encuestados con especialidad en cardiología completa y aquellos en formación, con respecto a las nociones y actitudes. Se observó que no hubo diferencias en considerar necesaria la evaluación nutricional de los pacientes (respuesta afirmativa en 91,7% de los casos en formación vs 87,3% de los casos con formación completa; no se calcula valor de “p” debido a que un grupo de respuestas presenta menos de 5 casos), tampoco en la actitud de pesar de manera rutinaria a los pacientes (respuesta afirmativa en 54,2%% de los casos en formación vs 49,4% de los casos con formación completa; $p = 0,68$). En cambio se observó que hubo diferencias en la derivación habitual de los pacientes al médico especialista en nutrición o nutricionista, siendo mayor en aquellos médicos con especialidad completa (médicos en formación SI: 29,2%; NO: 29,2% depende: 41,7% vs médicos con formación completa SI: 74,7%; NO: 7,6%; depende 17,7%; $p < 0,001$). Además, son más los médicos con especialidad completa que miden de manera rutinaria el perímetro de cintura que aquellos en formación (ningún médico en formación mide perímetro de cintura vs 27,8% de los médicos con formación completa; $p = 0,004$).

Con respecto a la formación en nutrición no hubo diferencias respecto a considerar suficiente su formación respecto a los aspectos nutricionales de las patologías que involucran las enfermedades de sus pacientes entre aquellos médicos con formación completa y aquellos en formación (20,8% de los médicos en formación la consideran suficiente vs 15,2% de los médicos con formación completa; $p = 0,51$). Tampoco hubo diferencias entre la cantidad de médicos con formación completa y en formación que tomaron cursos de postgrado relacionados con la nutrición (8,3% de los médicos en formación tomaron cursos de postgrado vs 16,5% de los médicos con formación completa; no se calcula valor de “p” debido a que un grupo de respuestas presenta menos de 5 casos). En cambio, hubo diferencias entre los médicos con

especialidad completa y en formación respecto a las clases de nutrición recibidas durante la especialización, siendo mayor en los médicos con especialidad completa (16,7% de los médicos en formación recibieron clases de nutrición durante la especialización vs 49,4% de los médicos con formación completa; $p = 0,004$).

Al analizar el lugar donde los médicos ejercen su profesión, ya sea clínica, consultorio u hospital universitario, se observó que no hubo diferencias al pesar de manera rutinaria a los pacientes (consultorio 36,4% vs hospital o clínica 55,6% vs hospital universitario 47,4%; $p = 0,454$), ni al medir el perímetro de cintura y cadera (consultorio 36,4% vs hospital o clínica 20,4% vs hospital universitario 18,4%; $p = 0,427$), en cambio, se observó que en los consultorios las balanzas están menos accesibles que en los hospitales o clínicas u hospitales universitarios (consultorio 45,5% vs hospital o clínica 88,9% vs hospital universitario 94,7%; $p < 0,001$). Además, no hubo diferencias en la disponibilidad de médicos especialistas en nutrición (consultorio 45,5% vs hospital o clínica 44,4% vs hospital universitario 71,1%; $p = 0,059$) o licenciadas en nutrición (consultorio 90,9% vs hospital o clínica 85,2% vs hospital universitario 100%; $p = 0,103$). Pero por otro lado, mayor porcentaje de médicos que ejercen en consultorio derivan a sus pacientes a un médico especialista en nutrición o nutricionista, los resultados se expresan en la tabla 3. Los médicos que realizan otros tipos de evaluaciones nutricionales, aquellos que trabajan en hospitales o clínicas realizan más estudios complementarios ($p = 0,007$).

Tabla 3. Derivación a médico especialista en nutrición o nutricionista

Tipo de institución		Si	No	Depende	Total
Consultorio	Recuento	11	0	0	11
	%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Hospital o Clínica	Recuento	28	8	18	54
	%	51,90%	14,80%	33,30%	100,00%
Hospital Universitario	Recuento	27	5	6	38
	%	71,10%	13,20%	15,80%	100,00%
Total	Recuento	66	13	24	103

Fuente: elaboración propia

También se analizó las nociones y actitudes respecto al tipo de financiación del lugar de trabajo. Debido a que la opción “otros” en la encuesta solo presentaba 4 casos, se asoció esta respuesta a privado, generando un nuevo grupo denominado “Privado/Otros”. Se observó que no hubo diferencias entre la financiación pública o privada/otros al momento de pesar los pacientes (público 55,6% vs privado/otros 47,8%; $p = 0,451$) o medir perímetro de cintura (público 22,2% vs privado/otros 20,9%; $p = 0,876$), al considerar necesaria la evaluación nutricional (público 94,4% vs privado/otros 85,1%; $p = 0,158$), en el acceso a médicos especialistas en nutrición (público 50% vs privado/otros 56,7%; $p = 0,509$) o nutricionistas (público 97,2% vs privado/otros 88,1%; $p = 0,215$), en la presencia de balanzas accesibles (público 88,9% vs privado/otros 85,1%; $p = 0,713$), en la derivación habitual de los pacientes a médicos especialistas en nutrición o nutricionistas (público 69,4% vs privado/otros

61,2%; $p = 0,58$), ni si hacen otro tipo de evaluación nutricional complementaria que hacen a los pacientes (público 36,1% vs privado/otros 31,3%; $p = 0,624$).

Para analizar la influencia de la edad y la experiencia ejerciendo cardiología y cómo esto puede influenciar en las nociones y actitudes con respecto a las prácticas nutricionales, se calculó la mediana de la edad siendo esta de 37 años dividiendo a la población en 2 mitades iguales. Se observó que no hubo diferencias entre la cantidad de médicos de mayor edad y menor edad que pesan a los pacientes (menores 37 años 46,8% vs mayores 37 años 53,6%; $p = 0,494$), o que miden de manera rutinaria el perímetro de cintura de sus pacientes (menores 37 años 27,3% vs mayores 37 años 28,3%; $p = 0,51$). Tampoco hubo diferencias en la cantidad de médicos que realizan otro tipo de evaluación nutricional (menores 37 años 38,3% vs mayores 37 años 28,6%; $p = 0,296$). En cambio, los médicos de mayor edad, derivan en mayor medida de manera rutinaria a médico especialista en nutrición o nutricionista (menores 37 años 51,1% vs mayores 37 años 63,6%; $p = 0,017$). Respecto a la formación en nutrición, no hubo diferencias al considerar suficiente su formación con respecto a los aspectos nutricionales de las patologías de sus pacientes (menores 37 años 19,1% vs mayores 37 años 14,3%; $p = 0,508$), tampoco hubo diferencias en la cantidad que tomaron cursos de postgrado relacionados en nutrición (menores 37 años 17% vs mayores 37 años 12,5%; $p = 0,517$), pero más médicos jóvenes no recibieron clases de nutrición durante la especialización comparado con los médicos de mayor edad (menores 37 años 29,8% vs mayores 37 años 51,8%; $p = 0,024$).

En esta encuesta se observó que 67% de los encuestados eran miembros de la Sociedad Argentina de Cardiología, 4,9% miembros de más de una sociedad. Debido al bajo número de encuestados que pertenecía a más de una sociedad se agrupó junto con el grupo de miembro de 1 sociedad, generando el nuevo grupo

“miembro de al menos una sociedad científica”. Se observó que no hubo diferencias entre aquellos cardiólogos que son miembros de al menos una sociedad científica y aquellos que no son miembros, al considerar necesaria la evaluación nutricional (miembro al menos una sociedad científica 89,2% vs no miembro 86,2%; $p = 0,671$), al derivar habitualmente a sus pacientes a un médico especialista en nutrición o nutricionista (miembro al menos una sociedad científica 60,8% vs no miembro 72,4%; $p = 0,448$), a pesar de manera rutinaria a los pacientes (miembro al menos una sociedad científica 54,1% vs no miembro 41,4%; $p = 0,247$), o al medir perímetro de cintura (miembro al menos una sociedad científica 21,6% vs no miembro 20,7%; $p = 0,917$). Respecto a la formación, no hubo diferencias al considerar suficiente la formación respecto a los aspectos nutricionales de sus pacientes (miembro al menos una sociedad científica 16,2% vs no miembro 17,2%; $p = 0,9$), a la hora de tomar cursos de postgrado (miembro al menos una sociedad científica 17,6% vs no miembro 6,9%; $p = 0,167$), o clases de nutrición durante la especialización (miembro al menos una sociedad científica 43,2% vs no miembro 37,9%; $p = 0,623$).

Con respecto a la actitud de pesar a los pacientes de manera rutinaria, se observó que no hubo diferencias entre los cardiólogos que tomaron cursos de postgrado y aquellos que no lo tomaron (tomaron cursos de postgrado 19,2% vs no tomaron cursos de postgrado 9,8%; $p = 0,175$), ni tampoco entre aquellos que consideran su formación en nutrición suficientes y aquellos que no (considera su formación suficiente 19,2% vs no considera su formación suficiente; $p = 0,452$), o entre aquellos que recibieron clases de nutrición relacionada con sus pacientes durante la especialización y aquellos que no recibieron (recibieron clases en especialización 46,2% vs no recibieron clases en la especialización 37,3%; $p = 0,36$). De la misma manera, no hubo diferencias en medir el perímetro de cintura y cadera

de manera rutinaria entre aquellos cardiólogos que tomaron cursos de postgrado y aquellos que no lo tomaron (tomaron cursos de postgrado 18,2% vs no tomaron cursos de postgrado 16%; $p = 0,221$), ni tampoco entre aquellos que consideran su formación en nutrición suficientes y aquellos que no (considera su formación suficiente 19,2% vs no considera su formación suficiente; $p = 0,811$), o entre aquellos que recibieron clases de nutrición relacionada con sus pacientes durante la especialización y aquellos que no recibieron (recibieron clases en especialización 59,1% vs no recibieron clases en la especialización 37%; $p = 0,063$).

Finalmente se realizaron preguntas con casos clínicos para evaluar las actitudes de los médicos. En 3 escenarios distintos, con 3 pacientes distintos, se preguntó ante qué situación se lo derivaría a una consulta dietoterápica. Se observó que ante un paciente hipertenso, 32,7% de los encuestados lo derivarían siempre; 42,7% antes de medicarlo, intentando cambio de hábitos; 4,9% cuando no responde a la primer línea de drogas; 1,9% cuando agoté todos los recursos farmacológicos, mientras que 18,4% no lo derivaría nunca. Ante un paciente dislipémico se observaron porcentajes similares siendo, 40,8% de los encuestados lo derivarían siempre; 33% antes de medicarlo, intentando cambio de hábitos; 7,8% cuando no responde a la primer línea de drogas, 3,9% cuando agoté todos los recursos farmacológicos, mientras que 13,6% no lo derivaría nunca. Ante un paciente con enfermedad coronaria, se observó que 38,8% lo derivaría siempre, 49,5% cuando tiene otras comorbilidades como obesidad y dislipemia, y 11,7% no lo derivaría nunca. Al analizar estas respuestas discriminando si los médicos tenían especialidad completa o no, se observó que en ninguno de los 3 escenarios planteados hubo diferencias en las respuestas, el recuento y porcentaje de las respuestas se expresa en tabla 4 ($p = 0,578$; $p = 0,753$; $p = 0,198$; respectivamente). Igualmente no se encontraron

diferencias en las respuestas a los tres escenarios al analizar según el tipo de institución donde ejerce, el recuento y porcentaje se expresa en tabla 5 ($p = 0,49$; $p = 0,896$; $p = 0,674$; respectivamente); según la edad dicotomizada, el recuento y porcentaje de las respuestas se expresa en tabla 6, ($p = 0,24$; $p = 0,233$; $p = 0,081$; respectivamente), o según si es miembro de al menos una sociedad, el recuento y porcentaje se expresan en tabla 7 ($p = 0,250$; $p = 0,167$; $p = 0,059$; respectivamente). Tampoco hubo diferencias al analizar el tipo de financiación del lugar de trabajo, al tratar a un paciente hipertenso ($p = 0,302$), dislipémicos ($p = 0,675$) o con enfermedad coronaria ($p = 0,337$), el recuento y porcentaje se expresa en tabla 8.

Tabla 4: Actitudes ante distintos pacientes de acuerdo a si los encuestados tienen especialidad en cardiología completa o no

Pregunta	Respuesta	En Formación		Especialidad Completa	
		N	%	N	%
Ante un paciente hipertenso, usted lo derivaría a una consulta dietoterápica en la siguiente situación	Siempre	8	33,3%	25	31,6%
	Antes de medicarlo, intentando cambios de hábitos	10	41,7%	34	43,0%
	Cuando no responde a la primer línea de drogas	0	0,0%	5	6,3%
	Cuando agoté todos los recursos farmacológicos	0	0,0%	2	2,5%
	Nunca	6	25,0%	13	16,5%
Ante un paciente dislipémico, usted	Siempre	8	33,3%	34	43,0%

lo derivaría a una consulta dietoterápica en la siguiente situación	Antes de medicarlo, intentando cambios de hábitos	9	37,5%	25	31,6%
	Cuando no responde a la primer línea de drogas	1	4,2%	7	8,9%
	Cuando agoté todos los recursos farmacológicos	1	4,2%	3	3,8%
	Nunca	5	20,8%	9	11,4%
	Sin dato	0	0,0%	1	1,3%
Ante un paciente con enfermedad coronaria, usted lo derivaría a una consulta dietoterápica en la siguiente situación	Siempre	10	41,7%	30	38,0%
	Cuando tiene otras comorbilidades como obesidad y dislipemia	9	37,5%	42	53,2%
	Nunca	5	20,8%	7	8,9%

Fuente: elaboración propia.

Tabla 5: Actitudes ante distintos pacientes de los encuestados, según la institución donde se ejerce

Pregunta	Respuesta	Consultorio		Hospital o Clínica		Hospital Universitario	
		N	%	N	%	N	%
Ante un paciente hipertenso, usted lo derivaría a una consulta dietoterápica en la siguiente situación	Siempre	5	45,5%	15	27,8%	13	34,2%
	Antes de medicarlo, intentando cambios de hábitos	2	18,2%	23	42,6%	19	50,0%

	Cuando no responde a la primer línea de drogas	1	9,1%	4	7,4%	0	0,0%
	Cuando agoté todos los recursos farmacológicos	0	0,0%	1	1,9%	1	2,6%
	Nunca	3	27,3%	11	20,4%	5	13,2%
Ante un paciente dislipémico, usted lo derivaría a una consulta dietoterápica en la siguiente situación	Siempre	4	36,4%	20	37,0%	18	47,4%
	Antes de medicarlo, intentando cambios de hábitos	3	27,3%	18	33,3%	13	34,2%
	Cuando no responde a la primer línea de drogas	1	9,1%	5	9,3%	2	5,3%
	Cuando agoté todos los recursos farmacológicos	0	0,0%	3	5,6%	1	2,6%
	Nunca	3	27,3%	7	13,0%	4	10,5%
	Sin dato	0	0,0%	1	1,9%	0	0,0%
Ante un paciente con enfermedad coronaria, usted lo derivaría a una consulta dietoterápica en la siguiente situación	Siempre	6	54,5%	19	35,2%	15	39,5%
	Cuando tiene otras comorbilidades como obesidad y dislipemia	4	36,4%	27	50,0%	20	52,6%
	Nunca	1	9,1%	8	14,8%	3	7,9%

Fuente: elaboración propia.

Tabla 6: Actitudes frente a distintos pacientes según la edad de los encuestados

Pregunta	Respuesta	Menor a 37 años		Mayor a 37 años	
		%	N	%	N
Ante un paciente hipertenso, usted lo derivaría a una consulta dietoterápica en la siguiente situación	Siempre	29,8%	14	33,9%	19
	Antes de medicarlo, intentando cambios de hábitos	42,6%	20	42,9%	24
	Cuando no responde a la primer línea de drogas	2,1%	1	7,1%	4
	Cuando agoté todos los recursos farmacológicos	0,0%	0	3,6%	2
	Nunca	25,5%	12	12,5%	7
Ante un paciente dislipémico, usted lo derivaría a una consulta dietoterápica en la siguiente situación	Siempre	34,0%	16	46,4%	26
	Antes de medicarlo, intentando cambios de hábitos	34,0%	16	32,1%	18
	Cuando no responde a la primer línea de drogas	6,4%	3	8,9%	5
	Cuando agoté todos los recursos farmacológicos	2,1%	1	5,4%	3
	Nunca	21,3%	10	7,1%	4
	Sin dato	2,1%	1	0,0%	0
Ante un paciente con enfermedad coronaria, usted	Siempre	38,3%	18	39,3%	22

lo derivaría a una consulta dietoterápica en la siguiente situación	Cuando tiene otras comorbilidades como obesidad y dislipemia	42,6%	20	55,4%	31
	Nunca	19,1%	9	5,4%	3

Fuente: elaboración propia.

Tabla 7: Actitudes frente a distintos pacientes según membresía alguna sociedad científica

Pregunta	Respuesta	Al menos 1		Ninguna	
		N	%	N	%
Ante un paciente hipertenso, usted lo derivaría a una consulta dietoterápica en la siguiente situación	Siempre	19	25,7%	14	48,3%
	Antes de medicarlo, intentando cambios de hábitos	34	45,9%	10	34,5%
	Cuando no responde a la primer línea de drogas	4	5,4%	1	3,4%
	Cuando agoté todos los recursos farmacológicos	2	2,7%	0	0,0%
	Nunca	15	20,3%	4	13,8%
Ante un paciente dislipémico, usted lo derivaría a una consulta dietoterápica en la siguiente situación	Siempre	27	36,5%	15	51,7%
	Antes de medicarlo, intentando cambios de hábitos	24	32,4%	10	34,5%

	Cuando no responde a la primer línea de drogas	7	9,5%	1	3,4%
	Cuando agoté todos los recursos farmacológicos	3	4,1%	1	3,4%
	Nunca	13	17,6%	1	3,4%
	Sin dato	0	0,0%	1	3,4%
Ante un paciente con enfermedad coronaria, usted lo derivaría a una consulta dietoterápica en la siguiente situación	Siempre	24	32,4%	16	55,2%
	Cuando tiene otras comorbilidades como obesidad y dislipemia	39	52,7%	12	41,4%
	Nunca	11	14,9%	1	3,4%

Fuente: elaboración propia.

Tabla 8: Actitudes ante distintos pacientes según el tipo de financiación de la institución donde ejercen los encuestados

Pregunta	Respuesta	Público		Privado/Otros	
		N	%	N	%
Ante un paciente hipertenso, usted lo derivaría a una consulta dietoterápica en la siguiente situación	Siempre	9	25,0%	24	35,8%
	Antes de medicarlo, intentando cambios de hábitos	20	55,6%	24	35,8%
	Cuando no responde a la primer línea de drogas	2	5,6%	3	4,5%

	Cuando agoté todos los recursos farmacológicos	1	2,8%	1	1,5%
	Nunca	4	11,1%	15	22,4%
Ante un paciente dislipémico, usted lo derivaría a una consulta dietoterápica en la siguiente situación	Siempre	14	38,9%	28	41,8%
	Antes de medicarlo, intentando cambios de hábitos	15	41,7%	19	28,4%
	Cuando no responde a la primer línea de drogas	3	8,3%	5	7,5%
	Cuando agoté todos los recursos farmacológicos	1	2,8%	3	4,5%
	Nunca	3	8,3%	11	16,4%
	Sin dato	0	0,0%	1	1,5%
Ante un paciente con enfermedad coronaria, usted lo derivaría a una consulta dietoterápica en la siguiente situación	Siempre	14	38,9%	26	38,8%
	Cuando tiene otras comorbilidades como obesidad y dislipemia	20	55,6%	31	46,3%
	Nunca	2	5,6%	10	14,9%

Fuente: elaboración propia.

4.2 Entrevistas

Se realizaron 22 entrevistas. En cuanto a las características de los entrevistados, 9 corresponden a médicos con especialidad completa en cardiología y 13 a médicos residentes en formación en cardiología. Con respecto al subsistema de salud en el que trabajan, 5 lo hacen en hospital público, 6 en consultorio privado y 15 en sanatorio privado. Acerca del tipo de trabajo, 14 de ellos ejercen en unidad

coronaria, 5 de ellos en consultorios y 3 trabajan tanto en unidad coronaria como en consultorio.

A partir del contenido de las entrevistas, se diferenciaron y analizaron cinco dimensiones, entre las que se encuentran características de trabajo, la formación de los entrevistados, la evaluación nutricional, la derivación nutricional y los cambios propuestos.

Dimensión 1: Trabajo.

Como se mencionó en las características de los entrevistados, más de la mitad corresponden a especialistas en formación, los cuales describen como su principal lugar de trabajo la internación y la unidad coronaria. Coinciden en la alta carga asistencial, con jornadas de trabajo prolongadas con guardias.

Aquellos que realizan principalmente consultorio, refieren atender pacientes por obras sociales o en consultorios externos de hospitales. Muchos de ellos destacan trabajar en varios lugares, mencionando el pluriempleo, compartiendo trabajo en el sistema público y privado. Muchos de ellos, además de la consulta cardiológica, realizan estudios complementarios, como ecodoppler cardíaco, holter entre otros. Sólo dos de los entrevistados refieren realizar consultorios orientados a cardiometabolismo u obesidad. Refiere un entrevistado “Soy cardiólogo especializado en ecocardiografía, hacemos holter, ergometrías, presurometrías. Como todos los médicos, trabajamos casi todo el día, haciendo un poco en lo público como en lo privado” (Cardiólogo, consultorio, público/ privado).

Si bien varía el tipo de trabajo, todos coinciden en la gran carga laboral asistencial, sea como parte de la residencia o en aquellos con especialidad completa, en forma de pluriempleo.

Dimensión 2: Formación

Dentro de esta dimensión, se describen los aspectos indagados relacionados con la formación académica de pregrado, posgrado y la afiliación a alguna sociedad científica.

Los entrevistados refirieron haber tenido insuficiente formación nutricional en su carrera académica de pregrado. Quienes estudiaron en la Universidad de Buenos Aires mencionaron que su formación en nutrición tuvo una duración de entre dos y cuatro semanas, mientras que los profesionales formados en Ecuador, refirieron haber tenido clases de nutrición de una duración de entre seis y doce meses.

Con respecto al abordaje de la nutrición dentro de la formación cardiológica de posgrado, mencionaron haber recibido clases solamente en algunos módulos: “Yo como tener recuerdo de la formación en nutrición, tuvimos una clase en el curso de la SAC en el módulo que hablaba de hipertensión y también se hablaba un poco de dislipidemia. Ahí sí hubo una clase de nutrición. Después, poco y nada” (cardiólogo, consultorio, público).

Aquellos que forman parte de alguna sociedad científica, consideraron importante la formación en nutrición y también, encontraron mejoras evolutivas en aquellos pacientes con cambios de hábitos alimenticios. Otros mencionaron que “la formación nutricional es parte de un interés personal” (cardiólogo, consultorio, institución privada) o que es suficiente.

“En la residencia de cardiología hay módulos en la cursada de nutrición, bien básicos, obviamente, hablar de dieta mediterránea, dieta hipoproteica, hipocalórica, orientado a pacientes con diabetes o paciente con trastorno de lípidos. Es poco, pero en relación a lo que es nuestra especialidad, es correcto el tamaño de la información que nos dieron, porque la verdad que en la consulta cardiológica abarca tantos

factores de riesgo que no puedes hacer hincapié en lo que es un tratamiento nutricional por el tiempo que te lleva eso en una consulta actual” (cardiólogo, consultorio, privado).

En este sentido, el análisis de esta dimensión da cuenta de una gran heterogeneidad con respecto a sus trayectorias y apreciación sobre la relevancia de la evaluación nutricional.

Dimensión 3: Valoración Nutricional

Se indaga en esta dimensión acerca de la realización de una valoración nutricional en su práctica profesional habitual y en qué consiste la misma. A los fines de este trabajo, se entiende por valoración nutricional a los aspectos relacionados con la evaluación de medidas antropométricas como peso, altura, índice de masa corporal, perímetro de cintura.

La mayoría de los entrevistados indican que no la realizan en forma rutinaria. Sin embargo, encontramos que el sentido de la valoración nutricional varía entre los casos analizados. Por ejemplo, al preguntar específicamente si pesan y miden a los pacientes, si bien la mayoría de los entrevistados refiere no realizar una evaluación nutricional, un grupo de casos dio cuenta de que sí toman estas medidas antropométricas. En caso de realizarla, lo hacen antes determinadas patologías (como insuficiencia cardíaca, cirrosis, sobrepeso u obesidad) o ante la necesidad de pedido de equipamiento médico o medicamentos que requieren formularios especiales que incluyan medidas antropométricas para su solicitud (por ejemplo, mediación para tratamiento de obesidad, silla de ruedas). Un entrevistado (residente de cardiología en área de internación, de institución privada) indica: “Depende del

paciente. En los pacientes con insuficiencia cardíaca o en pacientes cirróticos, se miden y se pesan y se los controla con ese tipo de medidas”.

Otros indican que solicitan exámenes bioquímicos de laboratorio como única herramienta de valoración nutricional. Un entrevistado (residente de cardiología en área de internación, de institución privada) responde: “Más que pedir el perfil lipídico, no”.

Al indagar sobre la realización de evaluación nutricional, algunos de los entrevistados respondieron haciendo referencia a la derivación de los pacientes a nutricionistas, cuando consideran que es necesario un enfoque más especializado en la alimentación. Algunos de ellos mencionan que el tiempo y la falta de conocimiento son las principales razones por las que no realizan una evaluación nutricional completa. Por ejemplo:

“No peso ni mido, porque lleva mucho tiempo. Prefiero que lo haga otra persona o un especialista, y que él tome el valor o la importancia de lo que está midiendo, para poder hacer ciertas cosas que quizás sabe más él que yo, prefiero que el paciente vaya a un especialista para que, en ese caso le haga todas esas mediciones y lo sepa interpretar también” (cardiólogo, consultorio ambulatorio, de institución pública).

En general, si bien los participantes enfatizan la importancia de una alimentación saludable, no incluyen la evaluación nutricional en su práctica habitual ni comparten una definición unificada del alcance de dicha evaluación.

Dimensión 4: Derivación a especialista

En la dimensión derivación nutricional, se indaga sobre la posibilidad de derivación a un servicio de nutrición, la presencia de licenciado o médico especialista

en nutrición, las dificultades para su derivación y los criterios para realizar la misma de los entrevistados.

Se desprende de las entrevistas que muchos de los servicios o lugares de trabajo no cuentan con médico nutricionista, aunque sí con licenciados en nutrición. Se observó que muchos de los entrevistados, especialmente aquellos en formación, desconocían si en sus lugares de trabajo había o no equipo nutricional, o no sabían si lo formaban médicos o licenciados en nutrición: “no sé, calculo que sí, pero yo no los conozco, ni los he visto” (residente de cardiología, internación, privado). “Sólo sabemos que está el área de nutrición, muy poco interés le he tomado yo para averiguar” (residente de cardiología, internación, privado).

Dentro de las dificultades para la derivación encontradas, se menciona la demora en los turnos para la evaluación nutricional en forma ambulatoria o la escasez de médicos especialistas en nutrición. Muchos comentan que si bien es fácil la derivación, no obtienen luego una devolución o les gustaría que la misma sea en forma personal y no a través de notas, mientras que otros consideran que ese tipo de comunicación les es útil. Otros señalan que prefieren derivar a profesionales que conocen su forma de trabajo.

“Recomiendo a una nutricionista con la cual tengo relación y he charlado varias veces, entonces sé su postura y confío en lo que le va a dar. Siempre que sea un trabajo multidisciplinario es mejor para el paciente y es más fructífero para uno como médico” (cardiólogo, consultorio externo, privado).

“Yo habitualmente mando una nota con los factores de riesgo y con cuál es el objetivo que quiero para el paciente y suelen responder” (cardiólogo, consultorio, privado).

En internación se menciona que no cuentan en general con presencia diaria de especialistas en nutrición como cuentan con otras especialidades. Aunque los pacientes sí reciben una orientación nutricional básica mientras están internados por parte de licenciados en nutrición.

Dentro de los criterios de derivación, hacen referencia a que solicitan la misma por falta de conocimiento personal del tema, por considerar que otra persona puede abordarlo de mejor forma. Otros derivan ante patologías específicas, como sobrepeso, obesidad y diabetes. Aquellos cuyo trabajo se concentra en internación, consideran de relevancia la derivación solo ante pacientes con desnutrición o que requieran soporte nutricional, mencionando que la derivación no es prioritaria en el paciente crítico.

“Para pacientes que están en estado crítico, quizás hay cosas que serían más relevantes para estabilizar, que su estilo de vida. Y si fuera más fácil derivar tampoco, no lo consideraría de rutina. Por ambulatorio sí, pero un paciente crítico no” (residente de cardiología, internación, hospital privado).

Dimensión 5: Cambios propuestos

Al concluir las entrevistas, se consulta a los expertos sobre su opinión acerca de la necesidad de realizar modificaciones en su educación, en su rutina diaria de trabajo o en los servicios de cardiología en relación a la nutrición, y en caso afirmativo, cuáles serían esos cambios propuestos.

Existe un consenso general entre los entrevistados sobre la necesidad de una mayor formación y capacitación en nutrición. Los comentarios enfatizan la utilidad de dicha formación para una mejor atención médica de los pacientes.

Un entrevistado (residente de cardiología, hospital, privado) afirma: “me parece que hay un montón de especialidades que tenemos muy poca información o que la vemos muy acotada y cuando uno llega a la práctica diaria, se fueron perdiendo esos conocimientos, entonces estaría bueno reafirmarlos. Y después desde la carrera de cardiología, yo creo que sería importante que se le dé un enfoque más profundo a la nutrición, ya que tiene mucho que ver con nuestras patologías, así que es fundamental”.

Así mismo, algunos participantes resaltan la importancia de tomar clases, conformar ateneos y promover el intercambio y el manejo interdisciplinario. Destacan la necesidad de una formación continua para mejorar la atención nutricional y de establecer un enfoque colaborativo entre los diferentes profesionales de la salud. Otro entrevistado comenta: “deberíamos formarnos más. No sé si voy a ser el más capacitado para poder solucionar el tema, por lo menos orientar al paciente. Y si llegan a ir al nutricionista, bueno poder darle unas directivas hasta que lleguen al profesional que está más capacitado” (cardiólogo, hospital público). Otro apunta: “Organizar, cuando hay casos interesantes, algún ateneo o por ahí tomar pautas de seguimiento del paciente, qué se puede hacer desde lo psicológico, de lo nutricional, el diabetólogo, el endocrinólogo, el cardiólogo, estaría bueno” (residente de cardiología, hospital, privado).

Algunos entrevistados que se desempeñan en salas de internación o unidad coronaria desearían la presencia diaria de médicos especialistas en nutrición. Uno de ellos manifiesta: “acá estaría bueno que haya un nutricionista con nosotros, después de la recorrida para hablar de la dieta del paciente, para que interrogué al paciente, ver qué le recomienda más, cosa de poder hacer un seguimiento en internación” (residente de cardiología, hospital, privado).

Un participante refiere: “yo creo que por lo menos estaría bueno que haya una evaluación por parte de un médico nutricionista, de los pacientes, aprovechando ya la internación. O por lo menos, tal vez, si no puede ser posible acá dentro de la institución, sí que se vayan todos por lo menos con un turno asignado para ser evaluados ambulatoriamente” (residente cardiología, hospital privado). Otro explica: “habría que abrir un buen espacio para que los pacientes, previo al alta, pasen por ese consultorio porque a los ingresos no se puede, cuando se van, o sea, salen de coronaria y luego hagan un paso por ahí” (residente de cardiología, hospital, privado). Ambos casos dando diferentes opciones de trabajo a futuro que mejoran la mirada multidisciplinaria del paciente.

Entrevistados que trabajan en consultorio mencionan aspectos relacionados con la facilitación de los procesos de derivación y la disponibilidad de especialistas. Un entrevistado apunta: “lo que sí, conseguir un médico nutricionista es más difícil que conseguir un licenciado en nutrición. Esa es quizás la principal demanda, que haya más médicos especialistas en nutrición, pero es una especialidad que es chica en volumen con respecto a otras especialidades” (cardiólogo, consultorio, privado).

Otros datos a mencionar

Cabe destacar que gran parte de los participantes no sabe que es la dietoterapia. Uno de ellos explica: “no, me imagino por lo que dice la palabra en sí. Por la palabra, pero no” (cardiólogo, hospital público). Otro refiere: “supongo que debe ser la alimentación como tratamiento, pero más bien me parece que debe ir orientado también a la prevención primaria, ¿no? A los pacientes que tienen factores de riesgo” (residente de cardiología, hospital privado).

Aquellos que conocen el término consideran que la dietoterapia es importante en el manejo de ECNT, ya que los hábitos alimentarios pueden influir en el desarrollo y progresión de estas patologías. Uno de ellos cuenta: “tiene bastante relevancia porque la mayoría de los pacientes exacerbaban más la patología de base. Lo último que se vio fue con el COVID, en pacientes obesos había una mayor mortalidad” (residente de cardiología, hospital, privado).

Sin embargo, refieren que la falta de formación o la falta de tiempo en una consulta médica no les permite utilizarla como herramienta terapéutica.

Surge en las entrevistas que los profesionales entrevistados no suelen interrogar rutinariamente a los pacientes sobre sus hábitos alimentarios. Uno de ellos relata: “no, yo creo que es porque no le damos la importancia suficiente. Preguntamos por ahí más que nada los hábitos, como si fuma, si tiene colesterol alto, pero bueno, no preguntamos el estilo de alimentación, preguntamos los factores de riesgo, digamos, pero no los hábitos, en realidad” (residente de cardiología, hospital, privado).

Si bien los cardiólogos entrevistados consideran la orientación nutricional de los pacientes que atienden, una parte básica e importante del tratamiento, la perciben como una terapia de apoyo a los fármacos y no suelen darle prioridad. Uno de ellos refiere: “sé las bases que me dieron en la facultad y por ahí el concepto que yo tengo está más enfocado a una medicina preventiva y a una terapia de apoyo a lo farmacológico” (residente de cardiología, hospital, privado).

Un dato a mencionar, es la percepción de los participantes sobre qué patologías de las que padecen sus pacientes, consideran que se benefician más con una orientación o tratamiento nutricional. Un entrevistado comenta: “en hipertensión. Para mí sin duda la hipertensión” (residente de cardiología, hospital, consultorio). Otro opina: “en pacientes hipertensos, eso es como súper importante, pacientes con algún

antecedente de insuficiencia cardíaca [...] también lo que es obesidad solamente si es muy marcada, o sea que tenga mucho que ver con la enfermedad actual” (residente de cardiología, hospital, privado).

Un entrevistado (residente de cardiología, hospital, privado) relata que en su opinión es importante dar intervención a especialistas en nutrición en casos particulares: “en general son pacientes o que han tenido internaciones largas en terapia o en unidad cerrada o pacientes que han tenido cirugías muy grandes sobre todo que afectan al tracto gastrointestinal, que han tenido una recuperación dificultosa o que les cuesta volver a alimentarse o les cuesta destetarse de la nutrición parenteral o enteral según corresponda”.

Según un entrevistado (residente de cardiología, hospital, privado) en los casos en que no se realiza una consulta con nutrición, a los pacientes internados se les proporcionan indicaciones mínimas de nutrición al alta. Comenta: “siempre como que la dieta es el primer punto que ponemos en lo que sería la epicrisis de lo que tenga que cumplir. Pero seguro que no es en lo que más tiempo le dedican, o se lo pongan primero en la lista. Sería, por ejemplo, dieta hiposódica, ponele, una cosa así, gastroprotectora. Más que eso no ahondamos”.

La falta de tiempo y enfoque en la patología son citados como razones por las que se presta poca atención a la nutrición de los pacientes. Un consultado analiza: “sí les decimos que modifiquen un poco sus hábitos, pero no tan detalladamente de hacerles un esquema que sería lo mejor, de cuántas kilocalorías por hidratos de carbono o de proteínas deben ingerir y eso, porque quita tiempo y además son

5- Discusión

En el presente estudio, se analizaron las representaciones y actitudes de médicos cardiólogos, y aquellos en proceso de formación, en relación a la dietoterapia, así como las barreras y facilitadores para abordarla.

En cuanto a las representaciones, casi la totalidad de los participantes sostuvo que considera necesaria la evaluación nutricional de los pacientes. Sin embargo, al indagar en las entrevistas, se halló heterogeneidad en la interpretación de evaluación nutricional y dietoterapia. Se observa algo similar en una encuesta a cardiólogos en Estados Unidos, en la cual 89% de los especialistas y 87% de los becarios en formación contestaron que creen que las intervenciones dietéticas probablemente brinden un beneficio adicional sustancial a los pacientes con ECV (5,6).

Se observó en el presente estudio además que, si bien consideran necesaria la valoración nutricional, no siempre se refleja en sus actitudes, ya que más de la mitad refiere no realizar en su práctica diaria evaluación nutricional o derivación para la misma. Esto coincide con otros trabajos en la literatura que resaltan esta brecha entre la creencia y la acción en el aspecto nutricional. Por ejemplo, en un estudio realizado con médicos oncólogos italianos, 97% de los encuestados considera decisivo el estado nutricional de sus pacientes, pero sólo el 28% incluye la valoración nutricional dentro de las consultas de rutina (14). En otro estudio con médicos oncólogos australianos, se observó que aunque el 86 % y el 88 % de los médicos conocen las definiciones aceptadas de desnutrición y sarcopenia respectivamente, y el 93% considera que es su función identificarlas, el 21% y el 43% de los médicos tiene una confianza limitada o nula en su capacidad para identificar la desnutrición y la sarcopenia, respectivamente (10).

Continuando con las actitudes referidas, se observó que los médicos con especialidad completa vs aquellos en formación, derivan con más frecuencia a consulta nutricional. De la misma manera, miden el perímetro de cintura con mayor frecuencia. Además, son más frecuentes los médicos cardiólogos mayores de 37 años que derivan a consulta nutricional que los menores de 37 años. No queda claro si es la influencia de la edad, la experiencia o la formación académica lo que hace que deriven más a los pacientes. Estos resultados contrastan con la literatura hallada, ya que en un trabajo con médicos oncólogos en Turquía, donde se realizó una encuesta de nociones y actitudes, se observó que no hubo diferencias en el conocimiento evaluado en relación a los años de especialista (menos o más de 5 años) o al tipo de institución donde ejerce (hospital universitario, hospital de investigación, hospital público, hospital privado). En cambio, en el mismo trabajo hubo diferencias en el conocimiento, de acuerdo a si los encuestados recibían educación en nutrición clínica o si recibían educación en nutrición durante su formación como oncólogos (15).

En cuanto a las barreras para la realización de valoración nutricional referidas en las entrevistas del presente trabajo, se mencionaron el exceso de tareas diarias y la falta de tiempo. Aquellos cardiólogos con especialidad completa, prefieren delegarla a un tercero por falta de tiempo. Esto coincide con otros estudios, como uno realizado en un hospital en Buenos Aires, donde la falta de tiempo fue una de las principales barreras encontradas en médicos de diferentes especialidades (16), y en otro estudio realizado en residentes en atención primaria en Suiza, con los mismos hallazgos (17). De la misma manera se observó que la falta de tiempo era considerada una barrera en el estudio de oncólogos turcos previamente mencionado (15).

En cuanto a la derivación nutricional, con respecto a los cardiólogos en formación entrevistados, fue curioso que muchos manifestaron desconocer la existencia de servicio de nutrición, coincidiendo con lo hallado en las encuestas, en quienes a su vez realizan menos valoraciones nutricionales y derivaciones. Aquellos cardiólogos con especialidad completa, refieren derivar a especialistas en nutrición, aunque la mayoría afirma tener dificultades en el tiempo de derivación y no contar con un intercambio fluido con el especialista a derivar.

Con respecto a la formación en nutrición, cabe resaltar que un 83% de los encuestados y la totalidad de los entrevistados con capacitación en Argentina, consideraron que su educación en nutrición es incompleta. Como excepción, aquellos con formación en el extranjero mencionaron haber recibido mayor capacitación. Según la bibliografía, la formación fue considerada escasa en muchos de los trabajos revisados. Por ejemplo, en una encuesta realizada a enfermeros y médicos de Dinamarca, Suecia y Noruega, el insuficiente conocimiento fue reportado como la principal barrera para realizar una práctica nutricional adecuada (18). En el estudio de oncólogos en Turquía, solo el 43 % reportó haber recibido educación clínica nutricional (15). En un trabajo donde se completaron 930 encuestas específicamente a cardiólogos de Estados Unidos, el 90% informó que recibió mínima educación nutricional durante formación cardiológica, el 59% que tampoco la recibió en medicina interna y el 31% señaló que no recibió capacitación en nutrición en la escuela de medicina (5).

Igualmente, es interesante observar que en el presente estudio la adquisición de conocimientos relacionados con la nutrición en pacientes cardiológicos no cambia las actitudes asistenciales, es decir que no hubo diferencias entre los que recibieron clases de nutrición o se consideran formados al respecto, al momento de realizar

mediciones en los pacientes, como, por ejemplo, pesarlos o medir el perímetro de cintura y de cadera.

Con respecto a la formación, también se observó que más médicos con especialidad completa refirieron haber recibido clases de nutrición durante la especialidad a diferencia de los que están en formación. Esto se puede deber a que los residentes pueden no haber recibido clases por continuar aún en formación o por deberse a un cambio de currícula en la especialidad.

Teniendo en cuenta lo anterior, si bien podría considerarse la falta de formación como una barrera, en este estudio, el haber recibido mayor capacitación no representó cambios significativos en las actitudes.

En cuanto a facilitadores, se evaluó la disponibilidad de recursos como un determinante. Si bien se observó que los médicos que ejercen en consultorios tienen menos disponibilidad de balanzas, no hubo diferencias en la frecuencia en la que los médicos pesan de manera rutinaria a los pacientes. También se observó que los médicos que ejercen en consultorio derivan más que los que trabajan en clínicas u hospitales universitarios. Se encontró que la presencia de licenciados en nutrición en las instituciones es más frecuente que la del médico especialista. Esto ha llevado a la propuesta de los entrevistados de aumentar la cantidad de médicos nutricionistas y promover un enfoque interdisciplinario. Estos datos coinciden con los hallados en el estudio ya mencionado sobre oncólogos, donde se identificaron como barreras para la identificación y el manejo de la desnutrición: el acceso a las herramientas requeridas y la falta de servicios para manejar a los pacientes desnutridos (10).

Finalmente, al analizar el tipo de financiación del sistema de salud donde ejercen los cardiólogos, no hubo diferencias con respecto a las nociones y actitudes. Es decir que no hubo diferencias en la frecuencia en que los médicos pesan a los

pacientes de manera rutinaria, miden perímetro de cintura, derivan a especialistas, toman cursos de postgrado o en las respuestas a los escenarios clínicos planteados.

El actual trabajo es novedoso dado que en la revisión bibliográfica realizada no se encuentra un estudio similar en Argentina donde se haya encuestado y entrevistado a cardiólogos para conocer las nociones y actitudes con respecto a sus prácticas nutricionales. Además, dentro de la encuesta y entrevista se indagó sobre posibles problemas coyunturales propios del país, como las diferencias en los sistemas de salud o la disponibilidad de recursos materiales y humanos.

Dentro de las posibles limitaciones del trabajo, la muestra podría haber sido más heterogénea con respecto a la cantidad de médicos que ejerce en consultorio, clínica u hospital universitario, así como en los distintos sistemas de salud. La imposibilidad de equilibrar adecuadamente la muestra se debió al sistema de recolección de datos, por bola de nieve. De esta manera cada encuestado era invitado a mandar la encuesta a sus colegas, por lo tanto, los autores no pudimos controlar la distribución, ni a quien llegaba la encuesta. De la misma manera, los entrevistados fueron aquellos médicos que dieron su consentimiento y su contacto a través de la encuesta. Es decir que los autores solo pudimos acceder a encuestados que aceptaron ser entrevistados. La voluntad de acceder a la entrevista fue manifestada en las encuestas, y solo se tuvo acceso a 22 entrevistas del total de encuestados. Dado que la división en cuotas buscaba dar variedad a la muestra y no buscar diferencias, creemos que el número de profesionales entrevistados aporta suficiente material para el análisis planteado en el presente trabajo.

6- Conclusiones

6.1 Conclusión grupal

La evaluación nutricional en las ECNT fue considerada necesaria en la mayoría de los cardiólogos consultados (con formación completa y en curso), aunque se encontró heterogeneidad en lo que se entendía por valoración nutricional entre los mismos. A pesar de eso, la mayoría refirió no realizar una evaluación nutricional en sus pacientes. Se encontró que aquellos cardiólogos con la especialidad completa con mayor frecuencia realizan mediciones antropométricas y derivan a especialistas en nutrición.

Analizando las barreras y los facilitadores para la valoración nutricional, las que se repitieron tanto entre los encuestados como en los entrevistados fueron la insuficiente formación en nutrición, la escasez de tiempo en la práctica diaria y la falta de disponibilidad de especialistas en nutrición y trabajo interdisciplinario. Sin embargo, no hubo diferencias en la frecuencia de realización de la valoración nutricional en cuanto al grado de formación o la afiliación a sociedades científicas. Se observó menor derivación a especialista en nutrición en aquellos que trabajan en instituciones en relación a quienes trabajan en consultorios, con un reclamo de mayor presencia de especialistas en nutrición.

Teniendo en cuenta la importancia de la nutrición en las enfermedades crónicas no transmisibles, se resalta la importancia de realizar un abordaje terapéutico interdisciplinario que incluya a la dietoterapia dentro del tratamiento.

6.1 Conclusión individual

Los resultados obtenidos revelan una brecha significativa entre la percepción de los médicos especialistas en cardiología sobre la importancia de la dietoterapia y

la valoración nutricional de sus pacientes, y sus actitudes de interrogar y orientar sobre hábitos alimentarios, realizar valoración nutricional y derivar a especialistas en nutrición.

Las ECNT están estrechamente vinculadas a factores de riesgo modificables, como la dieta, sin embargo, no se incluye la dietoterapia como herramienta terapéutica esencial. La formación y el accionar de médicos cardiólogos parece centrarse en el manejo farmacológico e intervencionista convencional de estas afecciones, a pesar de la creciente evidencia que respalda la importancia de la conducta alimentaria en su prevención y control. Aunque la nutrición se destaca en las guías cardiovasculares como la base de la atención, ni la educación ni la práctica de estos profesionales reflejan esa prioridad.

Más allá de las barreras encontradas en el presente estudio como la falta de tiempo, recursos o educación específica en nutrición durante la formación médica, sería interesante indagar en futuros estudios si mayor capacitación o tiempo de consulta se traducirían en cambios en la práctica clínica.

La escasez de médicos nutricionistas y el trabajo interdisciplinario también se presentan como obstáculos. Esto plantea la necesidad de facilitar la colaboración interdisciplinaria entre cardiólogos y especialistas en nutrición, y alentar a los pacientes a buscar el apoyo de los mismos para que puedan recibir asesoramiento personalizado y adaptado a sus necesidades específicas. Fomentar el trabajo en equipo y la comunicación entre estos profesionales puede llevar a una atención más completa y centrada en el paciente, lo que potencialmente mejoraría los resultados clínicos.

Aunque la alimentación se ha convertido en un tema dominante en la vida cotidiana, con una gran cantidad de información disponible y discutida en redes

sociales, en la cultura popular y las preocupaciones de los pacientes, su valor y su enfoque en el contexto médico, parecen ser subestimados.

Esto puede deberse a varios factores como la saturación de información contradictoria y la falta de claridad en torno a lo que constituye una dieta saludable, la atención médica enfocada en el tratamiento farmacológico y las intervenciones médicas tradicionales, y la falta de educación nutricional adecuada en la formación médica.

En última instancia, esta paradoja resalta la necesidad de una mayor integración y enfoque en la nutrición dentro de la práctica médica, con la incorporación de especialistas en nutrición en el abordaje de pacientes con ECNT.

7- Bibliografía

1. Berciano S, Ordoña JM. Nutrición y salud cardiovascular. *Rev Esp Cardiol.* 2014;67(9):738–47.
2. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Buroker AB, Goldberger ZD, Hahn EJ, et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation.* 2019;130: 563–595.
3. Micha R, Peñalvo JL, Cudhea F, Imamura F, Rehm CD, Mozaffarian D. Association between dietary factors and mortality from heart disease, stroke, and type 2 diabetes in the United States. *JAMA - J Am Med Assoc.* 2017;317(9):912–24.
4. Sidney S, Quesenberry CP, Jaffe MG, Sorel M, Nguyen-Huynh MN, Kushi LH, et al. Recent trends in cardiovascular mortality in the United States and public health goals. *JAMA Cardiol.* 2016;1(5):594–9.
5. Devries S, Agatston A, Aggarwal M, Aspry KE, Esselstyn CB, Kris-Etherton P, et al. A Deficiency of Nutrition Education and Practice in Cardiology. *Am J Med.* 2017;130(11):1298–305.
6. Devries S, Freeman AM. Nutrition Education for Cardiologists: The Time Has Come. *Curr Cardiol Rep.* 2017 Sep;19(9):77.
7. Kolasa KM, Rickett K. Barriers to Providing Nutrition Counseling Cited by Physicians. *Nutr Clin Pract.* 2010;25(5):502–9.
8. Karavaski N, Ernst G, Curriá M. Interconsulta con nutrición como herramienta de trabajo interdisciplinario Consultation with the nutrition team as an interdisciplinary work tool. *Front en Med.* 2020;15(3):177–82.
9. Spiro A, Baldwin C, Patterson A, Thomas J, Andreyev HJN. The views and practice of oncologists towards nutritional support in patients receiving chemotherapy. *Br J Cancer.* 2006;95(4):431–4.

10. Kiss N, Bauer J, Boltong A, Brown T, Isenring L, Loeliger J, et al. Awareness, perceptions and practices regarding cancer-related malnutrition and sarcopenia: a survey of cancer clinicians. *Support Care Cancer*. 2020;28(11):5263–70.
11. Zoya PGR. Alimentación y medicalización. Análisis de un dispositivo de cuidado personal y potenciación de la salud. *Sociológica*. 2015;30(86):201–34.
12. Hernandez Sampieri R, Fernandez Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. Mc Graw Hill Education; 2014.
13. Martinez Gonzalez MA, Snchez-Villegas A, Fajardo JF. Bioestadística Amigable. 3°. ELSEVIER; 2014.
14. Caccialanza R, Cereda E, Pinto C, Cotogni P, Farina G, Gavazzi C, et al. Awareness and consideration of malnutrition among oncologists: Insights from an exploratory survey. *Nutrition*. 2016;32(9):1028–32.
15. Kirbiyik F, Ozkan E. Knowledge and practices of medical oncologists concerning nutrition therapy: A survey study. *Clin Nutr ESPEN*. 2018;27:32–7.
16. Karavaski N, Nau K, Curriá M. Caracterización de la intervención nutricional previa en pacientes con enfermedades no transmisibles internados en el Hospital Británico de Buenos Aires Characterization of the previous nutritional intervention in patients with non - transmissible disease. *Front en Med*. 2018;173–7.
17. Han SL, Auer R, Cornuz J, Marques-Vidal P. Clinical nutrition in primary care: An evaluation of resident physicians' attitudes and self-perceived proficiency. *Clin Nutr ESPEN*. 2016;15:69–74.
18. Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen HH, Kondrup J, Unosson M, Rothenberg E, et al. Insufficient nutritional knowledge among health care workers?. *Clin Nutr*. 2008;27(2):196–202.

8- Anexos

8.1 Matriz

N°	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de pregunta	Tipo de variable	Fuente
1	Edad	En años cumplidos a la fecha del estudio	En número entero	Identificación, Abierta	Cuantitativa Continua	Encuesta
2	Género	Género autopercepción	M; F, otro	Identificación, Cerrada.	Nominal politómico	Encuesta
3	Lugar donde ejerce	Ubicación geográfica laboral	Todas las provincias	Identificación, Cerrada.	Nominal politómica	Encuesta. Entrevista
4	Especialidad Completa	Grado de formación	Si; En formación	Identificación, Cerrada.	Nominal dicotómica	Encuesta
5	Trabaja en varias instituciones (En caso de ser positiva, contestar las preguntas en base al lugar donde trabaja la mayor cantidad de tiempo)	Sitio de desempeño laboral con mayor carga horaria	Si, No	Hecho. Cerrada.	Nominal dicotómica	Encuesta. Entrevista

6	Tipo de institución donde ejerce	Describir tipo de lugar de trabajo	Hospital Universitario; Clínica privada; Consultorio	Hecho. Cerrada.	Nominal politómica	Encuesta. Entrevista
7	Tipo de financiación	Estado de financiación de sitio laboral	Público; Privado; Obra social	Hecho. Cerrada.	Nominal politómica	Encuesta. Entrevista
8	¿Considera necesaria la evaluación nutricional de sus pacientes?	Evaluar opinión sobre importancia de evaluación nutricional	Si, No, En algunos casos	Opinión. Cerrada opción múltiple.	Nominal politómica	Encuesta
9	¿En su lugar de trabajo hay médico especialista en nutrición?	Evaluar la educación e influencia de los profesionales de la salud dedicados a la nutrición a sus pares	Si, No. No sé	Hecho. Cerrada.	Nominal	Encuesta
10	¿En su lugar de trabajo hay licenciado en nutrición?	Acceso a Lic en nutrición	Si. No. No sé	Hecho. Cerrada.	Nominal	Encuesta

11	¿Deriva habitualmente a sus pacientes a un médico especialista en nutrición o nutricionista?	Derivación a nutrición.	Si, No	Acción. Cerrada.	Nominal dicotómica	Encuesta
12	¿En su lugar de trabajo hay balanza accesible?	Acceso a balanza	Si, No	Hecho. Cerrada.	Nominal dicotómica	Encuesta
13	¿Pesa a sus pacientes de manera rutinaria?	Pesaje rutinario	Si, No	Acción. Cerrada	Nominal dicotómica	Encuesta
14	¿Mide perímetro de cintura y de cadera a sus pacientes de manera rutinaria?	Medición de PC y PC rutinario	Si, No	Acción. Cerrada	Nominal dicotómica	Encuesta
15	¿Realiza en su práctica diaria algún tipo de evaluación nutricional a sus pacientes?		Si, No.	Acción. Cerrada	Nominal dicotómica	Encuesta

16	En caso de que la pregunta anterior haya sido positiva (si fue negativa no conteste) ¿Qué tipo de evaluación nutricional realiza de rutina a sus pacientes?		Abierta, de Hecho	Anamnesis, Antropometría, Estudios complementarios, Derivación, s/d		Encuesta
17	¿Considera que su formación con respecto a los aspectos nutricionales de las patologías de sus pacientes es suficiente?	Formación	Si, No		Nominal dicotómica	Encuesta
18	¿Ha tomado algún curso de postgrado relacionado con el estado nutricional de sus pacientes?	Formación	Si, No	Hecho. Cerrada.	Nominal dicotómica	Encuesta

19	¿Ha recibido clases de nutrición relacionada con sus pacientes durante su especialización?	Formación	Si, No	Hecho. Cerrada	Nominal dicotómica	Encuesta
20	Ante un paciente hipertenso, usted lo derivaría a una consulta dietoterapica en la siguiente situación		Siempre, Nunca, Antes de medicarlo, intentando cambios de hábitos	Acción. Cerrada con opción múltiple	Nominal politómica	Encuesta
			Cuando no responde a la primer linea de drogas, Cuando agoté todos los recursos farmacológicos			
21	Ante un paciente dislipémico, usted lo derivaría a una consulta dietoterapica en la siguiente situación		Siempre, Nunca, Antes de medicarlo, intentando cambios de hábitos	Acción. Cerrada con opción múltiple	Nominal politómica	Encuesta
			Cuando no responde a la primer linea de drogas, Cuando agoté todos los recursos farmacológicos			

22	Ante un paciente con enfermedad coronaria, usted lo derivaría a una consulta dietoterapica en la siguiente situación		Siempre, Cuando tiene otras comorbilidades como obesidad y dislipemia, nunca	Acción. Cerrada con opción múltiple	Nominal politómica	Encuesta
23	Aparte de su trabajo asistencial ¿Es miembro de alguna sociedad científica?		De la SAC, más de una, No.	Hecho. Cerrada con opción múltiple	Nominal politómica	Encuesta
24	¡Muchas gracias por participar! Si desea participar de la ronda de entrevistas, por favor indíquelo a continuación					
25	¿Desea agregar algún comentario?					

8.2 Resultados completos de la encuesta

		Frecuencia	%
¿Considera necesaria la evaluación nutricional de sus pacientes?	Si	91	88,3%
	En algunos casos	12	11,7%
¿En su lugar de trabajo hay médico especialista en nutrición?	Si	56	54,4%
	No	30	29,1%
	No se	17	16,5%
¿En su lugar de trabajo hay lic. en nutrición?	Si	94	91,3%
	No	5	4,9%
	No se	4	3,9%
¿Deriva habitualmente a sus pacientes a un médico especialista en nutrición o nutricionista?	Si	66	64,1%
	No	13	12,6%
	No se	24	23,3%
¿En su lugar de trabajo hay balanza accesible?	Sí	89	86,4%
	No	13	12,6%
	No Se	1	1,0%
¿Pesa a sus pacientes de manera rutinaria?	Sí	52	50,5%
	No	51	49,5%
¿Mide el perímetro de cintura y de cadera a sus pacientes de manera rutinaria?	Sí	22	21,4%
	No	81	78,6%

¿Realiza en su práctica diaria algún otro tipo de evaluación nutricional a sus pacientes?	Sí	34	33,0%
	No	69	67,0%
En caso de que la pregunta anterior haya sido positiva (si fue negativa no conteste) ¿Qué tipo de evaluación nutricional realiza de rutina a sus pacientes?	Anamnesis	15	46,9%
	Antropometría	4	12,5%
	Estudios Complementarios	12	37,5%
	Derivación	1	3,1%
¿Considera que su formación con respecto a los aspectos nutricionales de las patologías de sus pacientes es suficiente?	Sí	17	16,5%
	No	86	83,5%
¿Ha tomado algún curso de postgrado relacionado con el estado nutricional de sus pacientes?	Sí	15	14,6%
	No	88	85,4%
¿Ha recibido clases de nutrición relacionada con sus pacientes durante su especialización?	Sí	43	41,7%
	No	60	58,3%
Ante un paciente hipertenso, usted lo derivaría a una consulta dietoterápica en la siguiente situación	Siempre	33	32,0%
	Antes de medicarlo, intentando cambios de hábitos	44	42,7%
	Cuando no responde a la primer línea de drogas	5	4,9%
	Cuando agoté todos los recursos farmacológicos	2	1,9%
	Nunca	19	18,4%

Ante un paciente dislipémico, usted lo derivaría a una consulta dietoterápica en la siguiente situación	Siempre	42	40,8%
	Antes de medicarlo, intentando cambios de hábitos	34	33,0%
	Cuando no responde a la primer línea de drogas	8	7,8%
	Cuando agoté todos los recursos farmacológicos	4	3,9%
	Nunca	14	13,6%
	Sin dato	1	1,0%
Ante un paciente con enfermedad coronaria, usted lo derivaría a una consulta dietoterápica en la siguiente situación	Siempre	40	38,8%
	Cuando tiene otras comorbilidades como obesidad y dislipemia	51	49,5%
	Nunca	12	11,7%
Aparte de su trabajo asistencial ¿Es miembro de alguna sociedad científica?	SAC	69	67,0%
	Más de 1 sociedad	5	4,9%
	No	29	28,2%