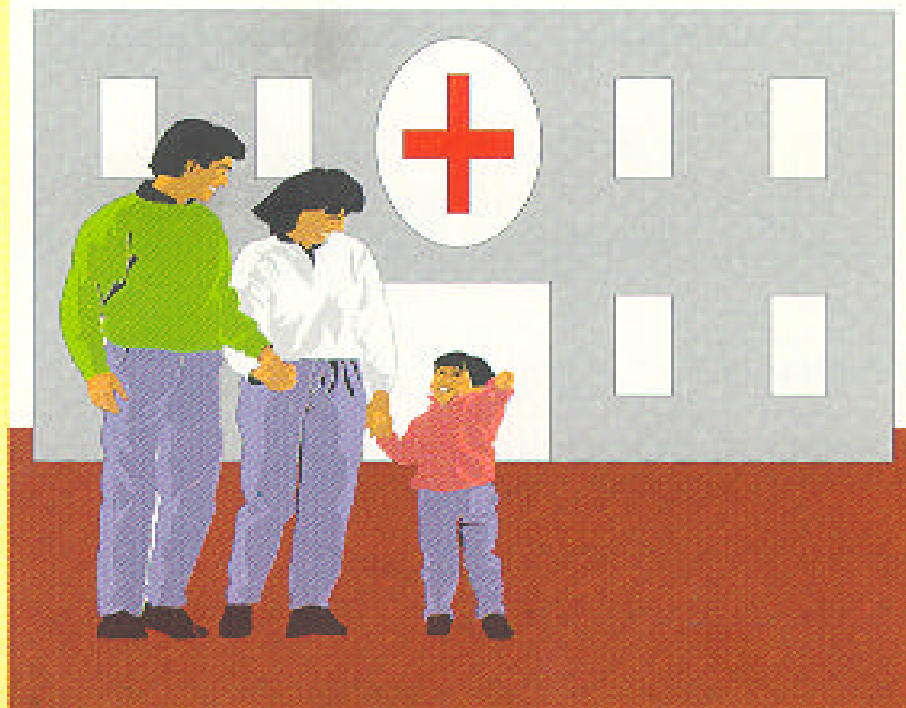


SALUD FAMILIAR

Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia

PROYECTO ISS-ASCOFAME



Dra. Jacqueline Molina de Uriza.
Dra. Liliana Arias Castillo.
Dra. Carmen Elisa Ruíz.
Dr. Andrés Duarte.
Dr. Rodrigo Barceló.


SEGURO SOCIAL
Salud

AUTORES

DRA. JACQUELINE MOLINA DE URIZA
Enfermera. Magister en Administración de Salud
Coordinadora Programa de Salud Familiar ASCOFAME
Coordinadora Guía de Práctica Clínica

DRA. LILIANA ARIAS CASTILLO
Médica Familiar. Sexóloga Humanista
Profesora Titular, Departamento de Medicina Familiar
Directora Asuntos Internacionales
Facultad de Salud, Universidad del Valle

DR. ANDRÉS DUARTE OSORIO
Médico Familiar
Profesor Asociado
Jefe Departamento de Medicina Preventiva y Social
Pontificia Universidad Javeriana
Jefe Servicio Consulta Externa Hospital San Ignacio, Santafé de Bogotá

DRA. CARMEN ELISA RUIZ PUYANA
Médica Familiar. Humanista
Exprofesora Asistente
Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Salud, Universidad del Valle

DR. RODRIGO BARCELÓ MARTINEZ
Médico Epidemiólogo
Jefe Departamento Salud Familiar
Director Proyecto UNI
Universidad del Norte

INDICE

I. ASPECTOS GENERALES	16
1. INTRODUCCIÓN	16
2. JUSTIFICACIÓN.....	17
3. MARCO GENERAL DE LA PREVENCIÓN	18
3.1 Aspectos Históricos	18
3.2 Definiciones y conceptos	22
3.2.1 Salud	22
3.2.2 Promoción de la salud	23
3.2.3 Protección de la salud	23
3.2.4 Prevención de la enfermedad	23
3.2.5 Guía de práctica clínica en Salud Familiar	24
3.2.6 Mantenimiento de Salud	24
3.2.7 Consejería	24
3.2.8 Tamizaje	24
3.2.9 Guías anticipatorias	25
3.2.10 Sensibilidad(36)	25
3.2.11 Especificidad	25
3.2.12 Prevalencia	25
3.2.13 Incidencia	25
3.2.14 Valor predictivo positivo(vp+)	25
3.2.15 Valor predictivo negativo(vp-).....	26
3.2.16 Eficacia	26
3.2.17 Efectividad	26
3.2.18 Pruebas diagnósticas de tamizaje(11)	26
4. CRITERIOS PARA TAMIZAJE(28)	26
4.1 El problema (la enfermedad)	26
4.2 Pruebas filtro para demostración temprana (screening) o tamizaje	26
4.3 Intervención temprana	27
4.3 Factores de riesgo	27
4.4 Instrumentos de trabajo	28
BIBLIOGRAFIA	31
Introducción. Justificación. Marco General de la Prevención	31
II. MANTENIMIENTO DE LA SALUD EN LA NIÑEZ	33
1. TAMIZAJE	34
1.1 Historia clínica	34
1.2 Control de Peso, Talla y Perímetro Cefálico	34
1.3 Valoración Visual	35

1.4 Valoración Auditiva	35
1.5 Salud Oral	35
1.6 Anemia en niños	36
1.7 Tamizaje para hemoglobinopatía por células falciformes	37
1.8 Profilaxis de los defectos del tubo neural	37
1.9 Hipotiroidismo Congénito	38
2. INMUNIZACIONES	39
2.1 Inmunizaciones de 0 a 10 años	39
3. CONSEJERIA SOBRE ESTILOS DE VIDA	41
3.1 Seguridad(1-22)	41
3.2 Desarrollo Psicomotor	41
BIBLIOGRAFIA	43
MANTENIMIENTO DE SALUD EN LA NIÑEZ	43
Historia Clínica Integral	43
Peso y Talla	43
Valoración Visual	43
Valoración Auditiva	44
Salud Oral	44
Anemia ferropriva	45
Hipotiroidismo	46
Hemoglobinopatía por Células Falciformes	47
Inmunizaciones en la niñez	47
Seguridad y Prevención de Accidentes	47
III. MANTENIMIENTO DE LA SALUD DEL ADOLESCENTE	48
1. TAMIZAJE	49
1.1 Historia Clínica	49
1.2 Examen físico completo	50
1.3 Citología Vaginal	50
2. INMUNIZACIONES EN ADOLESCENTES	50
3. CONSEJERÍA	51
3.1 Promoción de dieta saludable	51
3.1.1 Colesterol	52
3.2 Seguridad	53
3.2.1 Control de accidentes y prevención de lesiones de cráneo por el uso de bicicleta, con utilización simultánea de casco(11,29)	54
3.3 Actividad física	54
3.4 Consejería para prevenir el uso de tabaco	55
3.4.1 Efectividad de la reducción del riesgo	57
3.4.2 Efectividad de la consejería	57

3.4.3 Intervención Clínica	60
3.5.1 Uso de alcohol en embarazo	62
3.5.2 Uso de alcohol por adolescentes y adultos jóvenes	62
3.5.3 Exactitud de las pruebas de tamizaje	62
3.5.4. Efectividad de la detección temprana	64
3.5.5. Tomadores no dependientes	64
3.5.6 Embarazo	65
3.5.7 Adolescentes	65
3.5.8 Pacientes dependientes del alcohol	65
3.5.9 Intervención Clínica	65
3.6 Examen médico periódico	65
3.7 Anticoncepción	66
BIBLIOGRAFIA	67
Mantenimiento de la salud en la adolescencia	67
Citología Vaginal	67
Inmunizaciones en la adolescencia	67
CONSEJERÍA	68
Promoción de Dieta Saludable	68
Seguridad y Accidentes	70
Actividad física	71
Consejería para prevenir el uso del tabaco	72
Consejería para disminuir el consumo de alcohol	77
Anticoncepción	80
Examen periódico	80
Tamizaje para Violencia Familiar	80
IV. MANTENIMIENTO DE LA SALUD EN LA ADULTEZ	81
1. TAMIZAJE	82
1.1 Historia Integral	82
1.2 Citología Vaginal	83
1.3 Tamizaje peso y talla	83
1.3.2 Efectividad de la detección temprana	85
1.4 Alteración visual	86
1.5 Alteración Auditiva	87
1.6 Tamizaje de la Hipertensión Arterial	87
1.7 Tamizaje para Hipercolesterolemia	89
2. CONSEJERÍA PARA EVITAR EL CONSUMO DE DROGAS	92
2.1 PREVALENCIA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ILÍCITAS	92
2.2 Exactitud de pruebas de tamizaje	92
3. TAMIZAJE DE VIOLENCIA FAMILIAR	94

4. INSTRUMENTOS PARA EVALUAR LA ESTRUCTURA FAMILIAR	94
4.1 FAMILIOGRAMA	94
4.1.1 Historia	95
4.1.2 Aplicación del familiograma	96
4.1.2 EJECUCIÓN DEL FAMILIOGRAMA	98
4.2 APGAR Familiar y soporte de amigos	99
4.2.1 Antecedentes	99
4.2.2 Utilidad del APGAR Familiar	101
4.2.3 Cómo se aplica el APGAR Familiar?	101
4.2.4 Formulario de APGAR Familiar	101
4.3 SOPORTE DE AMIGOS	102
3. CONSEJERÍA	109
BIBLIOGRAFÍA	111
MANTENIMIENTO DE SALUD EN LA ADULTEZ	111
Citología Vaginal	111
Tamizaje de Peso y Talla	111
Tamizaje de la Hipertensión Arterial	115
Salud Oral	116
Tamizaje para Hipercolesterolemia	116
QUIMIOPROFILAXIS	119
Profilaxis para defectos del tubo neural	119
CONSEJERÍA	120
Consejería para disminuir el uso del tabaco	120
Ver referencias Mantenimiento de Salud en la Adolescencia	120
Consejería para disminuir el uso del alcohol	120
Ver referencias Mantenimiento de Salud en la Adolescencia	120
Consejería Para Evitar Consumo De Drogas	120
Tamizaje de Violencia Familiar	120
TAMIZAJE SICOSOCIAL	121
Soporte Sicosocial, Escala de Holmes y Rahe	121
Familiograma	122
APGAR FAMILIAR	122
CONSEJERÍA	123
Tamizaje cáncer colorectal	124

I. ASPECTOS GENERALES

1. INTRODUCCIÓN

Colombia, al igual que muchos países, vive una transición epidemiológica en salud, determinada por el cambio en los perfiles de morbilidad y mortalidad y por las modificaciones en la conformación de la población. Esta transición sumada a la importancia del estilo de vida como determinante del proceso salud enfermedad y la evidencia científica disponible, hacen que en la práctica clínica deba considerarse un concepto amplio de la salud que permita promover factores protectores, valorar e intervenir factores de riesgo y adelantarse en el diagnóstico de algunas enfermedades. La búsqueda de la salud, privilegia las acciones de prevención de la enfermedad a nivel del individuo, de la familia y de la comunidad, y la promoción de la salud, como aspectos integrales de la lucha por el desarrollo humano ⁽¹⁾. Los perfiles de morbilidad y mortalidad hacen que si deseamos mejorar el nivel de salud de la población sea necesario reordenar las actuales prioridades de la atención de la salud, con mayor énfasis en la prevención de la enfermedad y en la promoción de la salud⁽³⁾.

La promoción de la salud, entendida como el proceso que permite a las personas y a las comunidades mejorar y mantener su bienestar físico, mental, espiritual, social, además de contribuir al estímulo de la creatividad, productividad, satisfacción espiritual y las buenas relaciones entre las personas, implica que sean muchos los sectores responsables y no solamente el sector salud. Esta guía, por estar dirigida al personal del sector salud, hará énfasis en la protección específica, la educación en salud, el autocuidado, la valoración e intervención de los factores de riesgo modificables, el fomento de factores protectores, la detección precoz de la enfermedad y la promoción de algunas medidas generales que puedan manejarse por diferentes miembros de los equipos de salud con los individuos, familias o comunidades, incluyendo los encuentros de los médicos con sus pacientes.

Los programas de MANTENIMIENTO DE LA SALUD, en los cuales el profesional médico y los demás miembros de los equipos de salud, sin dejar de considerar el manejo de la enfermedad, involucran diferentes aspectos promocionales y preventivos, relacionados con los factores biosociales, del ambiente, los estilos de vida y las etapas correspondientes de los ciclos de vida del individuo y la familia, contribuyen al cuidado integral de la salud.

En la guía de Salud Familiar fundamentalmente se consideran los diferentes elementos del mantenimiento de la salud, teniendo en cuenta los eventos propios de las etapas del ciclo vital individual.

2. JUSTIFICACIÓN

Las acciones de Mantenimiento de Salud, deben llevarse a cabo en el 100% de la población. Sin embargo, es pertinente especificar que en la población general hay un 25% que consulta y accede a los servicios de salud. Este 25% genera el 75% de los problemas de salud. Estos problemas tienen más evidencia clínica en la actualidad.

El 75% restante de la población no consulta. Las acciones de Mantenimiento de Salud en esta población se basan más en intervenciones comunitarias que a la fecha tienen escasa evidencia.

La Guía de Salud Familiar, se presenta teniendo en cuenta los siguientes aspectos del Mantenimiento de Salud :

- **HISTORIA CLÍNICA**

Población general, no consultante en los servicios de salud.

- **TAMIZAJE**

Detección de casos, en Personas que consultan a los servicios de salud.

- **INTERVENCIONES GENERALES Y SELECTIVAS**

no relacionados con la causa de consulta.

- **INMUNIZACIONES**

CONSEJERIA

La cultura preventiva en salud está parcialmente establecida en países desarrollados y es incipiente en países en desarrollo.

Algunos países han establecido políticas y destinado fondos para estas actividades. En Colombia, la Ley 100 de Seguridad Social en Salud, ha asignado el 5% de los recaudos del régimen contributivo para actividades preventivas.

Los recursos aunque importantes para este rubro, son limitados. Por esta razón, es indispensable definir las actividades preventivas a realizar, dentro de un plan escalonado y progresivo, con un enfoque racional y científico, que sea culturalmente aceptable.

3. MARCO GENERAL DE LA PREVENCIÓN

La prevención hace referencia a las actividades que se realizan para evitar las enfermedades, detectar precozmente la aparición de las mismas e intervenir para prevenir la morbilidad y la mortalidad subsecuentes. Estas actividades requieren un importante aporte educativo por parte del recurso humano en salud conjugado con varios factores como aplicación de la tecnología y cambios en el estilo de vida teniendo en cuenta la relación costo beneficio. Incluye la promoción de la salud, la prevención e intervención de la enfermedad y la orientación sobre el estilo de vida.

3.1 Aspectos Históricos

En los últimos años se ha producido el conocimiento necesario para determinar diferentes enfermedades en los más mínimos detalles, se han descrito los mecanismos de las enfermedades y se han utilizado múltiples formas de intervención para prevenirlas y tratarlas, para minimizar el estrés, el sufrimiento y la incapacidad. Para revisar el Mantenimiento de la Salud, es necesario aproximarse a algunos aspectos de la Historia de la Medicina, para definirlo y encontrar su utilidad clínica.

Tanto la medicina hipocrática (occidental), como la tradicional medicina China, concebían al ser humano como un todo, con una tendencia natural a mantener un estado de equilibrio dinámico y una estructura esencialmente ecológica en sus relaciones⁽⁵⁾.

En el siglo XVI, surge la era tecnológica y moderna, centrada en la teoría mecanicista o cartesiana, en donde todos los seres vivos eran vistos como partes de un gran mecanismo, regidos por leyes matemáticas precisas. Se desarrollaron leyes analíticas para su estudio y descripción de sus componentes⁽⁶⁾, pero se desconoció el ambiente humano y se hizo una división entre la mente y el cuerpo, de tal manera que la enfermedad se entendía como el deterioro temporal o permanente del funcionamiento de cualquier parte o relación entre los elementos que componen un individuo⁽⁷⁻⁹⁾.

Hacia los siglos XVII y XVIII la medicina social comenzó a mostrar la relación de la prevalencia de la morbilidad y mortalidad con los factores socioeconómicos y culturales (bajo estándar de vida, poca recreación, exceso de trabajo vs mayor susceptibilidad de enfermar o morir).

En el siglo XIX surgieron los efectos de la industrialización: empezó la demanda del enfoque que integrara los aspectos sociales, así como la necesidad de modificar el medio y prevenir las enfermedades y accidentes, mediante la educación en salud, dentro del cuidado médico.

Sin embargo, este movimiento fue desplazado por el ímpetu de la biomedicina que explicaba las enfermedades por la aparición de un agente causal específico, y redujo la mayoría de las muertes, por causa de enfermedades infecciosas agudas⁽¹⁰⁾.

Posteriormente se vio la asociación de otra etiología: nutrición, estilo de vida, educación, ingresos, como factores determinantes para provocar la enfermedad. Se empezaron a mencionar los diferentes principios estresantes físicos y psicosociales, así como los riesgos de enfermar o de morir; de esta manera, el Mantenimiento de la Salud debió enfrentarlos teniendo en cuenta las resistencias generales y específicas del huésped para cada riesgo de enfermar o morir⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Es fundamental adoptar un marco más amplio e integral que se adecue al enfoque causa múltiple - efecto múltiple de salud y enfermedad. Esto permite un abordaje multidimensional, desde diferentes ángulos. En el año 1973, Laframboise⁽¹¹⁾, propuso un enfoque conceptual para el campo de la salud, sobre el cual se proyectó la política sanitaria de Canadá, el cual conceptualiza que la salud está determinada por una variedad de factores agrupados en cuatro componentes básicos de la atención .

Blum⁽³⁾, propuso en 1974 el modelo del "campo causal y paradigmas de bienestar en salud", según el cual se hace acopio de los cuatro componentes de Laframboise, pero la amplitud de cada uno de ellos demuestra la importancia relativa de ellos. Los cuatro componentes se relacionan y se modifican entre sí por medio de un círculo envolvente formado por la población, los sistemas culturales, la salud mental y los recursos naturales. Por su parte Lalonde y Denver⁽¹⁵⁾ consideran que los cuatro componentes son igualmente importantes, por ello para lograr un buen nivel de salud se necesita que ellos estén en equilibrio. El concepto de campo de la salud da las bases para el análisis biosicosocial del estado de salud o de enfermedad. Lo importante es tener claro como operan esos factores en caso de enfermedades específicas o en estado de salud.

De los elementos descritos se desprenden dos consideraciones importantes. La primera, que la enfermedad y la salud no dependen

solamente de factores ambientales y sociales, porque la resistencia de cada individuo se relaciona con la predisposición para desarrollar o no la enfermedad, pues depende de los potenciales físicos y psicosociales, para manejar efectivamente las demandas internas y externas. La segunda, que la enfermedad es el resultado de la interacción de factores internos y externos, contribuyentes y predisponentes que se explican con la multicausalidad. Un gran soporte a la multicausalidad y al paradigma socioecológico de la salud, lo constituyen los estudios e investigaciones epidemiológicas, sobre las enfermedades crónicas, donde se han encontrado múltiples factores de riesgo modificables con niveles de intervención como ha sucedido con el estudio y manejo de la enfermedad cardiovascular. Aquí la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, son componentes cruciales para el buen cuidado de la salud. De esta manera, con los significativos avances en la efectividad de la promoción de la salud y en los servicios de prevención de la enfermedad, el cuidado primario invierte la mayoría de su tiempo en el mantenimiento de la salud de los individuos. Igualmente, proporciona un acercamiento selectivo y organizado que se basa en la determinación de los factores de riesgo durante el "examen periódico de la salud"⁽¹⁷⁾.

El concepto del examen periódico de la salud, lo introdujo por primera vez en los Estados Unidos, el Dr. M. Gould, a principios de este siglo. Los primeros esfuerzos de pruebas discriminativas diagnósticas (tamizaje), para identificar defectos físicos, se utilizaron solamente en la eliminación de la enfermedad. El Dr. E.L. Fisk, trabajó con las compañías de seguros y animó a los usuarios a valorar su salud, con la convicción de que el descubrimiento de pequeñas anomalías llevaría a la reducción de la mortalidad. En 1922 la Asociación Médica Americana, tomó estos principios como propios y en 1923, el National Health Council, estimuló a los ciudadanos a ser examinados una vez en el año, bajo el lema "Hágase un examen físico el día de su cumpleaños". Este entusiasmo disminuyó durante la depresión y la Segunda Guerra Mundial. Pero su interés reapareció en 1950, cuando se instituyó el examen médico anual para los ejecutivos⁽¹⁸⁾.

La tecnología trajo consigo una amplia variedad de pruebas discriminativas diagnósticas, pero el estudio de Kaiser y los estudios del Este de Londres en 1970, demostraron pocos beneficios en su aplicación, al no tener en cuenta la población en riesgo⁽¹⁹⁾.

En 1975, dos médicos familiares, Frame & Carlson,⁽²⁰⁻²²⁾ revisaron las pruebas diagnósticas y discriminativas periódicas de la salud con criterios igualmente discriminativos. Posteriormente Breslow & Sommers publicaron sus recomendaciones sobre la monitoría anual

de la salud. En 1976 aparece el Canadian Task Force on the Periodic Health Examination (CTF) como mandato del gobierno de Canadá para el mejoramiento de la salud canadiense; el grupo de expertos evaluó la efectividad de los sistemas preventivos y realizaron su reporte de recomendaciones con énfasis en grupos de alto riesgo⁽²³⁻²⁴⁾.

En 1979, aparece el primer informe hecho por los Servicios de Salud Pública de Estados Unidos⁽²⁵⁾ sobre la Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. En 1980 se publican las recomendaciones de la Sociedad Americana de Cancerología.⁽²⁶⁾ En 1981, el Colegio Americano de Medicina⁽²⁷⁾ recomendó que cada internista en el examen anual, debería desarrollar un plan preventivo para el cuidado de sus enfermos, igualmente enfatizó la poca utilidad en pacientes de bajo riesgo o en individuos asintomáticos, y estimuló a abandonar el examen rutinario en adultos, en favor de un enfoque más selectivo para prevención y detección de problemas de salud. En 1983, la Asociación Americana de Medicina incluyó en su agenda el examen periódico de la salud y en 1984, la oficina de enfermedades prevenibles y promoción de la salud de Estados Unidos creó un nuevo comité de expertos de 5 disciplinas (U.S. Preventive Services Task Force), con la misma metodología del Canadian Task Force, para establecer recomendaciones de intervenciones preventivas y enfocar su ejecución en la población norteamericana a través de la consejería.⁽²⁸⁾ Además enfatizó la necesidad de usar el perfil de riesgo del paciente para determinar las intervenciones preventivas y el uso de cada visita por enfermedad, como oportunidad para la prevención.

En 1987 la Asociación Americana de Cardiología⁽²⁹⁾ emitió recomendaciones acerca de la evaluación de los factores de riesgo en adultos. En el mismo año, el American College of Physicians desarrolla sus guías prácticas enfatizando en el uso de métodos cuantitativos (análisis de decisión y análisis de costo efectividad) para clarificar las ventajas y desventajas de estrategias prácticas. Entre 1990 y 1994 se realiza la actualización de las recomendaciones basadas en la evidencia clínica, por parte del Comité de Salud Pública de Estados Unidos (U.S.P.S.T.F.)⁽³⁰⁾.

Curar la enfermedad ha sido el papel tradicional en la formación de los médicos y los profesionales de la salud, sin embargo, hoy con la integración de la Prevención de la Enfermedad y la Promoción de la Salud a la práctica diaria, se amplía el campo de acción para mejorar el estado de la salud y la vida misma del individuo y de su familia. El

aumento en el conocimiento sobre la historia natural de la enfermedad y la patogénesis, además de conocer las tasas de morbimortalidad en nuestro medio, orienta efectivamente la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud (Mantenimiento de la Salud) y resulta en una modificación apropiada de la conducta para mejorar la calidad de vida.

3.2 Definiciones y conceptos

3.2.1 Salud

Es el estado de completo bienestar físico, mental, social, espiritual y no solamente la ausencia de enfermedad. En el modelo operacional (Figura 1), salud se define como un equilibrio dinámico entre: a) la óptima capacidad de crecimiento físico y psicosocial; b) la satisfacción percibida, la autoestima y el conocimiento alcanzado; c) la ejecución de los roles que mantienen y realzan el bienestar del individuo, la familia y la comunidad. La interacción de estas tres áreas expone al individuo a su ambiente lo cual puede ser benéfico o deletéreo para su salud⁽³⁰⁾. En el Modelo Epidemiológico Transaccional de la Salud, se define el contexto (ecología), y el contenido(transacción) del encuentro clínico, proponiendo un mapa para guiar el equipo de salud familiar en la perspectiva holística (del griego holos=todo, integralidad de mente-cuerpo-espíritu) y ecológica como unión de los factores biológicos, psicológicos y socioculturales, que determina la capacidad de adaptación o ajuste a influencias ambientales.

Este modelo incorpora el microsistema, el exosistema y el macrosistema. El microsistema se refiere al ambiente inmediato que incluye a la familia del paciente, la cultura de la salud, el trabajo, la vida religiosa, el hogar. El exosistema comprende los vecinos los recursos del vecindario y la red local de las instituciones, incluyendo el sector salud y la comunidad. El macrosistema incluye el contexto global socioeconómico, político, cultural que incide en el sistema de salud.

A nivel individual se consideran igualmente los factores culturales y las quejas prototipo del paciente ante la enfermedad, lo cual constituye el modelo explicatorio fundamental para la relación profesional-paciente, que combine los aspectos técnicos, científicos y humanos. La transacción de la relación médico-paciente ubicada en la

parte central de la figura, donde se incluyen tres tipos de transacciones: rutina (consulta curativa), ceremonias y dramas (psicosocial) que permite definir los límites del encuentro clínico y la búsqueda de la salud que comprende el rol de enfermo, la adaptación a la enfermedad y la capacidad de aprender de la crisis y su crecimiento a partir de ella.

3.2.2 Promoción de la salud

Se puede definir como cualquier actividad orientada para alterar la herencia genética, la conducta o el ambiente, en una dirección positiva, tendiente a mantener la salud. Por otra parte, el informe de los Servicios de Salud Pública de Estados Unidos (U.S. Preventive Services Task Force) menciona que las tareas se orientan individualmente (comportamiento), para ayudar a las personas a modificar su estilo de vida, hacia una óptima salud⁽²⁵⁾.

Hay muchos factores comprometidos en la adopción de este bienestar, por ejemplo; el conocimiento, las creencias, la motivación, los hábitos, las actitudes, la inercia, las adicciones, recompensas o castigos, como para mencionar algunos elementos que tienen influencia en el proceso vital humano para producir salud o enfermedad, los cuales son indispensables para generar verdaderos cambios en la salud. Algunas de las actividades de la promoción de la salud son aplicables a toda la población por lo que reciben el nombre de promoción general de la salud; otras, sólo se aplican a grupos de población en riesgo y se llaman promoción específica de la salud^(31,32).

3.2.3 Protección de la salud

Se define como las actividades tendientes a proteger a los individuos expuestos a riesgos específicos por grupos de edad, género, ciclos vitales individual y familiar, o variables ambientales y de los nichos ecológicos⁽¹⁷⁾.

3.2.4 Prevención de la enfermedad

Se define como todas las actividades orientadas a reducir la probabilidad de la aparición de una enfermedad específica en un individuo (prevención primaria), comprende la promoción de la salud y la protección específica; el descubrimiento y tratamiento precoz de los estados sintomáticos leves cuando las intervenciones tempranas son más efectivas para disminuir o interrumpir el curso de la enfermedad (prevención secundaria), comprende el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, el plan educativo y el plan de seguimiento; la rehabilitación de la enfermedad que previene mayores y

devastadores efectos (prevención terciaria), abarca la limitación del daño y el evitar secuelas.

La diferencia mayor entre ambos conceptos, radica en el foco más que en la perspectiva, en el sentido de que la prevención se refiere al concepto enfermedad y la promoción al concepto de salud. Por esto, ambas se asocian bajo el concepto de mantenimiento de la salud, en el cual participan los diferentes sectores del bienestar, además del sector salud y en el cual intervienen los diversos sistemas individual, familiar y comunitario.

3.2.5 Guía de práctica clínica en Salud Familiar

Prácticas de intervención del equipo de salud en promoción y prevención. Es un instrumento que orienta a los profesionales de salud en la atención en salud a las personas y familias para mejorar y mantener el bienestar físico, mental, espiritual y social a través de intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

3.2.6 Mantenimiento de Salud

Son aspectos prospectivos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con base en edad, sexo, factores de riesgo, nivel de salud, que se aplican a intervalos determinados por la evidencia epidemiológica a través del ciclo vital individual y familiar en personas aparentemente sanas o asintomáticas. Los términos mantenimiento de la salud, cuidado del niño sano y control prenatal, se utilizan a menudo como sinónimos de las acciones periódicas preventivas de la salud. Este tipo de valoración puede emplearse para buscar enfermedades en individuos que consultan por otras razones o ser por sí mismo un motivo para la visita. En algunas oportunidades se pueden utilizar pruebas discriminativas diagnósticas en la población general o grupos específicos⁽¹⁷⁾.

3.2.7 Consejería

Hace referencia a las intervenciones y esfuerzos para educar a los pacientes, acerca de comportamientos personales que pueden afectar la salud, como el uso del tabaco, alcohol, drogas, sexualidad sin responsabilidad, sedentarismo. Requiere la participación del paciente para desarrollar estrategias que conduzcan a la modificación de los riesgos.

3.2.8 Tamizaje

Son los procedimientos de examen estandarizados o los exá-

menes especiales que se realizan para detectar precozmente condiciones preclínicas, como la citología vaginal para el cáncer de cérvix, o factores de riesgo, como el colesterol sérico elevado en personas asintomáticas⁽³⁷⁾.

3.2.9 Guías anticipatorias

Son conceptos básicos unificados sobre aspectos educativos claves del ciclo vital individual y familiar, particularmente aplicables en el examen periódico de la salud y en grupos expuestos a riesgo, para estimular cambios en el comportamiento, mejorar la adhesión al tratamiento y modificar riesgos de enfermar y de morir. Los contenidos educativos pueden ser por ejemplo, anticipar las crisis normativas de las diferentes etapas del ciclo vital individual y familiar. Aunque en mantenimiento de la salud estas acciones educativas son muy importantes, no se pueden evaluar con facilidad, ni tampoco se puede medir su efecto sobre la población a cargo debido a que los cambios en la conducta de las personas operan con lentitud^(34, 35).

El proceso educativo se realiza en el consultorio, en la escuela, en el trabajo, a nivel individual, grupal y comunitario. El equipo de salud familiar debe unificar los conceptos y adaptar el proceso educativo a las necesidades pedagógicas de niños y adultos y aplicar el reforzamiento como una técnica útil e importante para el éxito del proceso de cambio.

3.2.10 Sensibilidad⁽³⁶⁾

Es la probabilidad de obtener resultados positivos en una prueba si la entidad está presente.

3.2.11 Especificidad

Es la probabilidad de obtener resultados negativos en una prueba cuando la entidad está ausente. Una alta sensibilidad y especificidad son importantes características de la prueba clínica misma.

3.2.12 Prevalencia

Es el número de casos de una entidad en un corte de tiempo.

3.2.13 Incidencia

Es el número de casos nuevos de una entidad, en un corte durante un intervalo específico de tiempo.

3.2.14 Valor predictivo positivo(vp+)

Es la probabilidad que la entidad esté presente cuando la

prueba es positiva.

3.2.15 Valor predictivo negativo(vp-)

Es la probabilidad que la entidad esté ausente cuando la prueba es negativa.

El valor predictivo es más útil clínicamente que la sensibilidad y la especificidad, ya que no está determinado solamente por las características de la prueba, sino también por la prevalencia de la enfermedad en la población evaluada (Teorema de Bayes).

3.2.16 Eficacia

Son los beneficios potenciales de un servicio, bajo condiciones ideales, como ocurre en una investigación científica.

3.2.17 Efectividad

Son los beneficios de los servicios de promoción de salud, prevención de la enfermedad, bajo las condiciones clínicas usuales cuando las circunstancias de selección no son ideales, siendo esta medida más útil en la evaluación de los servicios que la eficacia.

3.2.18 Pruebas diagnósticas de tamizaje⁽¹¹⁾

Son los procedimientos aplicados a la población general o a grupos específicos de la población para su clasificación en dos niveles: el primero con una probabilidad alta de enfermar o morir y el segundo con una probabilidad baja.

4. CRITERIOS PARA TAMIZAJE⁽²⁸⁾

4.1 El problema (la enfermedad)

Debe tener un efecto definitivo en la calidad de vida de la población (prolongación).

Debe afectar a una gran cantidad de personas.

Debe tener una historia natural conocida y bien entendida.

Debe tener un período asintomático durante el cual el descubrimiento precoz y la intervención reduzcan la morbilidad y la mortalidad, más que la intervención tardía.

4.2 Pruebas filtro para demostración temprana (screening) o tamizaje

Deben ser sensibles, específicas y predictivas.

Deben ser seguras y aplicables a cualquier persona.
Deben ser económicas (costo/ beneficio).
Deben ser fáciles de administrar. El equipo humano y las fuentes deben estar disponibles.

4.3 Intervención temprana

Debe ser más efectiva que la intervención tardía.
Debe tener beneficios al sopesar los riesgos.
Debe encontrarse disponible.
Debe ser aceptada por los pacientes y por los proveedores de salud.

El grupo canadiense (Canadian Task Force) considera el impacto que tienen las actividades preventivas en el descubrimiento precoz de morbilidad y mortalidad de una entidad determinada, la efectividad, la aceptabilidad del procedimiento y el resultado de la intervención, como parámetros de inclusión en prevención. También contemplan la medida del impacto de la entidad sobre el individuo en términos de los años de vida saludable perdidos: calidad de vida, dolor e incomodidad, costo del tratamiento, efectos sobre la familia y los indicadores del impacto social.

Califican la efectividad de cada intervención preventiva de acuerdo con la calidad de la evidencia respaldada por la literatura vigente hasta el momento.

4.3 Factores de riesgo

Son las características endógenas y exógenas de la persona que son conocidas, previas a la aparición de la enfermedad y/o están asociadas con su agravamiento, incrementando el riesgo de progresión, complicación o muerte prematura. Cada vez más el término factores de riesgo, se reserva para las condiciones que evidencian asociación causal con la aparición de la enfermedad y que se pueda modificar o controlar potencialmente.

Si las condiciones no cumplen estos requisitos, se utilizarán como indicadores de riesgo o marcadores. Algunos investigadores prefieren distinguir entre factores de riesgo controlables y no controlables. Los factores biológicos como la edad, el sexo, y grupo étnico, son condiciones no controlables que influyen silenciosamente en la aparición de la enfermedad y se convierten en indicadores de riesgo.

La expresión "a riesgo", ampliamente utilizada en medicina, denota que un individuo o comunidad, tienen una alta probabilidad de desarrollar una enfermedad o agravamiento de ésta, cuando se compara con la generación anterior. Por lo cual el término se debería reservar para las situaciones donde se sabe que el factor contribuye a la morbilidad y a la mortalidad^(28, 37).

4.4 Instrumentos de trabajo

Para poder realizar con eficacia el Mantenimiento de la Salud es necesario contar con un sistema de registro ágil que permita conocer rápidamente el mapa de acciones realizadas por el equipo de salud familiar y que en cada consulta los profesionales puedan saber con exactitud que tipo de educación se le ha impartido al paciente y que falta por hacer o reforzar; por lo tanto en cada historia clínica integral, debe existir el formato para el seguimiento de las acciones preventivas de tamizaje, inmunizaciones, quimioprofilaxis y consejería.

Las guías para cada grupo, están diseñadas de acuerdo a las acciones de mantenimiento de la salud, necesarias para cada grupo de edad según el ciclo vital individual. Cada ítem está correlacionado con las recomendaciones hechas por los grupos de investigación de cuidado primario^(20, 22, 24). En esta guía, se han trabajado los grupos vitales de niñez, adolescencia y adultez.

Algunas veces la primera valoración no coincide con la edad señalada para la acción preventiva, sin embargo, se recomienda registrar la fecha en el espacio designado para permitir al equipo de salud familiar planear el seguimiento a partir de ese primer encuentro.

El área de educación debe desarrollar instrumentos que le permitan al equipo de salud familiar estandarizar lo que se debe enseñar durante cada contacto individual o grupal, los cuales a su vez generan la producción de plegables didácticos, con lenguaje sencillo, que permitan reforzar lo enseñado (Guías Anticipatorias y material educativo).

Se deben planificar acciones de Mantenimiento de la Salud entre el equipo de salud y la población a cargo e igualmente desarrollar una relación de trabajo con el paciente, basada en la habilidad para comunicar, educar, y generar la motivación para los cambios de com-

portamiento y acrecentar el autocuidado y el autocontrol del individuo sobre su propia salud. El Mantenimiento de la Salud debe realizarse en equipo; por lo tanto, los instrumentos pueden ser utilizados por profesionales de psicología, trabajo social, educadores en salud, nutricionistas, médicos, enfermeras y otras profesiones afines y que estén disponibles como recurso en la institución. Las herramientas (diagramas de flujo, instrumentos sicosociales) que se presentan a continuación deben ser dinámicos en el tiempo, en la experiencia, en el conocimiento y basados en la evidencia; estarán sujetos a revisiones y modificaciones de acuerdo con las pautas nacionales e internacionales para el mantenimiento de la salud.

Para la presente Guía se tomaron como base los datos de tasas de mortalidad por 100.000 habitantes ajustados para 1996 del Ministerio de Salud, para concretar las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica en Salud Familiar basada en la evidencia ajustada a la situación real del país.

Esta Guía de Práctica Clínica en Salud Familiar presenta recomendaciones de acuerdo a las evidencias encontradas por los autores, por grupos del Ciclo Vital Individual, en niños, adolescentes y adultos.

Como se esquematizó al inicio, esta Guía de Práctica Clínica en Salud Familiar hace énfasis en intervenciones generales y selectivas, en cada grupo. Este es un proceso en construcción a nivel internacional, con adelantos notables en países como Canadá y Estados Unidos.

Algunas recomendaciones a nivel preventivo, basadas en la evidencia tienen difícil aplicación en el momento actual en Colombia, por diversas razones como desarrollos tecnológicos, relación costo/beneficio, entre otras.

Por lo anterior, se han seleccionado actividades preventivas adaptadas a la situación actual.

MORTALIDAD POR GRUPOS ETÁREOS

Colombia, 1996.

Menores de 1 año

1. Enfermedades transmisibles.
2. Nutricionales.
3. Vasculares.
4. Violencia
5. Endocrinas-Metabólicas.

De 5 - 14 años

1. Violencia - Accidentes.
2. Enfermedades transmisibles.
3. Tumores.
4. Vasculares.
5. Nutricionales.

De 45 - 59 años

1. Vasculares.
2. Violencia - Accidentes.
3. Tumores.
4. Enfermedades transmisibles.
5. Endocrinas - Metabólicas.

TOTAL

1. Vasculares.
2. Violencia - Accidentes.
3. Tumores.
4. Enfermedades transmisibles.
5. Endocrinas - Metabólicas.

De 1 - 4 años

1. Enfermedades transmisibles
2. Violencia y accidentes.
3. Nutricionales.
4. Tumores.
5. Vasculares.

De 15 - 44 años

1. Violencia - Accidentes.
2. Vasculares.
3. Tumores.
4. Enfermedades transmisibles
5. Endocrinas - Metabólicas.

De 60 o más años

1. Vasculares.
2. Tumores.
3. Enfermedades transmisibles
4. Violencia - Accidentes.
5. Endocrinas - Metabólicas.

Fuente : Ministerio de Salud de Colombia. 1996

BIBLIOGRAFIA

Introducción. Justificación. Marco General de la Prevención

1. OPS/OMS . Promoción de la salud: Una antología. Publicación científica No.557, Washington
2. US Public Health Service. Health: The surgeon general's report on health promotion and disease prevention. 1979 Washington, 1979.
3. Blum, H. "Does health planning work anywhere and if so, Why? American J of Health Planning 3(3),1978,44.
4. Kark S. Epidemiology and community medicine. New York, Appleton Century Crofts c.,1074 P 325.
5. Dubos, R. Hipocrates in moder dress. In Sobel, DS(ed) Ways of Health. New York, Harcourt ace Tovanovich, 1979.
6. Capra, F. The Turning Point. London, Fontana Paperbacks, 1983.
7. Engel, G.L.The need for a new medical model. A challenge for biomedicine.Science, 1977,196:129-136.
8. Suser, M. Causal thinking in the health sciences, New York, Oxford University Press, 1973.
9. Polger. S. Health international encyclopedia of the social sciences. New York MacMillan Free Press, Vol 5, 1968.
10. Rosen, G. The evolution fo social medicina. In Freeman, HE et al. Handbook of medical sociology. Englewood Cliffs,Prentice-Hall,1979.
11. Laframboise, HL. Health Policy: Breaking the problem down in more manageable segments. Canadian Medical Association J.108,1973 P388-393.
12. Antonovosky, A.Health, stress and coping. San Francisco, Tossey Bass. 1981.
13. Catalone, R. Health behavior and the community. Oxford, Pergamon Press, 1979
14. Last, TM Public Health and preventive medicine. Health promotion and disease prevention. 1988:1-7.
15. Denver A.Epidemiología y Administración de Servicios de Salud OPS:Aspen Publishers, Inc.1991, p 4
16. Winkelstein, WJr & Marmot, M.Primary Prevention of ischem heart disease: evaluation of community interventions. Annu Rev. Public Health, 1981, 2:253-276.
17. Hudson, TW.Clinical preventive medicine.Heath promotion and disease prevention.1988:1-7.
18. Charap, MH. The preiodic health examination: genesis of a myth. Ann. Int. Med, 1981,95:733
19. Kaiser and East London studies, 1970.
20. Frame, PS.A critical review of adult health screening using specific screening criteria. J. Fam. Pract. 1975. 2:29.
21. Frame, PS. Acritical review of adult health maintenance. Parts 1-4. J. Fam. Pract, 1986, 23, 341,417,511.
22. Breslow, L & Sommers, AR. The life time health monitoring program. A practical approach to preventive medicine. New Wbgl J Med, 1977,296:601.
23. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. The periodic health examination.Can Med Assoc J. 1979, 121:1193.
- 24.Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. The periodic health examination. Can Med Assoc J, 1984, 130:1278.
25. US Public Service Health: The surgeon general's report on health promotions and disease prevention.,1979. Washington,1979.

26. American Cancer Society. Guidelines for the cancer related check-up. Recommendations on rationale. *Cancer*, 1980, 30:194.
27. Medical practice committee, American College of Physician. Periodic Health Examination: a guide for designing individualized preventive health care in the asymptomatic patient. *Ann Int Med*, 1981.
28. Council of Scientific Affairs. Medical evaluation of the healthy persons. *JAMA*, 1983, 249:1626.
29. Grundy, SM. Cardiovascular and risk factor evaluation of the healthy American adults. A statement for physicians by an ad hoc committee appointed by the Steering Committee, American Heart Association. *Circulation*, 1987, 75:1340A.
30. U.S. Preventive Services Task Force: Guide to Clinical Preventive Services. 2nd ed. Baltimore, Williams & Wilkins 1996.
31. Sheridan, DP & Winogron, IR. The preventive approach to a patient care. Pp.186-215. 1987.
32. O'Donnell, MP. Definition of health promotion. *Am J Health Promo*. 1986, 1:4. 26. Taylor, RR, Ureda TR & Denham, JW. Health promotion. Principles and applications. Norwalk, CT (ed). Appleton-Century Crofts, 1982.
33. Griner, PF. Selection and interpretation of diagnostic test and procedures. Principles and application. *Ann Intern Med*, 1981, 557.
34. Hoeckelman, R. Primary pediatric cares, Pp 196-230. CV Mosby Co, St, Louis, Washintong, Toronto, 1987.
35. Rakel, R. Family Medicine. Pp 541-564. 2nd ed.
36. Clark, DW & MacMahon, B. Preventive and community medicine. Pp 9, 571, 2nd ed, Little Brown, Boston, 1981.
37. Woolf S., Jonas S, Lawrence R. Health Promotion and Disease Prevention in Clinical Practice. Williams & Wilkins, 1996. Ps. 20-162.

II. MANTENIMIENTO DE LA SALUD EN LA NIÑEZ

Para esta etapa se proponen las siguientes acciones preventivas.

INTERVENCIONES PREVENTIVAS GENERALES Y SELECTIVAS	1. Tamizaje	<ul style="list-style-type: none"> •Historia clínica integral •Peso - Talla •Visión •Audición •Tensión arterial •Salud Oral •Anemia en niños •Hipotiroidismo congénito •Hemoglobinopatía por Células falciformes •Colesterol •Familiograma •APGAR Familiar •Soporte de amigos •Escala de Reajuste Social •Holmes y Rahe
	2. Inmunizaciones	<ul style="list-style-type: none"> • BCG • DPT •Antipolio •Hepatitis B •Triple viral •Toxoides tetánico y •Diftérico •HIB •M - BC
	3. Consejería	<ul style="list-style-type: none"> •Consejería •Desarrollo psicomotor •Desarrollo sicosocial •Salud Oral •Seguridad

1. TAMIZAJE

1.1 Historia clínica

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad requieren en la práctica la identificación de factores de riesgo, que pueden generarse por características personales biomédicas, sicosociales y variables ambientales.

Es preciso detectar precozmente esos factores, a través de la historia, la cual incluye el interrogatorio sistematizado sobre los antecedentes de orden físico, emocional y comportamental, tanto del individuo que consulta como del entorno familiar y social del cual proviene, incluyendo estilos de vida. Cuando se elabora la primera historia del niño se deben solicitar e integrar los antecedentes gestacionales y los de desarrollo motor, psicoafectivo, nutricional, la historia previa de inmunizaciones; los antecedentes familiares de tipo genético. Esta primera historia debe ser elaborada por varios miembros del equipo de salud y será actualizada en las visitas subsiguientes.

Las preguntas para evaluar factores de riesgo, deben ser incorporadas en los encuentros clínicos de primera vez, de seguimiento y en visitas por enfermedad. A menos que la persona se encuentre en una situación crítica o de intenso dolor, preguntas para tamizaje primario y detección de riesgo deben ser completadas por el adulto acompañante.

La historia clínica integral se complementa con el Familiograma y otros instrumentos de Salud Familiar.

Recomendación C: Por consenso de expertos se recomienda realizar la Historia Clínica en toda persona atendida dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud.

1.2 Control de Peso, Talla y Perímetro Cefálico

Recomendación B: Las cifras de peso y talla se deben registrar en tablas apropiadas para hacer un adecuado seguimiento de acuerdo a sexo y edad, lo cual proporciona la posibilidad de intervenir oportunamente a un niño que lo necesite en problemas de malnutrición y/o desarrollo pondoestatural. La frecuencia óptima no se ha definido, sin embargo se recomienda en cada control del niño sano^(1,2,3,4).

El perímetro cefálico es importante para la evaluación del crecimiento cerebral y el desarrollo psicomotor⁽¹⁾. Estas se constituyen en las medidas más frecuentes en el control del niño sano y se recomienda para todos los pacientes.

1.3 Valoración Visual

Busca detectar un trastorno neurosensorial o mecánico que altere la capacidad visual de la persona y su adecuada interacción con el medio.

Los problemas visuales no detectados en los niños pre-escolares son comunes, teniendo prevalencia estimada en USA de 5-10%⁽¹⁾, y para los escolares de 7 - 9%. Datos para Colombia no se encuentran disponibles.

Recomendación B: Preescolares, existe evidencia por estudios en modelos animales, series de casos y de controles en humanos, de que la detección temprana y el tratamiento oportuno de la ambliopía y el estrabismo en pre-escolares mejora el pronóstico para el desarrollo normal del ojo^(4,5,7) (*Nivel de Evidencia III.2*).

Se recomienda el estereotest (test de percepción binocular profunda) para detectar ambliopía y estrabismo a todos los niños una vez, entre los 3 - 4 años.

1.4 Valoración Auditiva

Busca la detección precoz de trastornos neurosensoriales y/o mecánicos que alteran la capacidad auditiva de la persona y su adecuada interacción con el medio.

Importancia de la detección temprana^(1,2)

- La pérdida auditiva disminuye la función y altera la calidad de vida.
- El examen evidencia alteraciones antes que las manifestaciones clínicas estén presentes.
- El tratamiento precoz mejora la calidad de vida y la función.

Recomendación C: Para niños menores de 2 años se recomienda valoración regular de la respuesta al sonido por el test de la palmada^(3,4) en el control del niño sano (cada dos meses durante el primer año de vida y cada 6 meses en el segundo año). Para niños de alto riesgo, debe hacerse interrogatorio acerca de la capacidad auditiva en cada control de niño sano.

1.5 Salud Oral

La Enfermedad periodontal afecta las encías y el hueso. En USA hasta 1987 el promedio de personas escolares tenía una cavidad

en un diente permanente a los 9 años, tres a los doce y ocho a los 17 años. El 25% de los adultos presentaba cinco o más piezas dentales perdidas u obturadas ^(1,2). En Colombia se estima la prevalencia de caries en 85%, la cual varía por grupos de edad, al igual que la enfermedad periodontal similar a USA que alcanza el 60% en niños y adolescentes, el 95% en adultos mayores y el 95% para todas las edades.

Recomendación C: Para las madres de los niños lactantes se recomienda aumentar la lactancia materna como práctica alimenticia que previene la aparición temprana de caries. Igualmente para lactantes y pre-escolares la limpieza de las encías y los dientes en niños que aún no utilizan el cepillo de dientes.

Recomendación B: Se recomienda eliminar la práctica de colocar al niño(a) con el biberón o cualquier botella con líquido en la cuna; esta práctica se asocia con daño cariogénico en las incisiones maxilares (caída de los dientes), mayor exposición a bebidas ácidas y cariogénicas y a la transmisión de ciertas bacterias de la madre ^(11,12,13,14).

Recomendación C: Consejería y educación a personas de todas las edades para cepillar los dientes diariamente, con pasta dental fluorinada. Se recomienda igualmente la utilización diaria de seda dental, para disminuir el riesgo de enfermedad periodontal ^(15,16). El uso de cepillos eléctricos es recomendado para las personas con limitaciones físicas ^(17,18,19,20,21,22). Al valorar el estado de salud, el profesional debe interrogar a la persona, acerca de sangrado gingival al comer o cepillarse. Si éste está presente la persona debe ser referida al odontólogo para valoración.

1.6 Anemia en niños

Se define por la presencia de un nivel de hemoglobina que está debajo de lo normal para la población general ⁽¹⁻⁴⁾; es más frecuente en niños en riesgo por bajo nivel socioeconómico y pobre ingesta de hierro en la dieta ⁽⁵⁻⁷⁾.

El tamizaje para anemia se debe realizar en niños de 6, 9, 12 meses ⁽⁹⁾ que tengan riesgo, como los niños de bajo peso al nacer y nacimiento pretérmino, en niños que consumen leche de vaca sin fortificar. El test de hemoglobina - hematocrito se aplica según el

C.D.C. (Centro de Control de Enfermedades) y el test de ferritina se utiliza como test adicional para saber el nivel de hierro.

Recomendación B: La medición de hemoglobina y hematocrito en niños en riesgo y en madres embarazadas se recomienda para la evaluación de la anemia ferropriva.

Recomendación B: Emplear la consejería a las madres para que lacten a sus niños y les suministren comidas complementarias enriquecidas con hierro para la prevención de anemia ferropriva.⁽⁸⁾

1.7 Tamizaje para hemoglobinopatía por células falciformes

La anemia de células falciformes se produce por el reemplazo de la hemoglobina normal, por la hemoglobina S. Puede ser un trastorno genético homocigoto o heterocigoto; se manifiesta en la enfermedad o en el rasgo. La hemoglobina S se forma como resultante de la alteración de un gen que causa sustitución de la valina por el ácido glutámico en la posición 6 de la cadena beta de la hemoglobina adulta. Los cambios en la forma de los glóbulos rojos, producen los síntomas de la enfermedad.

En USA la anemia de células falciformes afecta 50.000 personas de múltiples razas. En Colombia, esta enfermedad no está entre las primeras causas de morbimortalidad; sin embargo la anemia de células falciformes afecta más a la población de raza negra y disminuye la expectativa de vida en promedio de 25 - 30 años. Por la concentración de asentamientos de raza negra en algunas regiones del país, se recomienda:

Recomendación C: Tamizaje prenatal selectivo y consejería a la mujer embarazada, en los grupos étnicos de alto riesgo.

1.8 Profilaxis de los defectos del tubo neural

Los defectos del tubo neural son defectos congénitos del sistema nervioso central, que ocurren durante la embriogénesis. Los defectos incluyen anencefalia (el más severo), encefalocele y espina bífida que producen alta morbimortalidad. La prevalencia de estos defectos ha disminuído en los últimos 60 años en USA, en la actualidad se reporta de 3.6-4.6/10.000 nacidos vivos^(1,2,3). Si se incluyen los detectados por diagnóstico prenatal, la prevalen-

cia se incrementa a 7.2-15.6/10.000 nacidos vivos⁽⁴⁾.

La historia personal, familiar de embarazos con defectos del tubo neural, madres con diabetes insulino-dependiente, madres jóvenes y mujeres de raza blanca aumentan el riesgo^(3,5,6). En el estudio del Canadian Task Force, acerca del examen periódico de salud para prevención primaria y secundaria de defectos del tubo neural en 1994, las ratas de incidencia de estos defectos en el mundo, tiene un rango entre 1-8 por 10.000 nacidos vivos⁽⁷⁾.

Manejo Preventivo: El manejo preventivo para defectos del tubo neural tiene dos componentes: 1) El examen de tamizaje prenatal seguido por aborto, si el feto está afectado, a través del examen ultrasonográfico de alta resolución, entre la semana 16-18, en centros con expertismo técnico y consejería genética; la sensibilidad 91% y la especificidad de éste examen es de casi el 100%.5,8,9

Los análisis económicos han concluido que el tamizaje a través de este examen es costo-efectivo, aún en áreas de baja incidencia.(10,11) Sin embargo, en Colombia este tamizaje no se recomienda por razones de tecnología, de costos y ético-legales debido a que el aborto terapéutico, no está permitido ni legalizado. La segunda opción para el manejo preventivo, es la profilaxis con ácido fólico, en dosis que varían, según el riesgo de la mujer^(7,12,13,14,15). Esta evidencia ha sido encontrada a través de la revisión de 103 artículos publicados entre 1979-1993, sobre defectos del tubo neural, prevención y diagnósticos prenatal, los cuales incluyen estudios de casos y controles, multicéntricos, ensayos aleatorios, meta-análisis. A partir de lo anterior se hacen las siguientes recomendaciones.

Recomendación A: Mujeres en bajo riesgo de tener feto con defecto del tubo neural, deben recibir suplemento con ácido fólico, al menos un mes antes de la concepción y durante el primer trimestre, en dosis de 0.4-0.8 mg/día.

Recomendación A: Mujeres en alto riesgo de tener un feto con defecto del tubo neural (antecedentes familiares), deben recibir suplemento con ácido fólico, al menos tres meses antes de la concepción y durante el primer trimestre, en dosis de 4.0 mg/día. Esta intervención debe complementarse con consejería genética y seguimiento.

1.9 Hipotiroidismo Congénito

El hipotiroidismo congénito es un trastorno de las hormonas tiroideas, que presenta niveles de TSH elevados con T4 normal o bajo. Si no es detectado tempranamente, el hipotiroidismo congénito produce retardo mental irreversible (cretinismo), retardo de crecimiento y desarrollo y variados déficits neuropsicológicos. Estas complicaciones se reducen considerablemente con el tamizaje neonatal. En U.S.A. el hipotiroidismo afecta a 1 de cada 3.600 a 4.000 infantes^(1,2). En Colombia 1 de cada 2.500 infantes.

Recomendación A: Realizar tamizaje para hipotiroidismo congénito con test de función tiroidea en gota de sangre seca, a todos los recién nacidos en la primera semana de vida. (Nivel I de evidencia para tratamiento oportuno y nivel II de evidencia para tamizaje)⁽³⁻¹⁰⁾.

Si la muestra se toma de cordón umbilical o en las primeras 48 horas, realizar T4 . Si la muestra se toma entre el 2° y 7° día realizar TSH. Existe la posibilidad de realizar las dos medidas el TSH y el T4 , las dos pruebas con sensibilidad similar. Se ha encontrado que la medida simultánea de TSH y de T4 , tiene mayor sensibilidad que cualquiera de los dos exámenes independientes, pero la relación costo/beneficio no justifica en el momento actual la toma simultánea de los dos tests. (6) Los falsos negativos son similares con los dos métodos y ambos pierden entre el 3-5% de casos de hipotiroidismo congénito causados por disfunción de la hipófisis.

2. INMUNIZACIONES

2.1 Inmunizaciones de 0 a 10 años

Algunas enfermedades infecciosas son prevenibles a través de la administración rutinaria de vacunas, de acuerdo al esquema establecido de inmunizaciones, recomendado por la OMS, el CDC y la Academia Americana de Pediatría^(1,2).

En las pasadas décadas, algunas enfermedades han sido eliminadas o disminuídas, como resultante de estas medidas de prevención primaria.

En Colombia, el Ministerio de Salud, la Sociedad Colombiana de

**ESQUEMA DE VACUNACIÓN INFANTIL RECOMENDADO PARA COLOMBIA
INMUNIZACIÓN EN LA NIÑEZ, 0 - 10 AÑOS**

ENFERMEDAD	VACUNA	DOSIS	APLICAR EN	TIEMPO MINIMO ENTRE DOSIS	EDAD	REFUERZO
TUBERCULOSIS	BCG	1	I.D.	4 SEMANAS	RECIENTE NACIDO	—
TOS FERINA, TETANOS, DIFTERIA	DPT	5	I.M.		2 MESES	18 MESES DE EDAD O UN AÑO LUEGO DE LA TERCERA DOSIS. 5ª DOSIS A LOS 5 AÑOS
POLIOMIELITIS	ANTIPOLIO	5	ORAL	4 SEMANAS	2 MESES	IDEM
HEPATITIS B	HEPATITIS B	3	I.M.		< A 4 SEMANAS (RECIENTE NACIDO)	—
SARAMPION, RUBEOLA, PAPERAS	TRIPLE VIRAL	1	S.C. BRAZO IZQ. I.M.		1 AÑO	10 AÑOS
TETANOS NEONATAL	TOXOIDES TETANICO Y DIFTERICO	5	I.M.	4 SEMANAS	MUJERES EN EDAD FERTIL 10 A 45 AÑOS	—
NO CONTEMPLADAS EN EL PROGRAMA REGULAR DEL MINISTERIO MENINGITIS POR HEMOPHILUS INFLUENZAE	HIB	3	I.M.	8 SEMANAS	2 MESES	15 MESES HASTA LOS 5 AÑOS DE EDAD
MENINGITIS POR MENINGOCOCO	M-BC	2	I.M.	8 SEMANAS	ZONAS DE ALTO RIESGO	

MINISTERIO DE SALUD, SOCIEDAD COLOMBIANA DE PEDIATRIA, ASOCIACION COLOMBIANA DE INFECTOLOGIA, CONSENSO 1996.

Pediatría y la Asociación Colombiana de Infectología, llevaron a cabo una "Reunión de Consenso para Inmunizaciones", en 1996, a partir de la cual se establece el "Esquema de Vacunación Infantil" recomendado para Colombia⁽³⁾.

Se detalla a continuación el Esquema de Inmunización en la Niñez.

Recomendación A: Se recomienda aplicar el Esquema de Inmunización en la Niñez, a todos los niños, mientras no presenten contraindicaciones establecidas para cada vacuna⁽⁴⁾.

3. CONSEJERIA SOBRE ESTILOS DE VIDA

3.1 Seguridad⁽¹⁻²²⁾

Se define para la prevención de traumas en automóvil y accidentes involuntarios y recreacionales.

En USA la octava causa de muerte fue la relacionada con accidentes automovilísticos en niños, adolescentes y en adultos jóvenes y de vidas perdidas en mayores de 65 años. En Colombia en menores de 4 años es la tercera causa de mortalidad, la segunda causa de mortalidad en el grupo de 5-14 años y la primera causa en el grupo de 15-44 años.

Para USA los traumas no intencionales causaron 89.000 muertes (34.4/100.000). En 1993 fue la quinta causa de muerte. Las causas más comunes corresponden a caídas, envenenamiento, quemaduras, inmersión, sofocaciones, broncoespasmo, traumas al manejar bicicletas y manejo de armas de fuego.

Manejo Preventivo:

Recomendación A: Se recomienda el uso de cinturones de seguridad de tres puntos para el conductor (retráctiles), y para niños, sillas de seguridad con cinturones de cinco puntos. Para bebés de menos de 9 kilogramos se debe ubicar la silla con el espaldar hacia adelante del asiento de atrás y para niños mayores de 9 kilogramos se debe ubicar con el espaldar hacia atrás paralelo a la silla trasera del carro y asegurada con el cinturón de seguridad de tres puntos. El uso del cinturón de seguridad debe ser obligatorio aun en automóviles con bolsas de aire de seguridad.

Recomendación B: Se recomienda la consejería a los padres, en el uso de las sillas de seguridad para los bebés. En lo posible los niños deben ir en el puesto de la mitad del asiento trasero de los automóviles.

3.2 Desarrollo Psicomotor

Se incluye el formato para la valoración y el seguimiento del crecimiento y desarrollo psicomotor, que se diseñó teniendo en cuenta el percentil 90 en las cuatro áreas contempladas en la escala de Denver lo cual permite el descubrimiento temprano de trastornos del desarrollo y así realizar un oportuno manejo (Ver guía de Retardo Pondoestatural).

Otros aspectos que se deben tener en cuenta como recordatorio educativo para el profesional en cada consulta tienen que ver con información nutricional, estimulación adecuada, higiene, seguridad en el hogar, control de esfínteres, relaciones con los hermanos, relaciones con las personas a cargo de los niños, métodos correctivos de las conductas inapropiadas y refuerzo de las conductas apropiadas. Estos temas pueden desarrollarse a nivel individual en la consulta o a nivel familiar y grupal mediante talleres en donde participen los padres, los niños y el equipo de salud.

BIBLIOGRAFIA

MANTENIMIENTO DE SALUD EN LA NIÑEZ

Historia Clínica Integral

1. Woolf S., Jonas S, Lawrence R. Health Promotion and Disease Prevention in Clinical Practice. Williams & Wilkins, 1996. Ps. 20-162.
2. Guide to Clinical Preventive Services. Report of the U.S. Preventive Services Task Force. Williams & Wilkins Second Edition, 1996, ps. XXV – XCII.

Peso y Talla

1. Najar MF, Rowland M. Anthropometric reference data and prevalence of overweight, United States, 1976-80. Vital and health statistics; series 11 no 238. Washington, DC: Government Printing Office. 1987. (DHHS Publication no. (PHS)87-1688).
2. U.S. Department of Agriculture and U.S. Department of Health and Human Services. Dietary guidelines for Americans. 4th ed. Washington DC; Department of Agriculture and Department of Health and Human Services. 1996.
3. Metropolitan Life Insurance Company. New weight standards for men and women. Stat Bull Metropol Life Insur Co. 1983;64: 2 -9.
4. Himes JH, Dietz WH. Guidelines for overweight in adolescent preventive services : recommendations from an expert committee. Am J Clin Nutr 1994;59:307-316.

Valoración Visual

1. National Center for Health Statistics. Refraction status and motility defects of persons 4-74 years, U.S. 1.971-72: Vital health statistics, Series 11, 1.978.
2. Wang F, Ford D, Tielsch JM, et al. Undetected eye disease in a primary care population. Arch Intern Med 1994; 154: 1.821- 1.828.
3. Klein BE, Klein R, Linton KL. Prevalence of age-related lens opacities in a population. The Beaver Dam eye study. Ophthalmology 1992; 99: 546-552.
4. Day S, Eggers H, Gammon JA, Spivey BE. Early strabismus/amblyopia screening. Patient Care 1990; 24:83-105.
5. Epelbaum M, Milleret C, Buisseret P, Dufier JL. The sensitive period for strabismic amblyopia in humans. Ophthalmology 1993, 100: 323-327.
6. Levartovsky S, Gottesman N, Shimshoni M, Oliver M. Factors affecting long-term results of successfully treated amblyopia: age at beginning of treatment and age at cessation of monitoring. J. Pediatr Ophthalmol Strabismus 1992; 29:219-223.
8. The clinician's Handbook of Preventive Service. Put Prevention into Practice. U.S. Public Service. International Medical Publishing Inc. 1994:47-51.
9. Hulme C. The implausibility of low-level visual deficits as a cause of children's reading difficulties. Cogn Neuropsychol 1988; 5:369-374.
10. American Optometric Association. Recommendations for regular optometric care. St. Louis, MO: American Association, 1994.
11. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian guide to clinical preventive health care: Ottawa: Canada Communication Group, 1994: 932-942.
12. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian guide to clinical

- preventive health care: Ottawa: Canada Communication Group, 1994: 298-304.
13. American Academy of Family Physicians, Age charts for periodic health examination. Kansas City, MO: American Academy of Family Physicians, 1994. Reprint No. 510.

Valoración Auditiva

1. Calogeso B, Giannini P, Marciano E. Recent advances in hearing screening. *Adv otorhinolaryngol* 1987; 37:60-78
2. Green M, ed. *Bright Futures: guidelines for health supervision of infants, children and adolescents*. Arlington, VA: 1994.
3. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination Canadian guide to clinical preventive health care, Ottawa: Canada Communication Group, 1994: 258-266, 298-304, 954-963.
4. *Guide to clinical preventive healthcare*, Ottawa: Canada Communication Group, 1996; 393-405.

Salud Oral

1. Public Health Service. Oral health of United States children: the national survey of dental caries in US. School children: 1986 – 1987. National and regional findings. Bethesda: National Institutes of Health, 1989 (NIH Publication No.89-2.247).
2. National Institute of Dental Research. Oral health of United States adults, the national survey of oral health in U.S. employed adults and seniors: 1985-1986. Bethesda: National Institute of Dental Research, 1987. (NIH Publication No. 87- 2868).
4. Bergstrom J, Eliasson S: Noxious effects of cigarette smoking of periodontal health. *J Periodont Res* 1987; 22: 513-517.
5. Bergstrom J, Eliasson S: Cigarette smoking and alveolar bone height in subjects with a high standard of oral hygiene. *J Clin Periodontol* 1987; 14: 466-469.
7. Rivera-Hidalgo F: Smoking and periodontal disease: a review of the literature. *J Periodontol* 1986; 57: 617-624.
8. Ismail AI, Burt BA, Eklund SA: Epidemiologic patterns of smoking and periodontal disease in the United States. *J Am Dent Assoc* 1983; 106: 617-621.
9. Katz RR, Wirthlin MR Jr., Szpunar SM et al: Epidemiology and prevention of periodontal disease in individuals with diabetes. *Diabetes Care* 1991; 14: 375-385.
10. Helm S, Petersen PE: Casual relation between malocclusion and periodontal health. *Acta Odontol Scand* 1989; 47: 223-228.
11. Ismail AI, Morrison EC, Burt BA, et al: Natural History of periodontal disease in adults: findings from the Tewmseh Periodontal Disease Study, 1959-87. *J Dent Res* 1990; 69: 430-435.
12. Papanov PN, Wennstrom JL, Grondahl K: A 10-year retrospective study of periodontal disease progression. *J Clin Periodontol* 1991; 62: 185-189.
13. Ripa LW. Nursing carries : a comprehensive review. *Pediatr Dent* 1988; 10: 268-282.
14. Serwint JR, Mungo R, Negrete VF, et al. Child-rearing practices and nursing caries. *Pediatrics* 1993; 92:233-237.
15. O'Sullivan DM, Tinaneff N. Social and biological factors contributing to caries of the maxillary anterior teeth. *Pediatr Dent* 1993; 15:41-44.
16. Navia JM, Caries prevention in infants and young children: which etiologic factors should we address? *J Public Health Dent* 1994; 54:195-196.
17. Svomi JD, Greene JC, Vermilliam JR etc al. The effect of controlled oral hygiene procedures on the progression of periodontal disease in adults: results after third

- and final year. *J Periodontol* .1971; 42:152-160.
18. Lang NP, Cumming BR, Loe H. Toothbrush frequency as it is related to plaque development and gingival health. *J Periodontol* 1.973; 44: 398-405.
 19. Barnes CM, Wheatford TW, Menakerr L. A comparison of the Braun Oral – B Plaque Remover (D5) electric and a manual toothbrush in affecting gingivitis. *J Clin Dent* 1.993;4: 48-51.
 20. Stoltze K, Bay L. Comparison of a manual and a new electric toothbrush for controlling plaque and gingivitis. *J Clin Periodontol* 1.994; 21:86-90.
 21. Van der Weijden GA, Timmerman MF, Reijerse E et al. The long-term effect of an oscillating/ rotating electric toothbrush on gingivitis: an 8-month clinical study. *J Clin Periodontol* 1.994; 21:1139-145
 22. Ismail AI, Lewis D. Periodic health examination, 1.993 update: Periodontal diseases: classification, diagnosis, risk factors and prevention. *Can Med Assoc J* 1.993; 149:1.409-422.
 23. Guide to Clinical Preventive Services. Report of the U.S. Preventive Services Task Force, Second Edition. Williams &Wilkins, Baltimore, 1.996; 711-721.
 24. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian guide to clinical preventive health care, Ottawa: Canada Communication Group, 1.994: 408-431.

Anemia ferropriva

1. Cook JD, Clinical evaluation of iron deficiency. *Semin Hematol* 1982; 19: 6-18.
2. Centers for Disease Control. CDC criteria for anemia in children and childbearing-aged women *MMWR* 1989; 38:400-404.
3. Lockitch G. ed. Handbook of diagnostic biochemistry and hematology in normal pregnancy. Boca Raton, Fl.: CRC Press. 1993.
4. Gibson RS. Nutritional assessment: a laboratory manual. New York: Oxford University Press 1993.
5. Plich SM, Senti FR, eds. Assessment of the iron nutritional status of the US population based on data collected in the second National Health and Nutrition Examination Survey. 1976 -1980. Rockville MD: Life Science Research Office, Federation of American Societies for Experimental Biology 1984.
6. Centers for Disease Control. Pediatric Nutrition surveillance system- United States, 1979-1990. *MMWR* 1992; 41(SS7):25-41.
7. Kim I, Hungerford DW, Yip R, et al. Pregnancy nutrition surveillance System-United States. 1980*1991.
8. Vasquez-Seoane P, Windom R, Pearson HA. Disappearance of iron - deficiency anemia in a high risk infant population given supplemental iron. *New Engl J Med* 1985; 313:1239-1240.
9. Institute of Medicine. Iron deficiency anemia : recommended guidelines for the prevention, detection and management among U.S. children and women of childbearing age. Washington, DC. National Academy Press 1993.

Hipotiroidismo

1. Committee on Genetics, American Academy of Pediatrics. Newborn screening fact sheets. *Pediatrics* 1.989; 83:449-464.
2. Willi SM, Moshang T Jr. Diagnostic dilemmas: results of screening test for.
3. Aronson R, Ehrlich RM, Bailey JD, Rovet JF. Growth in children with congenital

- hypothyroidism detected by neonatal screening. *J. Pediatr* 1.990; 116: 33-37.
4. Kooistra L, Laane C, Vulsma T, et. Al. Motor and cognitive development in children with congenital hypothyroidism: a long-term evaluation of the effects of neonatal treatment. *J. Pediatr* 1.994, 124:903-909.
 5. Raiti S, News GH. Cretinism: early diagnosis and its relation to mental prognosis. *Arch Dis child* 1.971; 46: 692.694.
 6. American Academy of Pediatrics and Thyroid Association. Newborn screening for congenital hypothyroidism : recommended guidelines. *Pediatrics* 1.993; 1203.1209.
 7. Fisher DA, Dussault JH, Foley TP, et. Al. Screening for congenital hypothyroidism : results of screening one million North American Infants. *J Pediatr* 1.979; 94: 700-705
 8. Virtanen M, Santavuori P, Hirvonen E, et.al. Multivariate analysis of psychomotor development in congenital hypothyroidism. *Acta Paediatr Scand* 1.989; 78: 405-411.
 9. Klein AH, Meltzer S, Kenny FM. Improved prognosis in congenital hypothyroidism treated before age three months. *J Pediatr* 1.972; 81: 912-915.
 10. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian guide to clinical preventive health care. Ottawa: Canada Communication Group, 1.994: 190-194.
 11. Newborn Screening Committee, The Council of Regional Networks for Genetic Services (CORN), National newborn screening report: 1.991. New York: CORN, July 1.994.
 12. Guide to Clinical Preventive Services. Report of the U.S. Preventive Services Task Force. Second Edition. Williams & Wilkins, Baltimore, 1.996; 503-507.
- Hemoglobinopatía por Células Falciformes**
1. Platt OS, Brambilla DJ, Rosse WF et.al. Mortality in sickle cell disease: life expectancy and risk factors for early death. *N. Engl J Med.* 1.994; 330: 1.639-1.644.
 2. American College of Obstetricians and Gynecologists' Hemoglobinopathies in pregnancy. Technical Bulletin No. 185. Washington, DC: American College.
 3. British Society for Haematology. Guidelines for haemoglobinopathy screening. *Clin Lab Hematol* 1.988; 10: 87-94.
 4. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian guide to clinical preventive health care. Ottawa: Canada Communication Group, 1.994: 206-218.
 5. Guide to Clinical Preventive Services. Report of the U.S. Preventive Services Task Force. Second Edition. Williams & Wilkins, Baltimore, 1.996; 485-494 p.

Inmunizaciones en la niñez

1. Centers for Disease Control and Prevention. Reported vaccine-preventable disease-United States, 1.993, and the Childhood Immunization Initiative. *MM WR* 1.994; 43: 57-60
2. American Academy of Pediatrics. Recommend ages for administration of currently licensed childhood vaccines. August 1.995, *AAP News*, August 1.995.
3. Ministerio de Salud de Colombia. Documento Marco Esquema de Vacunación Infantil para Colombia. Reunión de Consenso 1.996; Santafé de Bogotá, 1.996.
4. Guide to Clinical Preventive Services. Report of the U.S. Preventive Services Task Force. Williams & Wilkins. Second Edition, Baltimore 1.996, pss. 767-790.

Seguridad y Prevención de Accidentes

Ver referencias Adolescentes

III. MANTENIMIENTO DE LA SALUD DEL ADOLESCENTE

INTERVENCIONES PREVENTIVAS GENERALES Y SELECTIVAS	1. Tamizaje	<ul style="list-style-type: none"> •Historia clínica integral •Visión •Audición •Tensión arterial •Salud oral •Colesterol •Citología vaginal •Familiograma •APGAR Familiar •Soporte de amigos •Escala de reajuste social Holmes y Rahe
	2. Inmunizaciones	<ul style="list-style-type: none"> •Triple viral •DT •Hepatitis B
	3. Consejería	<ul style="list-style-type: none"> •Promoción de dieta saludable •Salud oral •Accidentes •Actividad física •Uso del tabaco •Disminución uso del alcohol •Sexualidad responsable •Anticoncepción •Enfermedades de Transmisión Sexual •Violencia

En este grupo de edad es necesario tener en cuenta todos los aspectos relacionados con los cambios fisiológicos propios de la pubertad, la iniciación de la sexualidad, la socialización de los adolescentes y sus riesgos en cuanto al uso de psicotrópicos. Es tal vez ésta etapa del ciclo vital individual donde se debe hacer mayor énfasis en los aspectos de promoción de estilos de vida saludables y autocuidado y donde la atención integral tiene sus mayores beneficios a largo plazo.

Se incluyen en el área de examen físico, todos los proce-

dimientos necesarios en la valoración del adolescente, por ejemplo medidas antropométricas, agudeza visual, examen auditivo, tensión arterial, valoración dental, examen pélvico (posterior al inicio de la actividad sexual), valoración de escoliosis y estados de Tanner. Este último ítem se encuentra incluido con los estados de desarrollo y guías anticipatorias, mediante dibujos prácticos y sencillos que muestran los cambios secuenciales de las características sexuales secundarias, (Ver guía de retardo pondoestatural, de ésta serie).

Como complemento a las Guías Preventivas del Adolescente, se encuentran los esquemas de Estados de Desarrollo y Guías Anticipatorias, que contienen información del desarrollo físico, psicosexual, psicosocial y cognoscitivo, así como los aspectos educativos a tratar con el adolescente y con los padres (confidencialidad, educación sexual, seguridad, utilización del tiempo libre, uso y abuso de sustancias, nutrición, autoexamen y orientación profesional, etc.). Estos contenidos son el primer paso para el desarrollo de talleres con grupos de adolescentes que deben incluir reuniones con los padres, en grupos diferentes⁽¹⁾

1. TAMIZAJE

1.1 Historia Clínica

Se debe realizar una permanente actualización de la historia personal y familiar para considerar los factores de riesgo de cada individuo a medida que estos ocurren. Además es importante correlacionar esta información con la que se consigna en el Familiograma que es un instrumento dinámico en el que se delimitan los integrantes de las familias en tres o cuatro generaciones y que incluyen datos socioculturales, antecedentes de enfermedades sufridas por los integrantes de la familia y los factores de riesgo que se pueden intervenir.

Se debe establecer una comunicación adecuada entre el entrevistador y el adolescente con el fin de poder obtener información fidedigna sobre aspectos personales e íntimos. Se le debe dar la seguridad de que la información suministrada es absolutamente confidencial.

El equipo de salud debe hacer énfasis en la obtención de

información sobre los cambios físicos y sus repercusiones psicológicas. Se debe indagar sobre la capacidad de comunicación con amigos, padres y maestros y se debe iniciar un diálogo franco sobre el desarrollo sexual brindando educación completa sobre su autoconocimiento, sobre el ejercicio de la sexualidad responsable, la respuesta sexual del hombre y la mujer, la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y la autoprotección del embarazo. Se debe investigar y educar igualmente sobre el uso de alcohol, tabaco, drogas y uso del tiempo libre.

1.2 Examen físico completo

La consulta debe incluir un examen físico completo con periodicidad anual ya que existe evidencia en cuanto a la efectividad de la detección precoz de problemas de los adolescentes y la disminución de los costos de atención (referencia AMA, 1994).

1.3 Citología Vaginal

El cáncer de cuello uterino a nivel mundial es el segundo en frecuencia en mujeres, después del carcinoma de mama. Cerca del 80% de los tumores malignos del cuello uterino registrados en el mundo se encuentran en mujeres de los países en desarrollo. En Colombia ha tenido alta incidencia de enfermedad y mortalidad. Según datos del Instituto Nacional de Cancerología, el cáncer de cuello uterino es la segunda causa de muerte por cáncer en Colombia, después del carcinoma gástrico y seguido por el cáncer de mama.

Recomendación A: Se recomienda realizar citología vaginal en toda mujer sexualmente activa y en el caso de las adolescentes, tan pronto ellas inicien su vida sexual^(1,2). La frecuencia debe ser anual por la alta prevalencia en nuestro medio, y a criterio médico, de acuerdo con el nivel sociocultural de la paciente y el riesgo presente puede cada tres años después de dos citologías normales⁽³⁾. En Canadá y USA se recomienda cada 3 años, por índices de prevalencia y relación costo/beneficio diferentes.

2. INMUNIZACIONES EN ADOLESCENTES

La administración rutinaria de vacunas y sus refuerzos a lo largo del ciclo vital individual, contribuyen a la erradicación y/o disminución de algunas enfermedades infecciosas.

Las inmunizaciones forman parte de las actividades de prevención primaria, con relación costo/beneficio, para el grupo adolescente. Debe estar integrada a todos los programas de prevención para adolescentes.

Para la inmunización de los adolescentes entre 10 y 19 años, la Asociación Médica Americana AMA y Academia Americana de Pediatría recomiendan aplicar las inmunizaciones, en las visitas para control obligatorio de la salud efectuadas entre los 11 y 12 años.

Recomendación A: ⁽¹⁻²⁸⁾. Aplicar la segunda dosis de la vacuna triple viral: rubeola, paperas y sarampión (MMR).

Aplicar el refuerzo de difteria y tétanos (DT).

Aplicar, si no ha sido administrada en la niñez la vacuna de Hepatitis B. La vacuna para la Hepatitis B se recomienda especialmente para adolescentes que tienen varias parejas, preferencia homo o bisexual, utilizan drogas inyectadas, están sometidos a hemodiálisis o transfusiones frecuentes.

La vacuna para el tétano se sigue administrando con intervalos de cada 10 años.

Se recomienda la aplicación de la vacuna contra la Influenza una vez al año, a adolescentes de alto riesgo: asma, enfermedades pulmonares crónicas, enfermedades cardiovasculares, diabéticos, hemoglobinopatías, e inmunosuprimidos.

3. CONSEJERÍA

3.1 Promoción de dieta saludable

La promoción para una dieta saludable en los adolescentes, es fundamental para prevenir enfermedades crónicas de la adultez e impulsar un estilo de vida saludable.

La consejería debe ser realizada por profesionales de la salud incluyendo educadores y psicólogos. La orientación en dieta saludable deberá encaminarse a la educación para limitar la ingesta de grasas y colesterol, mantener balance calórico en la dieta, y enfatizar en el uso de cereales y fibra.

El cáncer de colon, mama y próstata están epidemiológicamente asociados a mala alimentación, al igual que la enfermedad cerebrovascular, hipertensión, obesidad, diabetes. Los factores nutricionales también pueden generar osteoporosis, desnutrición, diverticulitis y enfermedades orales. Los hábitos alimenticios a través de la vida influyen sobre las condiciones de salud y tienen efectos y relación directa en los factores de riesgo. Se ha demostrado que la disminución de peso y el equilibrio en la ingesta disminuyen el riesgo.

Los estudios randomizados han demostrado que pacientes con colesterol alto pueden bajar los niveles al igual que sus familias, debido a la efectividad de la consejería en el cambio de hábitos alimenticios; esto puede ser reforzado con educación a través de material impreso y con seguimiento y monitoría frecuente. La influencia de los padres, es muy importante en el hábito alimenticio de sus hijos⁽¹⁻²⁶⁾.

3.1.1 Colesterol

La hipercolesterolemia es factor de riesgo importante para el desarrollo de enfermedad coronaria en un 25% . El 25% de los niños tienen el colesterol total mayor de 170 mg/dl. En autopsias se han encontrado estrías grasas que se correlacionan con el colesterol y LDL. Niños y adolescentes con colesterol elevado pueden tener riesgo de seguir teniendo altos niveles de colesterol en la adultez aunque no todos los detectados la desarrollarán.

Recomendación D: No hay suficiente evidencia para recomendar la toma de niveles de colesterol pues no existen estudios que prueben los beneficios de reducir el colesterol como prevención de la enfermedad coronaria, ya que no es prevalente en este grupo de edad; sin embargo, los grupos de expertos sugieren para los niños y adolescentes consejería en la nutrición adecuada libre de grasas saturadas⁽²⁷⁾.

Recomendación A: Se recomienda para los niños desde los 2 años, los adolescentes y los adultos limitar la ingesta de grasas, especialmente las grasas saturadas.

Motivar la lactancia materna

Recomendación B: Controlar la ingesta de colesterol y enfatizar en el uso de fibra, frutos y vegetales.

Los adolescentes y adultos deberán disminuir la ingesta de grasas a menos del 30% del total de calorías y el colesterol a menos de 300 mg/día.

Motivar el consumo de pescado, pollo preparado sin piel, carne sin gordo y productos lácteos bajos en grasa.

Variar las comidas e incluir granos completos, verduras y frutas.

Recomendación B: Para adolescentes y adultos jóvenes se recomienda incluir en la dieta 1.200 - 1.500 mg/día de calcio; adultos medios, 1.000 mg/día; mujeres postmenopáusicas 1.000 - 1.500 mg/día.

Recomendación C: Hay evidencia insuficiente acerca de la efectividad de la educación nutricional ofrecida por los médicos. En contraste se ha encontrado que la consejería brindada por nutricionistas a nivel individual o en intervenciones comunitarias ha sido efectiva para cambiar los hábitos alimenticios de los pacientes.

3.2 Seguridad

En Estados Unidos cada año los traumas en niños y adolescentes se constituyen en 16 millones de las consultas de los servicios de urgencias, 600.000 hospitalizaciones y 20.000 muertes⁽¹⁾. Estas muertes son mayores que las que se producen por otras causas. La mitad de las muertes se deben a ciclismo^(2,3), accidentes automovilísticos⁽⁴⁾, ahogamientos^(5,6,7), quemaduras⁽⁸⁾, armas de fuego, caídas, envenenamientos y deportes. Muchos de estos traumas son prevenibles. Los factores de riesgo son: niños varones, con traumas previos y serios; niños con familias con bajo nivel económico, madres jóvenes y estresores significantes. En adolescentes se hace énfasis en el consumo de alcohol como facilitador de varios de los traumas de todo orden^(9,10).

Recomendación A: Se recomienda el uso de cinturones de seguridad de tres puntos para el conductor (retráctiles). El uso de cinturón de seguridad debe ser obligatorio aun en automóviles con bolsas de aire de seguridad.

Se debe hacer énfasis en el uso de guantes, cascos, rodilleras, coderas, gafas, según el deporte a practicar para evitar mayores traumatismos⁽⁹⁻¹⁴⁾.

Recomendación B: Consejería para la prevención en accidentes involuntarios en adolescentes, tales como: fuego en el hogar, agua caliente, inmersión, envenenamientos, conducción de bicicletas y caídas.

Los padres deben enseñarle a los hijos a manejar la presión del grupo de pares que puede inducirlos a accidentes. También deben aumentar la autoestima de los adolescentes para tener comportamientos preventivos y evitar accidentes. Los padres deben dar ejemplo de conductas preventivas tales como no consumo de alcohol antes de conducir automóviles o practicar deportes. Uso de los cinturones de seguridad. Deben conocer los principios básicos de primeros auxilios. Evitar el uso de armas de fuego y si las tienen no dejarlas al alcance de los adolescentes y dejarlas descargadas. Informar a los adolescentes el número de teléfono de los bomberos y policía en caso de alguna emergencia.

3.2.1 Control de accidentes y prevención de lesiones de cráneo por el uso de bicicleta, con utilización simultánea de casco^(11,29)

El uso de cascos para prevenir lesiones craneanas en los ciclistas ha sido estudiado y recomendado en los últimos años. Aunque otros factores como la clase de bicicleta, el diseño de las vías para el entrenamiento y utilización de las mismas, son factores importantes a tener en cuenta, se considera que el uso del casco protege el cerebro, la cabeza y el cuello. El casco que ha sufrido daño no deberá ser utilizado, al igual que cada casco debe estar a la medida y ser ajustado a cada cabeza para alcanzar la máxima protección.

Se encuentra que los programas dirigidos a las comunidades para incrementar la utilización de cascos, reduce la incidencia de heridas y discapacidades. En Estados Unidos cerca de 1.000 personas mueren por lesiones causadas por accidentes en bicicleta y 550.000 son tratadas en servicios de urgencias por injurias secundarias a montar en bicicleta; de éstos el 6% requiere hospitalización. En el 62% de muertes relacionadas con montar en bicicleta, los pacientes presentan trauma craneoencefálico.

Recomendación A: Existe evidencia de que el uso del casco reduce en un 74 a 85% las lesiones causadas por accidentes en bicicleta.

Los cascos deben ser utilizados por toda persona a cualquier edad y en todos los lugares: parques, andenes, ciclovías.

Implementar normas para obligar la utilización de cascos, de acuerdo a estándares establecidos.

Promover programas educativos en los cuales se demuestren las ventajas de su utilización.

3.3 Actividad física

Aconsejar a los pacientes para incorporar el ejercicio físico en su rutina diaria. La actividad física moderada, comprende actividades como montar bicicleta, caminar, limpiar, barrer vigorosamente durante 20 minutos.

Recomendación A: Realizar consejería para promover la actividad física en todos los adolescentes. Esta se basa en la eficacia comprobada de la actividad física, para reducir el riesgo de enfermedad coronaria, la hipertensión arterial y diabetes.

3.4 Consejería para prevenir el uso de tabaco

En Colombia el 33% de la población adulta ha fumado alguna vez ⁽¹⁾. Los actuales fumadores son el 21.4% con mayor proporción de hombres (29%) que de mujeres (14%). Se nota una disminución en la prevalencia del consumo de cigarrillo, la cual para el año 1.987 era del 29.7% ⁽²⁾. Los que fuman diariamente son el 18%, 3% son fumadores semanales y 0.5% mensuales ⁽¹⁾. Existen diferencias regionales; el tabaquismo se presenta más en el antiguo Caldas y Antioquia, los hombres del Tolima, Huila y Bogotá también tienen altas prevalencias. El tabaquismo aumenta con la edad hasta los 40 años cuando comienza a disminuir, decrece con la educación aunque se nota un ligero incremento para los de educación universitaria completa. La iniciación al tabaquismo ocurre a los 17.3 años en los hombres y los 18.2 años en las mujeres. Alrededor de 2.3 millones de adultos han dejado el cigarrillo, con tasas de abandono del 36% sobre los que han fumado alguna vez. Es importante resaltar, por su implicación en la programación de actividades preventivas, que casi todos los adultos colombianos están enterados de los daños que produce el cigarrillo y creen que el gobierno debería tomar medidas drásticas contra el tabaquismo⁽¹⁾.

Aunque en Colombia no tenemos estudios que demuestren el impacto del hábito de fumar en la morbilidad y la mortalidad, en los Estados Unidos es responsable de una de cada cinco muertes y es la causa modificable más importante de muerte prematura⁽³⁾.

La evidencia epidemiológica acumulada de estudios de cohortes, estudios de casos y controles y otras fuentes de datos proveen una consistente y convincente evidencia que une al uso de tabaco con una variedad de serias enfermedades pulmonares, cardiovasculares y neoplásicas⁽⁴⁾. La mayoría de los cánceres de pulmón, tráquea, bronquios, laringe, faringe, cavidad oral y esófago son atribuibles al uso de tabaco^(2,4). El fumar también causa en menor proporción cáncer de páncreas^(5,6-8), riñón⁽³⁾, vejiga^(5,9), y cérvix^(5,10-12). El fumar promueve la aterosclerosis y es uno de los principales factores de riesgo para infarto miocárdico, enfermedad arterial coronaria, enfermedad cerebrovascular y enfermedad vascular periférica^(3,5). La enfermedad isquémica cardíaca y la enfermedad cerebrovascular son la segunda y tercera causa de muerte y la cuarta y octava causa de años de vida saludable perdidos respectivamente en Colombia⁽¹³⁾. El fumar es un factor de riesgo importante para enfermedad pulmonar obstructiva crónica y neumonía. En Colombia para el promedio de los años 1989 - 1991 las enfermedades respiratorias crónicas ocasionaron 223.691 años de vida saludable perdidos cada año⁽¹³⁾. Los niños y adolescentes fumadores activos tienen una prevalencia aumentada y una mayor severidad de síntomas y enfermedades respiratorias, disminución de la salud física y retardo potencial del desarrollo pulmonar⁽¹⁴⁾.

La nicotina, contenida en el tabaco, es una droga adictiva. Los procesos farmacológicos y del comportamiento que determinan la adicción son similares a aquellos de drogas tales como heroína y cocaína^(15,16). La iniciación en el uso del tabaco en una edad más temprana se relaciona con una adicción más severa en el adulto.

El consumo de tabaco puede asociarse con un aumento en el riesgo de osteoporosis^(15,16).

El fumar no solo afecta la salud del fumador, sino también afecta la salud de los no fumadores. El fumar durante el embarazo causa cerca del 5 - 6 % de muertes perinatales, 17 - 26 % de nacidos con bajo peso y 7 -10% de nacidos pretérmino^(3,5), y un incremento en el riesgo de abortos y retardo del crecimiento fetal⁽⁵⁾. Puede también incrementar el riesgo de muerte súbita del lactante^(17,18). La exposición ambiental al humo de tabaco (anteriormente denominado fumar pasivamente) puede aumentar el riesgo de cáncer de pulmón en no fumadores^(19,20). Puede también aumentar el riesgo de enfermedad

arterial coronaria (en otras personas sanas no fumadoras⁽²¹⁻²⁴⁾). En niños aumenta la frecuencia de efusiones en el oído medio e infecciones respiratorias bajas, las cuales llevan a una proporción importante de niños a ser hospitalizados⁽¹⁹⁾. Adicionalmente en niños, la exposición ambiental al humo de tabaco se asocia con una pequeña pero cuantificable reducción de función pulmonar⁽¹⁹⁾ y exacerbación del asma^(19, 25, 26), causando síntomas en asmáticos y casos nuevos de asma cada año⁽¹⁹⁾.

Finalmente el hábito de fumar ha sido relacionado con incendios en el hogar. En E.U. se estima que los cigarrillos son responsables de cerca del 25 % de muertes por incendios en el hogar⁽²⁷⁾.

El aumento de los riesgos de enfermar y morir mencionados, hace que el hábito de fumar ocasione excesos en los costos de atención médica. Para el año 1.993 se estima que los costos de cuidado médico atribuibles a la cohorte actual de fumadores en EEUU puede ser tan alto como 500 billones de dólares⁽²⁸⁾.

3.4.1 Efectividad de la reducción del riesgo

La evidencia aportada por estudios de cohortes prospectivas y de casos y controles muestran que muchos de los riesgos de salud pueden reducirse al dejar de fumar. Aquellos que dejan de fumar antes de los 50 años disminuyen a la mitad el riesgo de morir en los siguientes 15 años con relación a los que continúan fumando; este riesgo disminuye aún entre personas que dejan de fumar después de los 70⁽⁵⁾. El riesgo de cáncer de pulmón es 30 a 50 % menor entre los que han dejado de fumar más de 10 años, con relación a los que continúan fumando, el riesgo de cáncer oral y de esófago es la mitad a los 5 años después de dejar de fumar^(5, 6-8, 29). Comparado con los fumadores corrientes, también disminuye el riesgo de cáncer cervical y de vejiga^(5, 12). Un año después de dejar de fumar el riesgo de infarto y de muerte por enfermedad arterial coronaria se reduce a la mitad y después de 15 años se aproxima al de no fumadores^(5, 30). El riesgo de enfermedad arterial periférica y de las complicaciones de la misma disminuye al dejar de fumar⁽⁵⁾. El riesgo de enfermedad cerebrovascular comienza a disminuir a los dos años de dejar de fumar y en 5 -15 años éste es muy similar o igual al de las personas que nunca han fumado^(5, 31, 32). Los que dejan de fumar disminuyen las tasas de

mortalidad por EPOC, los síntomas respiratorios tales como la tos, la producción de esputo, e infecciones tales como bronquitis y neumonía⁽⁵⁾. Las embarazadas quienes dejan de fumar hacia la semana 30 de gestación tienen hijos con mayor peso al nacer que las que fuman a lo largo del embarazo⁽⁵⁾.

3.4.2 Efectividad de la consejería

Aquí debe considerarse en primer lugar si la consejería modifica el comportamiento de los fumadores, y de otro lado si existe una disminución en los riesgos en salud relacionados con el hábito de fumar. Un número de ensayos clínicos ha demostrado la efectividad de ciertas formas de consejería clínica ⁽³³⁻³⁸⁾ y de grupo ^(37,39,40) en cambiar el comportamiento de fumador del paciente. En mujeres embarazadas, experimentos clínicos han reportado disminuciones en las tasas de abstinencia del 5-23% en los grupos de intervención con relación a los de control ⁽⁴¹⁻⁴⁵⁾. Un meta análisis de treinta y nueve ensayos clínicos en adultos, sin incluir mujeres embarazadas, examinó diferentes tipos de técnicas clínicas para dejar de fumar incluyendo varias combinaciones de consejería, distribución de material escrito y terapia de reemplazo de nicotina. Este trabajo encontró mayores tasas de dejar de fumar en el grupo de intervención comparado con los grupos control, con diferencias promedio de 6% después de un año⁽³⁷⁾. Diferentes experimentos clínicos han demostrado un aumento en las tasas de abstinencia de 3-7% en pacientes que recibieron consejería clínica ^(33-36,38) y de 8-25% en los que recibieron consejería en grupo, comparados con los controles ^(39,40). Un elemento fundamental en la efectividad de la consejería es el reforzamiento a través de mensajes repetidos y consistentes brindados por un grupo de prestadores de servicios de salud para dejar de fumar, la selección por parte del paciente de una fecha para dejar de fumar y el establecimiento de una agenda de visitas o contactos de seguimiento. El uso de modalidades adicionales tales como material de auto ayuda, referencia a grupos de consejería, mensajes proporcionados por más de un clínico o cartas recordando identificar pacientes que fuman, aumentarán la efectividad en el futuro ^(37,38,46-48).

Con relación a la modificación de los riesgos, existe mayor evidencia en mujeres embarazadas que con otros grupos de adultos. En muje-

res embarazadas la consejería para dejar de fumar sumada a materiales de autoayuda aumentó significativamente los pesos al nacer y disminuyó la incidencia de retardo del crecimiento intrauterino^(41,42). En hombres de edad media, la consejería para dejar de fumar sola⁽⁴⁹⁾ o en combinación con información dietética y/o manejo de la HTA^(50,51), disminuyó la morbilidad y mortalidad por enfermedad arterial coronaria, aunque estos resultados fueron estadísticamente significativos solo en un ensayo clínico⁽⁵⁰⁾.

La prescripción de productos de nicotina facilita el dejar de fumar. Experimentos clínicos han encontrado que las tasas de dejar de fumar a los 12 meses, después de una consejería clínica breve y múltiples visitas de seguimiento fueron del 9 - 25% cuando se utilizó el parche de nicotina, en comparación con el 4-9% con placebo⁽⁵²⁻⁵⁵⁾. Cuando se usa correctamente y en combinación con el mensaje médico para dejar de fumar, el chicle de nicotina aumenta las tasas de los que dejan de fumar a largo plazo, cerca de una tercera parte^(56,57). La utilización de la mayor dosis de nicotina en goma (4 mg) ha probado ser más efectiva que la de 2 mg en sujetos altamente dependientes de la nicotina⁽⁵⁷⁾. Al comparar la efectividad de los tratamientos con parche o chicle de nicotina, dos metanálisis de experimentos clínicos reportaron un beneficio significativo, no siendo mejor una modalidad que la otra⁽⁵⁷⁻⁶¹⁾. Sin embargo, los chicles de nicotina fueron efectivos en pacientes con dependencia alta a la nicotina, pero no en los que tienen una baja dependencia, mientras que no hubo diferencias de efectividad con relación a la severidad de la dependencia con los parches de nicotina⁽⁵⁷⁾. La evidencia sugiere que los productos de nicotina son más efectivos como complemento de la consejería para dejar de fumar^(61,62). Los pacientes que utilizan alguna presentación de nicotina (parche o chicle) y continúan fumando aumentan su riesgo de toxicidad por nicotina^(63,64). Los efectos secundarios más frecuentes de goma de nicotina son hipo, flatulencia, náusea e indigestión, mientras que el parche comúnmente causa reacciones locales e insomnio.

También se ha investigado con la clonidina como complemento a la consejería para dejar de fumar. Cuatro de cinco experimentos clínicos con seguimientos de 3-12 meses han reportado mejoría en las tasas de abstinencia de 8-21%⁽⁶⁵⁻⁶⁹⁾. Solamente un resultado fué estadísticamente significativo⁽⁶⁷⁾, pero las muestras pueden haber sido inadecuadas en los otros tres trabajos que mostraron beneficios no significativos^(66,68,69). Los efectos secundarios incluyen adorme-

cimiento y boca seca; ocurren en 5-25% de aquellos que reciben clonidina, resultando en una mayor tasa de abandonos comparado con placebo ^(65,67,68).

Los clínicos tienen un papel importante en la prevención de la iniciación en el consumo de tabaco en niños y adolescentes. En Colombia el promedio de la edad de iniciar a fumar es de 17.3 y 18.2 años en hombres y mujeres respectivamente ⁽¹⁾. Muchos adolescentes iniciales han tenido experiencias con cigarrillo y algunos de ellos son fumadores regulares. No hay trabajos publicados que hayan evaluado adecuadamente intervenciones realizadas por clínicos, en la prevención del inicio del consumo de tabaco. Los programas escolares reducen la incidencia ^(70,71) y la prevalencia ⁽⁷²⁻⁷⁴⁾ del uso de tabaco en adolescentes en 2-4 años de seguimiento. Seguidores mayores muestran menor beneficio, sugiriendo que los efectos del programa necesitan ser reforzados ^(75,76). Los programas más útiles involucran el enseñar habilidades para resistir la presión social para usar tabaco, junto con las consecuencias a corto y largo plazo de usar tabaco.

Los riesgos para la salud ocasionados por el hábito de fumar y el beneficio del dejar de fumar están bien establecidos. Sin embargo muchos clínicos fallan en aconsejar a sus pacientes (o a sus padres) quienes fuman, para dejar de fumar ^(77,78,79). Esta resistencia a intervenir puede ser el resultado de diferentes variables que incluyen falta de confianza en la habilidad para brindar una consejería adecuada, falta de interés por el paciente, falta de pago o recompensa personal, tiempo insuficiente e inadecuado soporte del equipo de salud ⁽⁸⁰⁾. En E.U. cerca de 50% de la personas que actualmente fuman han dejado de fumar alguna vez ⁽⁸¹⁾ y 30% de los que lo han dejado reportan que han sido presionados a dejar de fumar por un médico ⁽⁸²⁾. Aproximadamente 90% de los que lo han dejado exitosamente lo han dejado sin una consejería intensa pero si dejándolo abruptamente o con ayuda de manuales para dejar de fumar ⁽⁸²⁾. Sin embargo aún una modesta disminución en las tasas de fumadores pueden tener significantes implicaciones en salud pública. Un estudio de costo efectividad soporta el valor clínico de ofrecer consejería para dejar de fumar durante las visitas rutinarias al consultorio de los pacientes que fuman ⁽⁸³⁾.

3.4.3 Intervención Clínica

Una historia completa del uso de tabaco y la valoración de la dependencia a nicotina entre usuarios de tabaco debe ser obtenida de todo paciente adolescente y adulto. La consejería para dejar de fumar se recomienda regularmente a todos los pacientes que usan

productos del tabaco⁽⁵⁷⁾ (*Nivel de evidencia I, Recomendación A*). Las mujeres embarazadas y las personas que conviven con niños en casa también deben ser aconsejados sobre el efecto peligroso potencial de fumar, sobre la salud del feto y los niños^(43,44,45) (*Nivel de evidencia III, Recomendación B*). La frecuencia óptima para realizar la consejería para prevenir el uso del tabaco no ha sido determinada con certeza, pero mensajes repetidos en periodos prolongados de tiempo se asocian con la mayor utilidad en ayudar al paciente a lograr la abstinencia. La prescripción de parches de nicotina o chicle se recomienda como un complemento para pacientes seleccionados⁽⁶¹⁾ (*Nivel de evidencia I, recomendación A*). No hay evidencia insuficiente para recomendar en pro o en contra de clonidina como un complemento efectivo en la consejería para dejar de fumar. Ciertas estrategias como los mensajes y las sugerencias directas, cara a cara, el reforzamiento, un sistema de registro de fumadores en el consultorio, los materiales de auto ayuda, los programas comunitarios para ayudar a dejar de fumar y la terapia con medicamentos pueden aumentar la efectividad de la consejería contra el uso de tabaco.

Los mensajes en contra del tabaco deben incluirse en la consejería en promoción de la salud de niños, adolescentes y adultos jóvenes basados en la eficacia probada de reducción del riesgo al evitar el uso de tabaco^(71,73,73) (*Nivel de evidencia I*), aunque la evidencia para la efectividad de la consejería clínica para prevenir el inicio del uso del tabaco es menos clara^(48,49) (*Nivel de evidencia IV, recomendación C*).

3.5 Consejería para disminuir el consumo de alcohol

Los problemas médicos debido a la dependencia del alcohol son más comunmente vistos en pacientes en unidades de cuidado primario⁽⁴⁾, algunos de estos incluyen el síndrome de abstinencia, psicosis, hepatitis, cirrosis, pancreatitis, deficiencia de tiamina, neuropatía, demencia y cardiomiopatía⁽⁵⁾. Los tomadores fuertes no dependientes, presentan la mayoría de la morbilidad y mortalidad relacionada con el alcohol en la población general. Existe una relación dosis - respuesta entre el consumo diario de alcohol y las elevaciones en la presión sanguínea y el riesgo de cirrosis, enfermedad cerebrovascular hemorrágica y cánceres de la

orofaringe, laringe, esófago e hígado ⁽⁶⁻⁸⁾. Cerca de la mitad de las muertes atribuidas al alcohol son debidas a lesiones intencionales y no intencionales, incluyendo los accidentes de tráfico ^(9,10), y una proporción importantes de muerte por incendios, homicidios y suicidios.

El consumo moderado de alcohol tiene efectos favorables sobre el riesgo de enfermedad arterial coronaria⁽¹¹⁻¹⁶⁾. El mecanismo exacto del efecto protector del alcohol no se conoce pero puede involucrar un aumento en las lipoproteínas de alta densidad ⁽¹⁶⁾ y/o mediadores fibrinolíticos ⁽¹⁷⁾.

Las consecuencias sociales de los problemas con la bebida son frecuentemente tan dañinas como las consecuencias médicas directas. Cerca del 20% de los tomadores reportan problemas con los amigos, la familia, el trabajo o la policía debido al hábito de tomar ⁽⁵⁾ las personas que abusan del alcohol tienen un mayor riesgo de divorcio, depresión, suicidio, violencia doméstica, desempleo y pobreza ⁽⁵⁾. La intoxicación puede llevar a un comportamiento sexual no seguro que aumenta el riesgo de enfermedades de transmisión sexual incluyendo virus de inmunodeficiencia humana. Finalmente muchos niños están en riesgo de desarrollo psicosocial anormal debido al abuso de alcohol de sus padres ⁽¹⁸⁾.

3.5.1 Uso de alcohol en embarazo

Algunas mujeres consumen alcohol durante el embarazo⁽¹⁹⁻²¹⁾. El uso excesivo de alcohol durante el embarazo puede producir síndrome de alcohol fetal (FAS), con retardo de crecimiento, deformidades faciales, y disfunción del sistema nervioso central (microcefalia, retardo mental, o anomalías del comportamiento) ⁽²²⁾, algunos niños presentan retardo del crecimiento o compromiso neurológico en ausencia del síndrome de alcohol fetal completo, se estima que el FAS es una de las principales causas tratables de defectos al nacimiento y retardo mental. ^(23,24).

Existe controversia sobre el nivel de consumo del alcohol que representa riesgo durante el embarazo. Se sugiere que diversos factores (genéticos, nutricionales, metabólicos o temporales) pueden influenciar la expresión del FAS⁽⁵⁾.

3.5.2 Uso de alcohol por adolescentes y adultos jóvenes

Las principales causas de muerte en adolescentes y adultos jóvenes - lesiones por vehículo de motor y otras no intencionales, homicidios y suicidios - están cada uno asociado con intoxicación por alcohol u otras drogas en cerca de la mitad de los casos. El manejar bajo la influencia del alcohol es dos veces más común en adolescentes que en adultos ⁽²⁵⁾.

3.5.3 Exactitud de las pruebas de tamizaje

Valorar la exactitud de los pacientes con problemas de bebida durante la consulta médica es difícil. El estándar diagnóstico para dependencia o abuso de alcohol (DSM IV) ⁽²⁶⁾, requiere una entrevista detallada la cual no está disponible para el tamizaje rutinario. Hallazgos físicos (hepatomegalia, cambios en la piel, etc) son manifestaciones tardías de un prolongado y fuerte abuso de alcohol ⁽²⁷⁾. Preguntarle al paciente acerca de la cantidad y frecuencia del uso del alcohol es un componente esencial de la valoración de los problemas de bebida, pero no es suficientemente sensible o específico por sí mismo para el tamizaje. La reproducibilidad del reporte del paciente es altamente variable y depende de circunstancias del paciente, el clínico y el individuo. Los tomadores pesados pueden subestimar la cantidad de bebida debido a demencia, o temor a la consecuencia de ser diagnosticado con un problema de bebida.

Una variedad de pruebas de tamizaje han sido desarrolladas; estos se enfocan en las consecuencias del hábito de beber y la percepción del comportamiento del bebedor. El Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) ⁽²⁸⁾, es relativamente sensible y específico para el abuso o la dependencia del alcohol diagnosticado con el DSM IV (100% y 87-95% respectivamente) ⁽²⁸⁻²⁹⁾, pero es también prolongado para el tamizaje rutinario. Versiones abreviadas de 10 y 13 ítems son más fáciles para usar pero son menos sensibles y específicas en poblaciones en centros de cuidado primario (66-78% y 80% respectivamente) ^(30,31). El instrumento de 4 preguntas CAGE es la más popular prueba de tamizaje para uso en cuidado primario ⁽³²⁾ y tiene una buena sensibilidad y especificidad para abuso o dependencia de alcohol (74-89% y 79-95% respectivamente), en pacientes internados y ambulatorios ⁽³³⁻³⁷⁾, el CAGE es menos sensible para problemas de bebida tempranos o tomadores fuertes, (49-73%)

(37,38). Tanto el CAGE como el MAST muestran unas importantes limitaciones como instrumentos en cuidado primario: el énfasis en los síntomas de dependencia más que los problemas de bebida tempranos, falta de información del nivel y el patrón de uso del alcohol y fallas para distinguir los problemas actuales de los que han ocurrido en la vida (31).

Algunas de estas debilidades son valoradas por el Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), una prueba de tamizaje de 10 items desarrollada por la Organización Mundial de la Salud en conjunto con un trabajo de intervención internacional. El AUDIT incorpora preguntas acerca de la cantidad de bebida, frecuencia, y cambios en el comportamiento con preguntas acerca de la consecuencia de la bebida (39). El estudio de población en el cual fue utilizado, un puntaje de 8 de 40 en el AUDIT tenía una alta sensibilidad y especificidad para hábito de bebida peligroso (92 y 94% respectivamente), valorado por una entrevista extensa. Los estudios de validación han reportado un desempeño variable del AUDIT. La sensibilidad y la especificidad para dependencia y abuso frecuente es alta (96 y 96% respectivamente), en una clínica, en una ciudad(40); en pacientes ambulatorios a nivel rural el AUDIT fue menos sensible y específico (61 y 90%) para problemas de bebida pero superior a más de 13 preguntas (30). Debido al enfoque sobre el hábito de bebida en el año anterior, el AUDIT es menos sensible para problemas de bebida en el pasado.

Los instrumentos que se focalizan en la dependencia de alcohol (CAGE o MAST) no son sensibles para niveles de bebidas considerados peligrosos en el embarazo(41). Las mujeres pueden subreportar su consumo de alcohol durante el embarazo(42) y las preguntas directas acerca del hábito de bebida pueden crear desconfort(43). Instrumentos breves que incorporan preguntas acerca de la tolerancia del alcohol (¿Cuántos tragos toma usted para estar mejor? ó ¿Cuántos tragos puede usted tomar?) son mas sensibles que el CAGE (69-79% vs 49%) para riesgo de bebida en el embarazo (2 tragos por día o más) (44,45). Las mujeres que requieren 3 ó más tragos para estar mejor o quienes pueden tomar más de cinco tragos a la vez están en mayor riesgo (46).

Las pruebas de laboratorio son generalmente no sensibles y no específicas para problemas de bebida. Las elevaciones

en las encimas hepatocelulares, tales como aspartato aminotransferasa (AST), o el volumen corpuscular medio eritrocítico (MCV) son encontrados en menos del 10 y del 30% de los bebedores con problemas respectivamente ⁽⁴⁷⁾. La gammaglutamil transferasa sérica (GGT) es más sensible 33-60% en varios estudios ^(33,34,47) pero las elevaciones en la GGT pueden ser debidas a otras causas (medicaciones, trauma, diabetes, y enfermedades del corazón, riñón o tracto biliar) aún cuando la prevalencia de bebidas es alta (30%) el valor predictivo de una GGT elevada se ha estimado en el 56% solamente ⁽⁴⁷⁾.

3.5.4. Efectividad de la detección temprana

Numerosos estudios demuestran que los clínicos frecuentemente no están enterados de los problemas de bebida de sus pacientes ⁽⁵⁾, la detección temprana y la intervención pueden aliviar los problemas sociales y médicos siguientes debido a que se reduce el riesgo futuro de uso excesivo de alcohol en el bebedor.

3.5.5. Tomadores no dependientes

Experimentos clínicos han demostrado la efectividad de la consejería breve (5-15 minutos) en pacientes ambulatorios tomadores no dependientes ⁽⁴⁸⁻⁵¹⁾. En el más largo de estos estudios los pacientes recibieron consejería y tuvieron una hospitalización corta, y 50% de menor mortalidad después de 5 años ⁽⁴⁸⁾; experimentos adicionales han demostrado que la intervención breve puede reducir el consumo de alcohol en tomadores identificados por cuestionarios de tamizaje o autoreporte de consumidores fuertes ⁽⁵²⁻⁵⁴⁾. Un metanálisis de 6 ensayos de intervención breve estimó que la intervención reduce el consumo promedio de alcohol en 24% ⁽⁵⁵⁾. Dos estudios adicionales demostraron reducciones significantes en la presión sanguínea como el resultado del dejar de beber o sustitución de cerveza no alcohólica.

3.5.6 Embarazo

No existen experimentos controlados de tratamiento para consumo excesivo de bebida en el embarazo. En algunos estudios no controlados la consejería redujo el consumo de alcohol ^(22, 56, 57) y la reducción en el hábito de beber se asoció con una menor tasa de FAS ^(22, 57).

3.5.7 Adolescentes

Las intervenciones en adolescentes se han focalizado en la prevención

primaria del uso del alcohol ⁽⁵⁾.

3.5.8 Pacientes dependientes del alcohol

Estos pacientes usualmente requieren tratamiento más intensivo. El Institute of Medicine (IOM), revisó diferentes modalidades de tratamiento y concluyó que fueron efectivos, sin que un tratamiento fuera superior para todos los pacientes y varios tratamientos fueron efectivos para la mayoría de los pacientes ⁽⁵⁸⁾.

3.5.9 Intervención Clínica

El tamizaje para detectar problemas con la bebida y hábito de bebida peligrosos se recomiendan para todos los adultos y adolescentes.

Recomendación Grado A: Consejería corta para disminuir el consumo de alcohol. Una reducción en uso de alcohol se vio especialmente a los 6 meses del inicio de la consejería. Este programa se inicio en consulta familiar y general.

3.6 Examen médico periódico

Es el examen médico rutinario y periódico una vez al año en adolescentes dirigido a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, educación, recomendaciones sobre estilos de vida, sexualidad responsable y socialización (*Recomendación grado B*).

Debe existir una política institucional para el desarrollo de consultas en promoción y prevención a todos los usuarios directos y beneficiarios del servicio.

Esta política deberá estar acompañada de la infraestructura adecuada para este propósito, la asignación del tiempo para llevarla a cabo, en promedio 45 minutos para la primera consulta (elaboración de la historia clínica integral) y de 30 minutos para las visitas anuales de mantenimiento. Cada visita destinará el tiempo requerido para la consejería según el ciclo vital individual y los factores de riesgo específicos.

Como tradicionalmente estas acciones no se correlacionan con una remuneración apropiada, los países con avanzados desarrollos y resultados en esta área, ofrecen mayores pagos a los profesionales de esta área y promueven planes de incentivos económicos, según indicadores de manteni-

miento de poblaciones saludables. (*Recomendación grado B*) (Resolución MINSALUD 4298 y 3997 de 1996).

3.7 Anticoncepción

Pocos adolescentes usan métodos anticonceptivos en su primera relación sexual, especialmente si son solteros. El método a escoger depende del número de relaciones sexuales y si se encuentra en unión o vive con sus padres. Si la adolescente tiene relaciones ocasionales y no está casada o en unión, el método ideal si es bien utilizado por que a su vez protege contra las ETS es el condón (*Nivel de Evidencia IV, recomendación grado C*)⁽¹⁾; si la actividad sexual de la adolescente es frecuente debe usar un método de mayor seguridad como es la anticoncepción hormonal o el DIU, por ejemplo si está casada o en unión, teniendo en cuenta las contraindicaciones usuales. Si tiene una actividad sexual frecuente pero vive con los padres los inyectables mensuales serían de elección no así el acetato de medroxiprogesterona de depósito, que es trimestral, por trastornos menstruales y acné⁽²⁾. La píldora anticonceptiva en adolescentes tiene el inconveniente de su toma correcta por tener que ocultarla si vive con sus padres o por la toma incorrecta debido a su inmadurez o interés por otras actividades propias de su juventud que hacen de ella paradójicamente poco efectiva⁽¹⁾, sin embargo es el método más usado en los EUA y tiene la ventaja de regularizar el ciclo, prevenir la anemia, a más de protegerlas contra la EPI y el ectópico, pero plantea un problema para las adolescentes fumadoras⁽²⁾. El DIU, no es de primera elección en mujeres sin hijos por ser mal tolerado, no protege contra ETS ni EPI. Sí es de primera elección en el posparto, porque no interfiere con la lactancia, protege por largo tiempo y no exige ninguna participación por parte de la usuaria para su efectividad. Los espermicidas químicos requieren de mucho cuidado para su uso adecuado y no brindan una buena seguridad anticonceptiva, por lo tanto no son de elección en las adolescentes con actividad sexual.

Recomendación Grado C: Se recomienda que la adolescente acuda al uso de anticoncepción preventiva cuando las caricias con su novio o amigo van más allá del beso⁽¹⁾.

BIBLIOGRAFIA

Mantenimiento de la salud en la adolescencia

1. Mejía, Diego, Salud Familiar para América Latina, ASCOFAME, Santafé de Bogotá 1991.

Citología Vaginal

1. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian guide to clinical preventive health care. Ottawa: Canada communication Group, 1994: 884-889.
2. Guide to Clinical Preventive Services. Report of the U.S. Preventive Services Task Force. Williams & Wilkins Second Edition, 1996, ps. 105-117
3. GPC, Tamizaje de Càncer de Càrvix, Ascofame ISS, 1997.

Inmunizaciones en la adolescencia

1. American Academy of Pediatrics. Immunization in special clinical circumstances: adolescents and college populations and hepatitis B vaccines. In: Peter G, ed. 1994 Red book: report of the Committee on Infectious Diseases. 23rd ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 1994:64-5,224-37.
2. Green M, ed. Adolescence:11-21 years. In: Bright futures: guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents. Arlington,VA: National Center for Education in Maternal and Child Health, 1994: 195—257.
3. American Academy of Family Physicians. Summary of policy recommendations for periodic health examination. Kansas City, MO: American Academy of Family Physicians, August 1996. (AAFP order No. 962, reprint No 510).
4. CDC. Update: recommendations to prevent hepatitis B virus transmission-United States. MMWR 1995; 44:574-5.
5. CDC. Hepatitis B vaccination of adolescents – California, Louisiana, and Oregon, 1992-1994, MMWR 1994;;43:605-9.
6. Kollar LM, Rosenthal SL, Biro FM. Hepatitis B vaccine series compliance in adolescents. *Pediatr Infect Dis J* 1994;13:1006-8.
7. CDC. Measles prevention: recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP). MMWR 1989;38 (No. S-9).
8. American Academy of Family Physicians. Recommended immunization schedule, United States, July-December 1996. (AAFP order No. 974, reprint No. 520).
9. CDC. Diphtheria epidemic – New Independent States of the former Soviet Union, 1990-1994. MMWR 1995; 44:177-81.
10. Gergen PJ, McQuillan GM, Kiely M, Ezzati-Rice TM, Sutter RW, Virella G.A. populationbased serologic survey of immunity to tetanus in the United States. *N Engl J Med* 1995;332:761-6.
11. CDC. Prevention of varicella: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR 1996; 45 (no. RR-11).
12. Recommendations for the use of live attenuated varicella vaccine. American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Diseases. *Pediatrics* 1995;95:791-6.
13. CDC. Licensure of inactivated hepatitis A vaccine and recommendations for use among international travelers. MMWR 1995;44:559-60.
14. CDC. General recommendations on immunization: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR 1994;43 (No. RR-1)
15. CDC. Update on adult immunization: recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP). MMWR 1991; 40 (No. RR-12).

16. American College Health Association. Position statement on immunization policy. *J Am Coll Health* 1983;32:7-8.
17. American College of Physicians Task Force on Adult Immunization, Infectious Disease Society of America. Guide for adult immunization. 3rd ed. Philadelphia, PA: American College of Physicians, 1994.
18. Fedson DS. Adult immunization : summary of the National Vaccine Advisory Committee report. *AMA* 1994;272:1133-7.

CONSEJERÍA

Promoción de Dieta Saludable

1. Henry RR, Schaeffer L, Olefsky JM. Glycemic effects of intensive caloric restriction and isocaloric refeeding in noninsulin-dependent diabetes mellitus. *J Clin Endocrinol Metab* 1985; 61: 917-925.
2. Henry RR, Wiest-Kent TA, Schaeffer L, et al. Metabolic consequences of very-low-caloric diet 3. therapy in obese noninsulin dependent and nondiabetic subjects. *Diabetes* 1986; 35: 155-164.
4. MacMahon S, Cutter J, Britain E., et al. Obesity and Hypertension: epidemiological and clinical issues, *Eur Heart J. (supl. B)* 1987; 8: 57-70.
5. Rifkind BM, Goor R, Schucker B. Compliance and cholesterol-lowering in clinical trials: efficacy of diet. In: Schettler FG, Gotto A.M., Middelhoff G., et al. *Atherosclerosis VI. Proceedings of the Sixth International Symposium*, New York. Springer-Verlag, 1983; 306-310.
6. Grundy SM. Cholesterol and coronary heart disease: a new era. *JAMA* 1988; 256: 2.849 – 2.858.
7. Posner BM, Cobb JL, Belanger AJ, et al. Dietary lipid predictors of coronary heart disease in men : the Framingham Study. *Arch Intern Med* 1991; 151:1.181-1.187.
8. Menotti A, Keys, Kromhout D, et al. Twenty five years mortality from coronary heart disease and 10.its prediction in five cohorts of middle-aged men in Finland, the Netherlands, and Italy. *Prev Med* 1990; 19:270-278.
9. Rose DP, Boyar AP, Wynder EL. International comparisons of mortality rates for cancer of the breast, ovary, prostate, and colon, and per capita food consumption. *Cancer* 1986;58:2363-2371.
10. Kakar F, Henderson M. Diet and breast cancer. *Clin Nutr* 1985; 4:119-130.
11. Kolonel LN, Hankin JH, Nomura AM. Multiethnic studies of diet, and cancer in Hawaii In: Hayashi Y, ed *Diet, nutrition, and cancer*. Tokyo: Japan Science Society Press, 1986:29-40.
12. Toniolo P, Riboly E, Protta F, et al. Calorie-providing nutrients and risk of breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 1989; 81:278-286.
13. Kesteloot H, Lesaffre E., Joossens JV. Dairy fat, saturated animal fat, and cancer risk. *Prev Med* 1991; 20:226-236.
14. Mettlin CJ, Schoenfeld ER, Natarajan N. Patterns of milk consumption and risk of cancer. *Nutr Cancer* 1990; 13: 89'99.
15. West DW, Slattery MLI, Robison I.M., et al. Adult dietary intake and prostate cancer risk in Utah: a caas-control study with special emphasis on aggressive tumors. *Cances Causes Control* 1991; 2: 85-94.
16. Hursting SD, Thornquist M, Henderson MM. Types of dietary fat and the incidence of cancer at five sites. *Prev Med* 1990; 19: 242-253.
17. Whittemore AS, Wu-Williams AH, Lee M, et al. Diet, physical activity, and colorectal

- cancer among Chinese in North America and China. *J. Natl Cancer Inst* 1990; 82:915-926.
18. Howe GR, Hirohata T, Hislop TG, et al. Dietary factors and risk of breast cancer : combinend analysis of 12 case-control studies. *J Natl Cancer Inst* 1990; 82:561-569.
 19. Chlebowski RT, Grosvenor M. The scope of nutrition intervention trials with cancer-related endpoints. *Cancer* 1994; 74 (9 Suppl): 2734-27738.
 20. Gustafsson BE, Quensel CE, Lanke LS, et al. The Vipeholm dental caeries study: the effect of different levels of carbohydrate intake on caries activity in 436 individuals observed for 5 years. *Acta Odontol Scand* 1955; 11:232-364.
 21. Harris R. Biology of the children of Hopewood House, Bowral, Australia. IV Observations of dental caries experience extending over five years (1957-1961). *J Dent Res* 1963; 42:1387- 1398.
 22. Sundin B. Caries and consumption of sweets in 15-and 18-year-old interviewed with visualization. *Scand J Dent Res* 1990; 98:96-101.
 23. Akpata ES, Al-Shammery AR, Saeed HI. Dental caries, sugar consumption and restorative dental care in 12-13 year-old children in Ruyadh, Saudi Arabia. *Community Dent Oral Epidemiol* 1992;20:343-346.
 24. Frostell G, Birkhed D, Edwardsson S. Et al. Effect of partial substitution of invert sugar for sucrose in combination with Duraphat treatment on caries development in preschool children: the Malmo study. *Caries Res* 1991; 25:304-310.
 25. Holt RD. Foods and drinks at four daily time intervals in a group of young children. *Br Dent J* .1991; 170: 137-143.
 26. Trock B, Lanza E., Greenwald P. Dietary fiber, vegetables, and colon cancer: critical review and meta-analyses of the epidemiologic evidence. *J Natl Cancer Inst* 1990; 82:650-661.
 27. Howe GR, Benito E, Castelleto R, et al. Dietary intake of fiber and decreased risk of cancers of the colon and rectum: evidence from the combined analysis of 13 case-control studies. *J Natls Cancer Inst* 1992; 84:1887-1896.
 28. Guide to Clinical Preventive Services. Report of the U.S. Preventive Services Task Force. Second Edition. Williams & Wilkins. Baltimore, 1996, ps. 625-642.

Seguridad y Accidentes

1. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian guide to clinical preventive health care. Ottawa: Canada communication Group, 1994: ps.306-317, 526-537,912-920
2. Sacks J, Holmgreen P, Smith S, et al. Bicycle-associated head injuries and deaths in the United States from 1984 through 1988. How manu are preventable? *JAMA* 1991; 266: 3016-3018.
3. Thompson DC, Thompson RS, Rivara FP. Incidence of bicyclerelated injuries in a defined population. *Am J Public Health* 1990; 80:1388-1389
4. National Highway Traffic Safety Administration. Traffic safety facts 1992. Washington, DC: Department of Transportation, 1994 (Publication No. DOT HS 808022)
5. Milner N, Pearn J, Guard R. Will fenced pools save lives? A 10 – year study from Mulgrave shire, Queensland, *Med J Aust* 1980; 2: 510-511.
7. Jensen LR, Williams SD, Thurman DJ, et al. Submersion injuries in children younger than 5 years in urban Utah. *West J Med* 1992; 157,641-644
8. Winte mute GJ, Kraus JF, Teret SP, et al. Drowning in childhood and adolescence: a

- population-based study. *Am J Public Health* 1987; 77: 830-832
10. Mc Loughlin E, Mc Guire A. The causes, cost and prevention of childhood burn injuries. *Am J Dis Child* 1990; 144: 677-683.
 11. Boffetta P, Garfinkel L. Alcohol drinking and mortality among men enrolled in an American Cancer Society Prospective Study. *Epidemiology* 1990; 1: 342-348
 12. Klatsky AL, Armstrong MA, Friedman GD. Alcohol and mortality. *Ann Intern Med* 1992;117:646-654
 13. Thompson RS, Rivara FP, Thompson DC. A case-control study of the effectiveness of bicycle safety helmets. *N Engl J Med* 1989;320:1361-7.
 14. Kraus JF, Fife D, Conroy C. Incidence, severity, and outcomes of brain injuries involving bicycles. *Am J Public Health* 1987;77:76-8.
 15. Sacks JJ, Hoimgreen P, Smith SM. Bicycle-associated head injuries and deaths in the United States from 1984 through 1988: how many are preventable? *JAMA* 1991; 266:3016-8.
 16. Lundar T, Nestvold K. Pediatric head injuries caused by traffic accidents: a prospective study with 5-year follow-up. *Child's Nervous System* 1985;1:24-8.
 17. Wasserman RC, Walier JA, Monty MJ, et al. Bicyclists, helmets and head injuries: a rider based study of helmet use and effectiveness. *Am J Public Health* 1988;78:12201.
 18. Wasserman RC, Buccini RV. Helmet protection from head injuries among recreational bicyclists. *Am J Sports Med* 1990;18:96-7.
 19. Hodgson VR. Skid tests on a select group of bicycle helmets to determine their head-neck protective characteristics. Detroit, MI: Wayne State University, Department of Neurosurgery, 1991.
 20. Williams M. The protective performance of bicycle helmets in accidents. *Accid Anal Prev* 1991;23:119-31.
 21. American Society for Testing and Materials Committee on Standards. Standard test methods for equipment and procedures used in evaluating the performance characteristics of protective headgear (F1446-93). Philadelphia, PA: American Society for Testing and Materials, 1993.
 22. Walier JA. Bicycle ownership, use and injury patterns among elementary school children. *Pediatrics* 1971, 47:1042-50.
 23. Rodgers GB. Bicycle and bicycle helmet use patterns in the United States: a description and analysis of national survey data. Washington, DC: US Consumer Product Safety Commission, 1993.
 24. Morris BAP, Trimble NE. Promotion of bicycle helmet use among school children: a randomized clinical trial. *Can J Public Health* 1991; 82:924.

Actividad física

1. Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of Sedentary Lifestyle-Behavioral Risk Factor Surveillance System, United States, 1991. *MMWR* 1993;42:576-579.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Public Health focus: physical activity and the prevention of coronary heart disease. *MMWR* 1993;42:669-672.
3. Bouchard C, Shepard RJ, Stephens T, eds. Physical activity, fitness, and health. Champaign, IL: Human Kinetics, 1994.
4. American College of Sports Medicine. Guidelines for exercise testing and prescription. Philadelphia: Lea & Febiger, 1991.

5. Powell KE, Thompson PD, Caspersen CJ, et al. Physical activity and the incidence of coronary heart disease. *Annu Rev Public Health* 1987;8:253-287.
6. Paffenbarger RS Jr, Hyde RT, Wing AL, et al. The association of changes in physical-activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. *N Engl J Med* 1993;328:538-545.
7. Haskell WL, Leon AS, Caspersen CJ, et al. Cardiovascular benefits and assessment of physical activity and physical fitness in adults. *Med Sci Sports Exerc* 1992;24:S201-S220.
8. Hypertension Prevention Collaborative Research Group. The effects of nonpharmacologic interventions on blood pressure of persons with high normal levels. *JAMA* 1992;267:1213-1220.
9. Fagard RH, Tipton CM. Physical activity, fitness, and hypertension. In : Bouchard C, Shepard Rj, Stephens T, eds. *Physical activity, fitness, and health*. Champaign, IL: Human Kinetics, 1994.
10. American College of Sports Medicine. Position stand: physical activity, physical fitness, and hypertension. *Med Sci Sports Exerc* 1993;25:i-x.
11. Stefanick ML. Exercise and weight control. In: Holloszy JO, ed. *Exercise and sports medicine reviews*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1993;21:363-396.
12. Bloomfield SA; Williams NI, et al. Non-weightbearing exercise may increase lumbar spine bone mineral density in healthy postmenopausal women. *Am J. Phys Med Rehab* 1993;72:204-209.
13. Jaglal SB, Kreiger N, Darlington G. Past and recent physical activity and the risk of hip fracture. *Am J Epidemiol* 1993;138:107-118.
14. Drinkwater B. Physical activity, fitness and osteoporosis. In: Bouchard C, Shepard RJ, Stephens T, eds. *Physical activity, fitness, and health*. Champaign, IL: Human Kinetics, 1994.
15. Landers DM, Petruzzello SJ. Physical activity, fitness, and anxiety. In: Bouchard C, Shepard RJ, Stephens T, eds. *Physical activity, fitness, and health*. Champaign, IL: Human Kinetics, 1994.
16. Morgan WP. Physical activity, fitness, and depression. In: Bouchard C, Shepard RJ, Stephens Teds. *Physical activity, fitness, and health*. Champaign, IL: Human Kinetics, 1994.
17. American College of Sports Medicine. The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness in healthy adults. *Med Sci Sports Exerc* 1990;22:256-274.
18. Kohl HW, Powell KE, et al. Physical activity, physical fitness, and sudden cardiac death. *Epidemiol Rev* 1992;14:37-58.

Consejería para prevenir el uso del tabaco

1. Instituto de Seguros Sociales, Profamilia. Encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con enfermedades de transmisión sexual, enfermedades cardiovasculares, cáncer y accidentes. Tomo V. Bogotá, 1.994.
2. Ministerio de Salud. República de Colombia. Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas - Colombia, 1.993. Segunda edición. Santafé de Bogotá, D.C.. 1995
3. Department of Health and Human Services. Reducing the health consequences of smoking:25 years of progress. A report of the Surgeon General. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, 1989. (Publication no. DHHS (CDC) 89-841L)
4. Department of Health and Human Services. The health consequences of smokeless

- tobacco: a report of the advisory committee to the Surgeon General. Washington, DC: Government Printing Office, 1986. (Publication no. DHHS (PHS) 86-2874.)
5. Department of Health and Human Services. The health benefits of smoking cessation: a report of the Surgeon General. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, 1990. (Publication no. DHHS (CDC) 90-8416.)
 6. Ghadirian P, Simard A, Baillargeon J. Tobacco, alcohol and coffee and cancer of the pancreas: a population-based, case-control study in Quebec, Canada. *Cancer* 1991;67:2664-2670.
 7. Howe GR, Jain M, Burch JD, et al. Cigarette smoking and cancer of the pancreas: evidence from a population-based case-control study in Toronto, Canada. *Int J Cancer* 1991;47:323-328.
 8. Bueno de Mesquita HB, Maisonneuve P, Moerman CJ, et al. Life-time history of smoking and exocrine carcinoma of the pancreas: a population-based case-control study in the Netherlands. *Int J Cancer* 1991;49:816-822.
 9. Hartge P, Silverman DT, Schairer C, et al. Smoking and bladder cancer risk in blacks and whites in the United States. *Cancer Causes Control* 1993;4:391-394.
 10. Coker AL, Rosenberg AJ, McCann MF, et al. Active and passive cigarette smoke exposure and cervical intraepithelial neoplasia. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1992;1:349-356.
 11. Sood AK. Cigarette smoking and cervical cancer: meta-analysis and critical review of recent studies. *Am J Prev Med* 1991;7:208-213.
 12. Gram IT, Austin H, Stalsberg H. Cigarette smoking and the incidence of cervical intraepithelial neoplasia, grade III, and cancer of the cervix uteri. *Am J Epidemiol* 1992;135:341-346.
 13. República de Colombia. Ministerio de Salud. La carga de la enfermedad en Colombia. Editorial Carrera Séptima. Santa Fe de Bogotá, 1994.
 14. Department of Health and Human Services. Preventing tobacco use among young people: a report of the Surgeon General. Washington, DC: Government Printing Office, 1994. (Publication no. S/N 01 7001-00491-0.)
 15. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: nicotine addiction. A report of the Surgeon General, 1988. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, 1988. (Publication no. DHHS (CDC) 88-8406.)
 16. Henningfield JE, Cohen C, Pickworth WB. Psychopharmacology of nicotine. In: Orleans CT, Slade J, eds. *Nicotine addiction*. New York: Oxford University Press, 1994:24-45.
 17. Mitchell EA, Ford RPK, Steward AW, et al. Smoking and the sudden infant death syndrome. *Pediatrics* 1993;91:893-896.
 18. Schoendorf KC, Kiely JL. Relationship of sudden infant death syndrome to maternal smoking during and after pregnancy. *Pediatrics* 1992;90:905-908.
 19. U.S. Environmental Protection Agency. Respiratory health effects of passive smoking: lung cancer and other disorders. Washington, DC: Environmental Protection Agency, Office of Health and Environmental Assessment, Office of Research and Development, 1992. (Publication no. EPA/ 600/6-90/006F.)
 20. Stockwell HG, Goldman AL, Lyman GH, et al. Environmental tobacco smoke and lung cancer risk in nonsmoking women. *J Natl Cancer, Inst* 1992;84:1417-1422.
 21. Hole DJ, Gillis CR, Chopra C, et al. Passive smoking and cardiorespiratory health in a general population in the west of Scotland. *BMJ* 1989;299:423-427.
 22. Helsing KJ, Sandler DP, Comstock GW, et al. Heart disease mortality in nonsmokers living with smokers. *Am J Epidemiol* 1988;127:915-922.
 23. Humble C, Croft J, Gerber A, et al. Passive smoking and 20-year cardiovascular

- disease mortality among nonsmoking wives, Evans County, Georgia. *Am J Public Health* 1990;80:599-601.
24. Svendson KH, Kuller LH, Martin MJ, et al. Effects of passive smoking in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Am J Epidemiol* 1987;126:783-795.
 25. Chilmonczyk BA, Salmun LM, Megathlin KN, et al. Association between exposure to environmental tobacco smoke and exacerbations of asthma in children. *N Engl J Med* 1993;328:1665-1669.
 26. Sherrill DL, Martinez FD, Lebowitz MD, et al. Longitudinal effects of passive smoking on pulmonary function in New Zealand children. *Am Rev Respir Dis* 1992;145:1136-1141.
 27. Miller AL. The U.S. smoking-material fire problem through 1991: the role of lighted tobacco products in fire. Quincy, MA: National Fire Protection Association, 1993.
 28. Hodgson TA. Cigarette smoking and lifetime medical expenditures. *Milbank Q* 1992;70:81-125.
 29. Yu MC, Garabrant DH, Peters JM, et al. Tobacco, alcohol, diet, occupation, and carcinoma of the esophagus. *Cancer Res* 1988;48:3843-3848.
 30. Negri E, La Vecchia C, D'Avanzo R, et al., Acute myocardial infarction: association with time since stopping smoking in Italy. GISSI-EFRIM Investigators. *J Epidemiol Community Health* 1994;48:129-133.
 31. Kawachi I, Colditz GA, Stampfer MJ, et al. Smoking cessation and decreased risk of stroke in women. *JAMA* 1993;269:232-236.
 32. Wannamethee SG, Shaper AG, Whincup PH, et al. Smoking cessation and the risk of stroke in middle-aged men. *JAMA* 1995;274:155-160.
 33. Wilson DM, Taylor DW, Gilbert JR, et al. A randomized trial of a family physician intervention for smoking cessation. *JAMA* 1988;260:1570-1574.
 34. Okene JK, Kristeller J, Goldberg R, et al. Increasing the efficacy of physician-delivered smoking interventions: a randomized clinical trial. *J Gen Intern Med* 1991;6:1-8.
 35. Bronson DL, Flynn BS, Solomon LJ, et al. Smoking cessation counseling during periodic health examinations. *Arch Intern Med* 1989;149:1653-1656.
 36. Hollis JF, Lichtenstein E, Vogt TM, et al. Nurse-assisted counseling for smokers in primary care. *Ann Intern Med* 1993;118:521-525.
 37. Kottke TE, Battista RN, DeFries GH, et al. Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice: a meta-analysis of 39 controlled trials. *JAMA* 1988;259:2882-2889.
 38. Cohen SJ, Stookey GK, Katz BP, et al. Encouraging primary care physicians to help smokers quit: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 1989;110:648-652.
 39. Curry SJ, Marlatt GA, Gordon J, et al. A comparison of alternative theoretical approaches to smoking cessation and relapse. *Health Psychol* 1988;7:545-556.
 40. Stevens VJ, Hollis JF. Preventing smoking relapse, using an individually tailored skills-training technique. *J Consult Clin Psychol* 1989;57:420-424.
 41. Ershoff DH, Quinn VP, Mullen PD, et al. Pregnancy and medical cost outcomes of a self-help prenatal smoking cessation program in an HMO. *Public Health Rep* 1990;105:340-347.
 42. Sexto M, Hebel JR. A clinical trial of change in maternal smoking and its effect on birth weight. *JAMA* 1984;251:911-915.
 43. Hjalmarson AIM, Hahn L, Svanberg B. Stopping smoking in pregnancy: effect of a self-help manual in controlled trial. *Br J Obstet Gynaecol* 1991;98:260-264.
 44. Windsor RA, Lowe JB, Perkins LL, et al. Health education for pregnant smokers: its behavioral impact and cost benefit. *Am J Public Health* 1993;83:201-206.

45. Mayer JKP, Hawkins B, Todd R. A randomized evaluation of smoking cessation interventions for pregnant women at a WIC clinic. *Am J Public Health* 1990;80:76-78.
46. Russell MAH, Willson C, Taylor C, et al. Effect of general practitioners' advice against smoking. *BMJ* 1979;2:231-235.
48. Janz NK, Becker MH, Kirscht MK, et al. Evaluation of a minimal contact smoking cessation intervention in an outpatient setting. *Am J Public Health* 1987;77:805-808.
49. Sanders D, Fowier G, Mant D, et al. Randomized controlled trial of anti-smoking advice by nurses in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1989;39:273-276.
50. Rose G, Hamilton PJS, Colwell L, et al. A randomised controlled trial of anti-smoking advice: 10-Year results. *J Epidemiol Community Health* 1982;36:102-108.
51. Hjermann I, Velve Byre K, Holme I, et al. Effect of diet and smoking intervention on the incidence of coronary heart disease. Report from the Oslo Study Group of a randomised trial in healthy men. *Lancet* 1981;2:1303-1310.
52. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. Mortality rates after 10.5 years for participants in the Multiple Risk Factor Intervention Trial: findings related to a priori hypotheses of the trial (published erratum in *JAMA* 1990;263:315). *JAMA* 1990;263:1795-1801.
53. Tonnesen P, Norregaard J, Simonsen K, et al. A double-blind trial of a 16-hour transdermal nicotine patch in smoking cessation. *N Engl J Med* 1991;325:311-315.
54. Stapleton JA, Russell MA, Feyerabend C, et al. Dose effects and predictors of outcome in a randomized trial of transdermal nicotine patches in general practice. *Addiction* 1995;90:31-42.
55. Sachs DPL, Sawe U, Leischow SJ. Effectiveness of a 16-hour transdermal nicotine patch in a medical trial practice setting, without intensive group counseling. *Arch Intern Med* 1993;153:1881-1890.
56. Hurt RD, Dale LC, Fredrickson PA, et al. Nicotine patch therapy for smoking cessation combined with physician advice and nurse follow-up: one-year outcome and percentage of nicotine replacement. *JAMA* 1994;271:595-600.
59. Oster G, Huse DM, Delea TE, et al. Cost-effectiveness of nicotine gum as an adjunct to physician's advice against cigarette smoking. *JAMA* 1986;256:1315-1318.
60. Tang JL, Law M, Wald N. How effective is nicotine replacement therapy in helping people to stop smoking? *BMJ* 1994;308:21-26.
61. Fagerstrom KO, Heatherton TF, Kozlowski LT. Nicotine addiction and its assessment. *Ear Nose Throat J* 1992;69:763-767.
62. Tonnesen P, Norregaard J, Mikkelsen K, et al. A double-blind trial of a nicotine inhaler for smoking cessation. *JAMA* 1993;269:1268-1271.
63. Sutherland G, Stapleton JA, Russell MA, et al. Randomised controlled trial of nasal nicotine spray in smoking cessation. *Lancet* 1992;340:324-329.
64. Silagy C, Mant D, Fowler G, et al. Meta-analysis on efficacy of nicotine replacement therapies, in smoking cessation. *Lancet* 1994;343:139-142.
65. Fiore MC, Jorenby DE, Baker TB, et al. Tobacco dependence and the nicotine patch: clinical guidelines for effective use. *JAMA* 1992;268:2687-2694.
66. Johnson RE, Steven VJ, Hollis JF, et al. Nicotine chewing gum use in the outpatient care setting. *J Fam Pract* 1992;34:61-65.
67. Orleans CT, Resch N, Noll E, et al. Use of transdermal nicotine in a state-level prescription plan for the elderly: a first look at «real-world» patch users. *JAMA*

- 1994;271:601-60.
68. Prochazka AV, Petty TL, Nett L, et al. Transdermal clonidine reduced some withdrawal symptoms but did not increase smoking cessation. *Arch Intern Med* 1992;152:2065-2069.
 69. Wei H, Young D. Effect of clonidine en cigarette cessation and in the alleviation of withdrawal symptoms. *Br J Addict* 1988;83:1221-1226.
 70. Glassman AH, Stetner F, Walsh T, et al. Heavy smokers, smoking cessation, and clonidine: results of a double-blind, randomized trial. *JAMA* 1988;259:2863-2866.
 71. Davison R, Kaplan K, Fintel D, et al. The effect of clonidine on the cessation of cigarette smoking. *Clin Pharmacol Ther* 1988;44:265-267.
 72. Hilleman DE, Mohiuddin SM, Delcore MG, et al. Randomized, controlled trial of transdermal clonidine for smoking cessation. *Ann Pharmacother* 1993;27:1025-1028.
 73. Hansen WB, Johnson CA, Flay BR, et al. Affective and social influences approaches to the prevention of multiple substance abuse among seventh grade students: results from Project SMART. *Prev Med* 1988;17:135-154.
 74. Abernathy TJ, Bertrand LD. Preventing cigarette smoking among children: results of a four year evaluation of the PAL program. *Can J Public Health* 1992;83:226-229.
 75. Elder JP, Wildey M, de Moor C, et al. The long-term prevention of tobacco use among junior high school students: classroom and telephone interventions. *Am J Public Health* 1993;83:1239-1244.
 76. Schinke SP, Gilchrist LD, Snow WH. Skills intervention to prevent cigarette smoking among adolescents. *Am J Public Health* 1985;75:665-667.
 77. Botvin GJ, Dusenbury L, Tortu S, et al. Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: results of a three-year study. *J Consult Clin Psychol* 1990;58:437-446.
 78. Flay BR, Koepke D, Thomson SJ, et al. Six-year follow-up of the first Waterloo School Smoking Prevention Trial. *Am J Public Health* 1989;79:1371-1376.
 79. Murray DM, Pirie P, Luepker RV, et al. Five- and six-year follow-up results from four seventh-grade smoking prevention strategies. *J Behav Med* 1989;12:207-218.
 80. Centers for Disease Control and Prevention. Physician and other health-care professional counseling of smokers to quit-United States, 1991. *MMWR* 1993;42:854-85778. Anda RF, Remington PL,
 81. Sienko DG, et al. Are physicians advising smokers to quit? The patient's perspective. *JAMA* 1987;257:1916-1919.
 82. Anda RF, Remington PL, Sienko DG, et. Al. Are physicians advising smokers to quit? The patient's perspective. *JAMA* 1987;257:1916-1919
 83. Frankowski BL, Secker-Walker, RH. Advising parents to stop smoking: opportunities and barriers in pediatric practice. *Am J Dis Child* 1989; 143:1091-1094.
 84. Kottke TE, Willms DG, Solberg LI, et al. Physician-delivered smoking cessation advice: issues identified during ethnographic interviews. *Tobacco Control* 1994;3:46-49.
 85. Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette smoking among adults-United States, 1993. *MMWR* 1994;43:925-930.
 87. Fiore MC, Novotny TE, Pierce JP, et al. Methods used lo quit smoking in the United States. Do cessation programs help? (published erratum appears in *JAMA* 1991;265:358]. *JAMA* 1990;263:2760-2765.
 88. Cummings SR, Rubin SM, Oster G. The cost-effectiveness of counseling smokers to quit. *JAMA* 1989; 261:75-79.

Consejería para disminuir el consumo de alcohol

1. Bradley KA. The primary care provider's role in the prevention and management of alcohol problems. *Alcohol Health Res World* 1994;18:97-104.
2. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol and health: eighth special U.S. Congress from the Secretary of Health and Human Services. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, 1993. (NIH Publication no. 94-3699)
3. Klatsky AL, Armstrong AA, Friedman GD. Alcohol and mortality. *Ann Intern Med* 1992; 117 :646-654.
4. Boffetta P, Garfinkel L. Alcohol drinking and mortality among men enrolled in an American Cancer Society prospective study. *Epidemiology* 1990;1:342-348.
5. Anderson P, Cremona A, Paton A, et al. The risk of alcohol. *Addiction* 1993;88:1493-1508.
6. Centers for Disease Control. Alcohol-related mortality and years of potential life lost United States, 1987. *MMWR* 1990;39:173-178.
7. National Highway Traffic Safety Administration. Traffic safety facts 1993: alcohol. Washington, DC :US. Department of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration, National Center for Statistics and Analysis, 1994.
8. Bradley KA, Donovan DM, Larson ER. How much is too much? Advising patients about safe levels of alcohol consumption. *Arch Intern Med* 1993;153:2734-2740.
9. Stampfer MJ, Rimm EB, Walsh DC. Commentary: alcohol, the heart, and public policy. *Am J Public Health* 1993;83:801-804.
10. Maclure M. Demonstration of deductive meta-analysis: ethanol intake and risk of myocardial infarction. *Epidemiol Rev* 1993;15:328-351.
11. Klatsky AL, Armstrong AA, Friedman GD. Risk of cardiovascular mortality in alcohol drinkers, exdrinkers and non-drinkers. *Am J Cardiol* 1990;66:1237-1242.
12. Satmpfer MJ, Colditz GA, Willett WC, et al. A prospective study of moderate alcohol consumption and the risk of coronary disease and stroke in women. *N Engl J Med* 1988;319:267-273.
13. Gaziano JM, Buring JE, Breslow JL, et al. Moderate alcohol intake, increased levels of high-density lipoprotein and its subfractions, and decreased risk of myocardial infarction. *N Engl J Med* 1993;329:1829-1835.
14. Ridker PM, Vaughan DE, Stampfer MJ, et al. Association of moderate alcohol consumption and plasma concentration of endogenous tissue-type plasminogen activator. *JAMA* 1994; 272:929-933.
15. Sher KJ ed. Children of alcoholics: a critical appraisal of theory and research. Chicago: University of Chicago Press, 1991.
16. Goodwin MM, Bruce C, Zahniser SC, et al. Behavioral risk factors before and during pregnancy. In: Wilcox LS, Marks JS, eds. From data to action : CDC's public health surveillance for women, infants, and children. Washington, DC: Department of Health and Human Services, 1994:93-104.
17. Center for Disease Control and Prevention. Frequent alcohol consumption among women of child-bearing age -Behavioral Risk Factor Surveillance System, 1991. *MMWR* 1994;43:328-329, 335.
18. Center for Disease Control and Prevention. Sociodemographic and behavioral characteristics associated with alcohol consumption during pregnancy-United States, 1988. *MMWP* 1995;44:261- 264.
19. Rosett HL, Weiner L, Edelin KC. Treatment experience with pregnant problem

- drinkers. *JAMA* 1983;249 :2029-2033.
20. Abel EA, Sokol RJ. A revised conservative estimate of the incidence of FAS and its economic impact. *Alcohol Clin Exp Res* 1991;15:514-524.
 21. Centers for Disease Control and Prevention. Fetal alcohol syndrome-United States, 1979-1992. *MMWR* 1993;42:339-341.
 22. Center for Disease Control. Drinking and driving and binge drinking in selected states, 1982 and 1985 : the Behavioral Risk Factor Surveys. *MMWR* 1987;35:788-791.
 23. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
 24. Glaze LW, Coggan PG. Efficacy of an alcoholism self-report questionnaire in a residency clinic. *J Fam Pract* 1987;25:60-64.
 25. Selzer ML. The Michigan Alcoholism Screening Test: the quest for a new diagnostic instrument. *Am J Psychiatry* 1971;127:1653-1658.
 26. Pokorny AD, Miller BA, Kaplan HB. The Brief MAST: a shortened version of the Michigan Alcoholism Screening Test. *Am j Psychiatry* 1972;129:342-345.
 27. Barry K, Fleming M. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and the SMAST-13: predictive validity in a rural primary care sample. *Alcohol Alcohol* 1993;28:33-42.
 28. Chan AWK, Pristach EA, Welte JW, et al. Use of the TWEAK test in screening for alcoholism/heavy drinking in three populations. *Alcohol Clin Exp Res* 1993; 17:1188-1192.
 29. Ewing JA. Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. *JAMA* 1984;252:1905-1907.
 30. Bernadt MW, Mumford J, Taylor C, et al. Comparison of questionnaire and laboratory tests in the detection of excessive drinking and alcoholism. *Lancet* 1982; 1:325-328.
 31. Bush B, Shaw S, Cleary P, et al. Screening for alcohol abuse using the CAGE questionnaire. *Am J Med* 1987;82:231-235.
 32. King M. At risk drinking among general practice attenders: validation of the CAGE questionnaire. *Psychol Med* 1986;16:213-217.
 33. Buchsbaum DG, Buchanan RG, Centor RM, et al. Screening for alcohol abuse using CAGE scores and likelihood ratios. *Ann Intern Med* 1991 @ 115:174-777.
 34. Chan AWK, Pristach EA, Weite JW. Detection by the CAGE of alcoholism or heavy drinking in primary care outpatients and the general population. *J Subst Abuse* 1994;6:123-135.
 35. Hays JT, Spickard WA. Alcoholism: early diagnosis and intervention. *J Gen Intern Med* 1987;2: 420-427.
 36. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, et al. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): VMO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction* 1993;88:791-804.
 37. Isaacson JH, Butler R, Zacharek M, et al. Screening with the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in an inner-city population *J Gen Intern Med* 1994;9:550-553.
 38. Waterson EJ, Murray-Lyon IM. Screening for alcohol-related problems in the antenatal clinic. *Alcohol Alcohol* 1989;24:21-30.
 39. Jacobson SW, Jacobson JL, Sokol RJ, et al. Maternal recall of alcohol, cocaine, and marijuana use during pregnancy. *Neurotoxicol Teratol* 1991;13:535-540.
 40. Ernhart CB, Morrow-Thucak M, Sokol RJ, et al. Underreporting of alcohol use in pregnancy. *Alcohol Clin Exp Res* 1988;12:506-511.

41. Sokol RJ, Martier SS, Ager JW. The T-ACE questions: practical prenatal detection of risk drinking. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 1 60:863-870.
42. Russell M, Martier SS, Sokol RJ, et al. Screening for pregnancy risk-drinking. *Alcohol Exp Clin Res* 1994;18:1156-1161.
43. Russell M. New assessment tools for risk drinking during pregnancy: T-ACE, TWEAK, and others. *Alcohol Health Res World* 1994;18:55-61.
44. Hoeksema HL, de Bock GH. The value of laboratory tests for the screening and recognition of alcohol abuse in primary care patients. *J Fam Pract* 1993;37:268-276.
45. Kristenson H, Trell E, Hood B. Serum glutamyl-transferase in screening and continuous control of heavy drinking in middle-aged men. *Am J Epidemiol* 1981;114:862-872.
46. Persson J, Magnusson PH. Early intervention in patients with excessive consumption of alcohol: a controlled study. *Alcohol* 1989;6:403-408.
47. Romelsjo A, Andersson L, Barrner H, et al. A randomized study of secondary prevention of early stage: problem drinkers in primary health care. *Br J Addict* 1989;84:1319-1327.
48. Nilssen O . The Tromso Study: identification of and a controlled intervention on a population of early stage risk drinkers. *Prev Med* 1991;20:518 -528.
49. Chicki, Lloyd G, Crombie E. Counselling problem drinkers in medical wards: a controlled study. *BMJ* 1985;290:965-967.
50. Wallace P, Cutler S, Haines A. Randomized controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. *BMJ* 1988;297:663-668.
51. Heather N, Kissoon-Singh J, Fenton GW. Assisted natural recovery from alcohol problems: effects of a self-help manual with and without supplementary telephone contact. *Br J Addict* 1990;85:1177-1185.
53. Brief interventions and alcohol use. *Effective Health Care*, bulletin no. 7. Leeds, UK.- Nuffield Institute for Health Care, University of Leeds, 1993.
54. Larson G. Prevention of fetal alcohol effects. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1983;62:171-178.
55. Halmesmaki E. Alcohol counselling of 85 pregnant problem drinkers: effect on drinking an fetal outcome. *Br J Obstet Gynaecol* 1988;95:243-247.
57. Institute of Medicine. *Prevention and treatment of alcohol problems: research opportunities*. Was hington, DC: National Academy Press, 1989.

Anticoncepción

1. Uriza, G. Inédito; Anticoncepción en Adolescentes, Santafé de Bogotá, 1998.
2. Speroff L, Darney h. A clinical guide for contracepcion, 2da. Edición Editorial Williams and Wilkins 1996. Cap. 10. Pag. 295-321.

Examen periódico

1. American Academy of Family Physicians. Age charts for the periodic health examination (Product No. 962). Kansas City, MO: American Academy of Family Physicians, 1994.
2. American Academy of Family Physicians, Committee on Practice and Ambulatory Medicine . 3. Recommendations for preventive pediatric care (RE 9224). Elk Grove Village

Tamizaje para Violencia Familiar

Ver referencias Mantenimiento de Salud en la Adultez

IV. MANTENIMIENTO DE LA SALUD EN LA ADULTEZ

En esta Guía de Salud Familiar la adultez se considera como el período que inicia a partir de los veinte años.

INTERVENCIONES PREVENTIVAS GENERALES Y SELECTIVAS	1. Tamizaje	<ul style="list-style-type: none"> •Historia clínica integral •Peso y Talla •Visión •Audición •Hipertensión arterial •Salud oral •Colesterol •Citología vaginal •Familiograma •APGAR Familiar •Soporte de amigos •Escala de reajuste social Holmes y Rahe
	2. Quimioprofilaxis	<ul style="list-style-type: none"> •Prevención defectos del tubo neural
	3. Consejería	<ul style="list-style-type: none"> 4. Uso del tabaco 5. Disminución uso del alcohol 6. Consumo de drogas 7. Violencia Prevencción 8. Enfermedades de Transmisión Sexual

La etapa del adulto, considera a las personas mayores de 20 años. A su vez, la etapa del adulto se subdivide en adulto joven (20-44 años), adulto medio (45-59 años) y adulto mayor (60 y más años).

Es importante señalar que en esta etapa, es donde realmente se estructura la familia, al experimentar las modificaciones propias de esa conformación, siendo el equipo de salud, fundamental para orientar y alentar acerca de los cambios y riesgos en cada etapa del ciclo vital individual y familiar.

Las guías anticipatorias para el adulto buscan promover el desarrollo de nuevas habilidades y destrezas, como preparación para el retiro y la jubilación, mantener la autoestima

y la productividad, motivar la consolidación de la familia y su adecuada función, estimular relaciones interpersonales saludables, fortalecer la intimidad y vida sexual, y educar para el autocuidado y el control de los riesgos propios en esta etapa en los diferentes nichos ecológicos.

El adulto medio y el adulto mayor consultan más en relación con el aumento en la incidencia de enfermedades crónicas, como hipertensión arterial, cáncer y alteraciones del metabolismo como diabetes, y dislipidemias.

Las Guías Anticipatorias tienen como objetivo primordial, lograr las modificaciones preventivas necesarias para permitir la independencia y el bienestar del adulto.

En cuanto a la edad de retiro o jubilación, es necesario estimular al individuo en el desarrollo de nuevas destrezas y actividades que le permitirán continuar sintiéndose útil en la sociedad y consigo mismo al tener en cuenta sus propias habilidades y predilecciones. Este tipo de énfasis se debe hacer desde las etapas previas del ciclo vital individual y familiar.

Una meta fundamental de esta etapa, es lograr que la familia comprenda el proceso del envejecimiento como un hecho natural, en procura de lograr un clima propicio de apoyo a las dificultades propias del anciano.

Dentro de la Guías Anticipatorias se orienta hacia la educación para la muerte, puesto que morir es parte del proceso vital humano y conforma la díada vida-muerte. Las personas expresan sus creencias, fantasías y vivencias acerca de este proceso y se preparan para enfrentar este evento a nivel individual, familiar y comunitario.

RECOMENDACIONES

1. TAMIZAJE

1.1 Historia Integral

Se debe realizar una permanente actualización de la historia personal y familiar para considerar los factores de riesgo de cada individuo a medida que estos ocurren. Además es importante correlacionar esta información con la que se consigna en el Familiograma que es un instrumento dinámico en el que se delimitan los

integrantes de las familias en tres o cuatro generaciones y que incluyen datos de origen (cultura), datos de enfermedades sufridas por los integrantes de la familia y los factores de riesgo que se pueden intervenir. La actualización permanente se recuerda en todos los diagramas de flujo para que el profesional del equipo no olvide tomarla y consignarla en el familiograma como actualización y motivación para acciones de promoción de la salud. En la historia integral, se incluye el examen físico y la consejería.

1.2 Citología Vaginal

Recomendación A: Se recomienda realizar citología vaginal en toda mujer sexualmente activa y en el caso de las adolescentes, tan pronto ellas inicien su vida sexual^(1,2). La frecuencia debe ser anual por la alta prevalencia en nuestro medio, y a criterio médico, de acuerdo con el nivel sociocultural de la paciente y el riesgo presente puede ser cada tres años después de dos citologías normales⁽³⁾. En Canadá y USA se recomienda cada 3 años, por índices de prevalencia y relación costo/beneficio diferentes.

1.3 Tamizaje peso y talla

La obesidad es un exceso de grasa corporal ⁽¹⁾. Existen diferentes formas de evaluar la grasa corporal, sin embargo la mayoría de los estudios epidemiológicos, para estimar la prevalencia de la obesidad, se basan en índices de peso relativo tales como el índice de masa corporal (IMC).

Se observa un aumento en la mortalidad con relación al IMC. Ha sido claramente documentado un aumento de la mortalidad en adultos como resultado de la obesidad mórbida (peso de al menos dos veces el peso deseable, o IMC >40) ⁽²⁻³⁾. La obesidad menos severa también se ha asociado con aumento en la mortalidad en estudios de grandes cohortes prospectivas ⁽⁴⁻⁸⁾.

La persona con sobrepeso tiene una mayor probabilidad de tener una diabetes de inicio en la edad adulta, hipertensión arterial y factores de riesgo para otras enfermedades ^(2,9). La prevalencia de diabetes e hipertensión es tres veces mayor en los individuos con sobrepeso con relación a los

que tiene un peso normal. Estudios observacionales han establecido una clara asociación entre sobrepeso e hipercolesterolemia y sugieren una relación independiente entre sobrepeso y enfermedad arterial coronaria ^(2,4,5,9-12). La obesidad también se ha relacionado con un aumento del riesgo de ciertos cánceres (incluyendo colon, recto, próstata, vesícula biliar, seno, cérvix, endometrio y ovario) y con otras enfermedades tales como colelitiasis, apnea obstructiva del sueño, tromboembolismo venoso y osteoartritis ^(2,9,13). Finalmente la obesidad puede limitar la calidad de vida por la limitación de la movilidad, resistencia física y otras medidas funcionales ⁽²⁾, como también a través de la discriminación social, académica y laboral.

Pruebas de Tamizaje

Las mediciones más exactas de la grasa corporal (por ejemplo medidas de dilución isotópica) no tienen aplicación en la práctica clínica. Los métodos clínicos más comunes para detectar la obesidad son la evaluación del peso corporal y la talla basados en unas tablas de peso sugerido o deseable ⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. Estas tablas generalmente reflejan el peso en el cual la mortalidad es menor. Los criterios del peso saludable son motivo de controversia entre expertos y varían considerablemente. El índice de masa corporal (IMC) es una alternativa de medición ; este se calcula al dividir el peso corporal en kilogramos por el cuadrado de la talla en metros (kg/m^2), es fácilmente realizable, altamente reproducible y tiene una correlación de 0.7-0.8 con el contenido de grasa en el adulto. En adultos el sobrepeso ha sido definido por The National Center for Health Statistics como IMC de 27.8 o más en los hombres y de 27.3 o más en las mujeres (que corresponden al percentil 85 de personas entre los 20 - 29 años en el NHANES II) ⁽¹⁷⁾.

Otros métodos antropométricos pueden ser útiles en la práctica clínica incluyendo la medición de pliegues cutáneos y la valoración indirecta de la distribución de la grasa corporal. Los pliegues cutáneos son una medida más directa de la adiposidad que el IMC y se correlacionan más con el contenido de grasa corporal, pero su técnica requiere entrenamiento y tiene menor reproducibilidad intra e inter observador que las medidas de peso y talla usadas para calcular el IMC ^(18,19). La relación cintura-cadera

(RCC) (la circunferencia de la cintura dividida por la circunferencia de la cadera), puede ser un mejor predictor de las secuelas asociadas con obesidad del adulto que el IMC, puede también ser utilizado en la práctica clínica con una reproducibilidad comparable a la del IMC. Una RCC mayor de 1 en hombres y de 0.8 en mujeres ha mostrado ser predictor de complicaciones de obesidad, independientemente del IMC, aunque no ha sido evaluado en todos los grupos étnicos.

1.3.2 Efectividad de la detección temprana

Se pretende mediante el tamizaje asistir al individuo obeso a perder o al menos a mantener su peso y por tanto prevenir las complicaciones de la obesidad (USPSTF). Aunque hay poca evidencia de estudios prospectivos que la pérdida de peso para individuos obesos mejore su longevidad, hay evidencia que la obesidad se asocia con aumento de la mortalidad ⁽²⁻⁷⁾ y que la pérdida de peso en personas obesas reduce factores de riesgo importantes para enfermar y morir ^(2,20). Estudios de cohortes prospectivas ^(21,22) y de ensayos clínicos aleatorizados ⁽²³⁻²⁷⁾ han demostrado que la restricción calórica o la pérdida de peso disminuye la presión arterial diastólica y sistólica y el requerimiento de medicación antihipertensiva en adultos obesos con hipertensión arterial. En pacientes diabéticos la reducción de peso se asocia con mejor control de la glicemia y reducción en la necesidad de hipoglicemiantes orales e insulina ⁽²⁸⁻³⁰⁾. La pérdida de peso generalmente mejora el perfil de lípidos ⁽³¹⁻³³⁾ y puede reducir síntomas relacionados con apnea de sueño ^(34,35).

Se dispone de diferentes métodos para perder peso, pero pueden tener eficacia solamente a corto plazo y fallar en mantener la pérdida de peso a largo plazo ^(3,36-38). Están en curso diferentes investigaciones para explicar la dificultad en mantener la pérdida de peso por periodos prolongados y se han expresado múltiples hipótesis.

Las modificaciones en la dieta son la estrategia más comúnmente usada para perder peso y puede lograr una reducción de peso en corto tiempo ^(36,38,39). Las dietas muy bajas en calorías (< 800 kcal/día) producen mayores pérdidas de peso a corto plazo que las dietas estándar de bajas calorías (1000 - 1500 kcal/día) ^(38,39,40). Sin embargo los resul-

tados a largo plazo son similares en los dos tipos de programas : la mayoría de participantes retornan a su peso pre-tratamiento en 5 años ^(38,39) aunque algunos pacientes pueden lograr una pérdida sostenida ⁽⁴¹⁻⁴⁵⁾. Los estudios de cohorte y ensayos clínicos aleatorizados de modificaciones del comportamiento, frecuentemente combinados con modificaciones dietarias, han mostrado beneficios modestos ⁽⁴⁶⁻⁵⁰⁾. La cantidad de peso que se pierde con el ejercicio sólo o en combinación con otros métodos, es relativamente limitada ^(38,51-56) pero la actividad física puede ser benéfica en mantener la pérdida de peso ^(38,52,57,58). Numerosos ensayos clínicos aleatorizados han mostrado que varias drogas supresoras del apetito pueden ser efectivas en producir pérdida de peso a corto plazo en adultos ⁽⁵⁹⁻⁶⁸⁾, sin embargo los efectos se limitan a los periodos en los que se toma el medicamento y algunos estudios han mostrado un plateau o ganancia gradual de peso con el uso prolongado ^(38,59,60,63,64,66,69,70). Las técnicas quirúrgicas tales como gastroplastia en banda vertical y bypass gástrico pueden beneficiar a grupos seleccionados con obesidad mórbida ⁽⁷¹⁻⁷³⁾ pero otros procedimientos tales como la inserción de balón intra gástrico no han mostrado ser efectivas ⁽⁷⁴⁻⁷⁷⁾.

Ciertos métodos de reducción de peso pueden causar importantes efectos adversos. Las dietas bajas en calorías pueden causar fatiga, caída del cabello, vértigo y colelitiasis sintomática. Los agentes farmacológicos pueden causar palpitaciones, vértigo, insomnio, cefalea y malestar gastrointestinal. Las técnicas quirúrgicas tales como gastroplastia e inserción de balón intra gástrico pueden causar ulceración gástrica, perforación y obstrucción intestinal.

Intervención clínica

El examen periódico de peso y talla se recomienda para toda persona adulta ^(2,6,8,10,11,16,17,18) (*Nivel de evidencia I, recomendación A*). Puede utilizarse como parámetro de evaluación el IMC o una tabla de peso sugerido (*Nivel de evidencia I*). Todos los pacientes deben recibir consejería con relación a la promoción de la actividad física y una dieta saludable (Ver actividades correspondientes).

1.4 Alteración visual

Recomendación B: Adultos Mayores, las consecuencias de problemas visuales no detectadas en adultos mayores conllevan alteraciones funcionales, de calidad de vida mayor riesgo de accidentes. El grupo Canadian Task Force y la Academia Americana de Medicina Familiar y la Asociación Americana de Optometría recomiendan tamizaje de rutina para agudeza visual en adultos mayores con carta de Snellen^(9,10,11,12).

Recomendación B: En ancianos se recomienda valoración rutinaria de la visión mediante la carta de Snellen. La frecuencia no se conoce y queda a discreción médica.

Recomendación C: No hay suficiente evidencia para recomendar a favor o en contra de un tamizaje con oftalmoscopio por parte de un médico de cuidado primario en pacientes asintomáticos.

Recomendación C: Hay insuficiente evidencia para recomendar la detección de glaucoma en ancianos por parte de los médicos de cuidado primario.

1.5 Alteración Auditiva

Recomendación B: Se recomienda en ancianos la pregunta periódica sobre su capacidad auditiva y la consejería para el uso de equipos que mejoren la audición y su referencia oportuna.

Recomendación C: Hay evidencia suficiente para recomendar el pro o el contra de realizar audiometría como test de tamizaje en adultos.

1.6 Tamizaje de la Hipertensión Arterial

La hipertensión se define usualmente como una presión arterial diastólica de 90 mm de Hg o más o una presión arterial sistólica de 140 mm de Hg o más ⁽¹⁾. El objetivo de la identificación y el tratamiento de la presión arterial alta es reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular y la morbilidad y mortalidad asociadas ⁽¹⁾.

En Colombia la hipertensión arterial se presenta con una frecuencia estimada del 14 % de la población adulta, con variaciones según sexo y edad ⁽²⁾. Existen variaciones entre la población urbana y rural, y en algunos grupos poblacionales más específicos como los conductores de buses puede presentarse con una cifra tan alta como del 46%, mientras que en poblaciones indígenas, estas cifras solo alcanzan a un 3% ⁽³⁾. Para el año de 1.994, la población adulta que se había tomado la presión arterial alcanzó el 77 % de los hombres y al 90 % de las mujeres (84% del total). El 14% de las personas tenían la presión arterial alta la última vez que se la tomaron, porcentaje que aumenta con la edad. Entre quienes tenían la presión arterial elevada solamente el 35% estaba tomando medicamentos y dos terceras partes asistían a control al menos una vez al año ⁽²⁾.

La hipertensión arterial es uno de los principales factores de riesgo para enfermedad arterial coronaria, insuficiencia cardiaca congestiva, enfermedad cerebrovascular, ruptura de aneurismas aórticos, enfermedad renal y retinopatía ^(4,5,6,7,8), y un factor asociado independientemente con mortalidad ⁽⁹⁾. En Colombia la enfermedad isquémica cardíaca y la enfermedad cerebrovascular son la segunda y tercera causas de muerte y la cuarta y octava causa de años de vida saludables perdidos respectivamente, ocasionando, para el promedio de los años 1989 - 1991, 697.637 años de vida saludables perdidos cada año ⁽¹⁰⁾. Considerando estas complicaciones, los esfuerzos para disminuir la presión arterial deben tener un impacto substancial en la morbilidad y mortalidad de la población.

Pruebas de tamizaje

Debido a las limitaciones técnicas, la invasividad y los costos, los aparatos más exactos para medir la presión arterial (por ejemplo catéteres intra arteriales), no son los apropiados para el tamizaje rutinario. El esfignomanómetro continua siendo la prueba de tamizaje más apropiada para la población asintomática ^(11,12). Aunque esta prueba es altamente exacta cuando se realiza adecuadamente, frecuentemente ocurren falsos positivos y falsos negativos en la práctica clínica ⁽¹¹⁾. Múltiples errores en la medición de la presión arterial pueden depender de diferentes factores incluyendo el equipo utilizado, el evaluador

y el paciente ⁽¹²⁾. Por tal razón, es importante seguir los lineamientos generales estandarizados para la toma de la presión arterial ⁽¹³⁾.

Efectividad de la detección temprana

Existe una relación directa entre la magnitud de elevación de la presión arterial y el beneficio de disminuir la presión arterial ⁽¹⁴⁾. La eficacia del tratamiento de la hipertensión arterial en adultos jóvenes y en adultos mayores es clara, disminuyendo tanto la morbilidad como la mortalidad relacionada ⁽¹⁵⁻²³⁾. Los clínicos pueden minimizar estos efectos adversos de la terapia medicamentosa usando una técnica adecuada de toma de la presión arterial, realizando un uso apropiado de las modificaciones del estilo de vida y prescribiendo medicamentos antihipertensivos de acuerdo con guías publicadas ⁽¹⁾.

Intervención clínica

El tamizaje para la hipertensión arterial se recomienda para todas las personas adultas, (*Nivel de evidencia I, recomendación A*). ^(14,24). El intervalo óptimo para la toma de presión arterial no ha sido aclarado y debe quedar a discreción de los clínicos, sin embargo, la opinión de los grupos de expertos es tomar la presión arterial cada vez que un paciente asista a consulta y repetirla cada dos años en individuos con presión arterial normal (PAS < 130 mm Hg y PAD < 85 mm Hg), y cada año para aquellos que tienen la presión arterial normal alta (PAS 130 - 139 mm Hg ó PAD 85 - 89 mm Hg, con presiones sistólicas inferiores a las mencionadas) (1,25) -Nivel de evidencia IV.

1.7 Tamizaje para Hipercolesterolemia

Hipercolesterolemia se define como una concentración de colesterol sérico mayor de 200 mg/dl ⁽¹⁾. Un nivel elevado de colesterol total se correlaciona con la severidad de arteriosclerosis en las arterias coronarias y es un factor predictor de manifestaciones clínicas de la enfermedad arterial coronaria ^(2,3). El objetivo de la identificación y el tratamiento del colesterol elevado es reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular y la morbilidad y mortalidad asociada ^(1,4).

En Colombia el 28.7% de la población masculina mayor de 15 años y el 41.2% de la población femenina presenta valores

superiores a 200 mg/dl. Los promedios de colesterol aumentan con la edad a partir de los quince años y se presenta una pequeña disminución a partir de los 60 años, tanto en hombres como en mujeres ⁽⁵⁾.

Los estudios epidemiológicos, patológicos, animales, genéticos y clínicos, demuestran una relación causal entre los niveles altos de los lípidos sanguíneos y la arteriosclerosis coronaria ⁽⁶⁾. El seguimiento de grandes estudios de cohortes ha mostrado que el riesgo de enfermedad arterial coronaria aumenta en forma continua desde niveles de 150-180 mg/dl ^(7,8). Durante la vida media por cada 1% de aumento en el colesterol total, el riesgo estimado de enfermedad arterial coronaria aumenta 3% ⁽⁹⁾. En mujeres el colesterol elevado también es un factor de riesgo durante la mitad de la vida, aunque la mayor cantidad de eventos coronarios ocurren después de la menopausia ^(8,10,11,12).

El riesgo asociado con el colesterol elevado es primariamente debido a niveles elevados de lipoproteínas de baja densidad (LDL-C) ⁽¹⁾, pero existe una relación fuerte, independiente e inversa, entre lipoproteínas de alta densidad (HDL-C) y el riesgo de enfermedad coronaria ^(13,14). La importancia de los triglicéridos como un factor de riesgo independiente es controversial, aunque un estudio reciente demuestra la importancia de los niveles de triglicéridos como un factor de riesgo para enfermedad cardiovascular ⁽¹⁵⁾. La combinación de triglicéridos elevados y HDL-C bajo frecuentemente ocurre en asociación con otros factores de riesgo cardiovascular tales como hipertensión y diabetes y se asocia con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular ⁽¹⁶⁾.

Pruebas de tamizaje

El colesterol total y el HDL-C pueden medirse en muestras de sangre venosa extraídas por venopunción o en punciones digitales en individuos en condiciones de ayuno o no ayuno. Debido a las variaciones fisiológicas y los errores de medición, una sola muestra puede no reflejar el verdadero nivel de colesterol de una persona. El estrés, las enfermedades menores, la postura y las fluctuaciones estacionales pueden causar variaciones de 4-11% ⁽¹⁷⁾. Las pruebas de laboratorio están sujetas a múltiples errores y sesgos, sobre estimando o sub estimando el valor del colesterol ⁽¹⁸⁾. En promedio la variación de las pruebas por punción digital varían de los valores obtenidos con sangre venosa entre +4 y -7%.

Efectividad de la detección temprana

En las pasadas décadas el tamizaje del colesterol en los Estados Unidos se ha acompañado de una mejoría en los conocimientos dietarios, el consumo de grasa, los niveles promedio de colesterol y la mortalidad cardiovascular, pero es difícil aislar la contribución del tamizaje de otros factores que pueden ocasionar esta tendencia.

La efectividad de las intervenciones para disminuir el colesterol en las personas que lo tienen elevado y reducir el riesgo de enfermedad arterial coronaria, justifican el tamizaje del colesterol. Este beneficio está bien establecido si existe enfermedad vascular arteriosclerótica ^(19,20,21,22). Los estudios basados en la práctica o en comunidad muestran que estos pacientes tienen menores niveles de colesterol (1-3%) y en ellos las intervenciones dietarias son limitadas ^(23,24).

El tratamiento farmacológico del colesterol elevado ha logrado disminuir la mortalidad coronaria y la mortalidad general en hombres y mujeres con enfermedad arterial coronaria ⁽²⁵⁾. Sin embargo, el beneficio del tratamiento de personas con colesterol elevado, pero sin enfermedad cardiovascular es menor, debido al menor riesgo de morir por infarto de miocardio.

Los experimentos clínicos en los cuales hombres asintomáticos han recibido tratamiento farmacológico para disminuir el colesterol han mostrado que disminuyendo el colesterol se reduce la incidencia de enfermedad arterial coronaria ^(26,27,28), sin embargo en un estudio aumentó la mortalidad general ⁽²⁶⁾ y ninguno de ellos mostró un efecto significativo sobre la mortalidad por enfermedad arterial coronaria.

Se han realizado diferentes metanálisis tratando de resolver la incertidumbre acerca del riesgo y el beneficio de disminuir el colesterol, incluyendo los efectos sobre la mortalidad ^(21,22,29-37). Estos análisis soportan una relación dosis respuesta entre los cambios en el colesterol sérico y la reducción en la incidencia de enfermedad arterial coronaria (fatal y no fatal). Cada 1% en la reducción del colesterol sérico con intervenciones en la dieta y medicamentos, se correlaciona con una reducción del 2-3% de enfermedad arterial coronaria en pacientes con y sin enfermedad arterial coronaria al iniciar el estudio ^(22,29). Sin embargo, una duda importante es si dicha disminución del colesterol en la prevención primaria reducirá también la mortalidad total. Los ensayos clínicos individuales no han tenido el

tamaño o la potencia suficientes para evaluar el efecto sobre la mortalidad total y no han dado una respuesta concluyente a esta pregunta, ni tampoco los metanálisis de los datos acumulados de los diversos ensayos clínicos revelan una disminución de la mortalidad total ^(1,36), aunque posiblemente la disminución del colesterol tenga un beneficio neto en la disminución de la mortalidad total en los pacientes con un perfil de alto riesgo de enfermedad arterial coronaria ⁽³⁰⁾. Algunos análisis de ensayos terapéuticos plantean la posibilidad que el tratamiento farmacológico aumente la mortalidad por causas distintas a la enfermedad arterial coronaria, lo cual anularía el beneficio de la disminución de la mortalidad por enfermedad arterial coronaria ^(22,35,37).

Intervención clínica

Se recomienda el tamizaje del colesterol sanguíneo usando muestras en ayuno o sin ayuno, para todos los hombres entre los 35 a 65 años de edad y mujeres entre los 45-65 años ⁽³⁸⁾ (*Nivel de evidencia II, recomendación B*). El intervalo apropiado para el tamizaje no se conoce, los expertos recomiendan medir el colesterol una vez cada cinco ⁽⁵⁾ años en aquellas personas que tienen un nivel de colesterol total catalogado como "deseable" (valor < 200 mg/dl) ⁽¹⁾ (*Nivel de evidencia IV*). Hay insuficiente evidencia para recomendar la medición de fracciones de colesterol o triglicéridos en el tamizaje inicial y se prefiere reservar estas mediciones para aquellos pacientes que presentan alto riesgo de enfermedad arterial coronaria (por presentar cifras de colesterol total elevadas o tener múltiples factores de riesgo no lipídicos) ⁽³⁸⁾.

2. CONSEJERÍA PARA EVITAR EL CONSUMO DE DROGAS

2.1 PREVALENCIA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ILÍCITAS

INDICADORES DE CONSUMO (Prevalencia X 1000): en cuanto a las sustancias ilícitas más consumidas en Colombia, la marihuana sigue siendo la más frecuentemente usada.

TIPO DE SUSTANCIA ILÍCITA	PREVALENCIA ANUAL	PREVALENCIA DE VIDA
Marihuana	11/1.000	30-35/1.000
Basuco	3.6/1.000	11.5/1.000
Cocaína	2.8/1.000	8.1/1.000
Heroína	0.6/1.000	0.5/1.000
Inhalantes	0.5/1.000	2.2/1.000
Anfetaminas	2.5/1.000	7.1/1.000

2.2 Exactitud de pruebas de tamizaje

El diagnóstico estándar para abuso y dependencia de drogas es una cuidadosa entrevista diagnóstica ⁽⁴⁾. Información importante de la historia del paciente incluye la cantidad, frecuencia y patrón de uso de drogas, efectos adversos de las drogas en las relaciones de trabajo, salud y sociales y cualquier síntoma de dependencia ⁽⁵⁾. Los clínicos frecuentemente carecen de exactitud para identificar el uso y el abuso de drogas en sus pacientes en la práctica clínica, son limitados los datos para determinar si el uso de cuestionarios de tamizaje estandarizados pueden mejorar la detección de problemas potenciales por drogas entre los pacientes. Instrumentos tales como el CAGE o el MAST pueden modificarse para valorar las consecuencias del uso de droga de una forma estandarizada ^(5,6) pero estos instrumentos no han sido comparados con la historia rutinaria o la valoración clínica. Algunos instrumentos tales como el Addiction Severity Index (ASI) son útiles para evaluar la necesidad de tratamiento pero es también prologado para tamizaje.

Algunas pruebas toxicológicas pueden ofrecer evidencia objetiva del uso de drogas. La prueba más comúnmente empleada es el radio inmuno ensayo (RIA), el inmuno ensayo enzimático (EIA), inmuno ensayo de polarización fluorescente (FPI) o la cromatografía de capa fina (TLC) para medir las concentraciones de drogas específicas y sus metabolitos en muestras de orina ⁽⁷⁾.

La sensibilidad de estos test es generalmente superior al 99% comparado con los estándares de referencia⁽⁸⁾, sin embargo depende directamente del tiempo después del uso de la droga y de la excreción urinaria de los metabolitos. Las más importantes pruebas toxicológicas no distinguen entre los usuarios ocasionales y los individuos que son dependientes o que tienen deterioro por el uso de la droga. Pueden ocurrir resultados falsos positivos debidos a reacción cruzada con otras medicaciones o componentes que se encuentran en forma natural en los alimentos⁽⁹⁾. Para prevenir la rotulación de las personas como usuarios de drogas ilegales una muestra positiva en el tamizaje debe ser confirmada con una prueba mas específica (y costosa) .

Tamizaje de mujeres embarazadas y recién nacidos: Una historia cuidadosamente tomada es el medio más sensible para detectar el uso y el abuso de drogas^(10,11) pero muchas mujeres embarazadas no reconocen su uso. Los clínicos realizan frecuentemente un tamizaje selectivo para el uso de drogas basados en la preconcepción de un tipo de madre usuaria de drogas.

Efectos adversos del tamizaje: Los derechos del paciente a la autonomía y la privacidad tienen implicaciones importantes en el tamizaje de personas asintomáticas⁽¹²⁾. Si no se mantiene la confidencialidad, los resultados de la prueba pueden afectar el empleo del paciente, el cubrimiento de los seguros o las relaciones personales⁽¹³⁾.

Efectividad de la detección temprana

La intervención temprana tiene el potencial para disminuir alguna de las consecuencias serias del abuso de drogas, incluyendo lesiones, problemas legales, y complicaciones médicas, hay poca evidencia que el tamizaje sistemático y la intervención temprana sea efectiva en el mejoramiento de los desenlaces clínicos entre personas asintomáticas.

La evidencia que soporta la efectividad del tratamiento, del abuso y la dependencia de drogas fue revisada en 1990 por el IOM⁽¹⁴⁾. La evidencia más consistente soporta el beneficio clínico del mantenimiento de metadona en personas adictas a heroína^(14,15).

Intervención Clínica

Existe insuficiente evidencia para recomendar en pro o en contra del tamizaje rutinario para el abuso de drogas con cuestionarios estandarizados o pruebas biológicas.

3. TAMIZAJE DE VIOLENCIA FAMILIAR

La violencia que se ejerce dentro del ámbito familiar, en su mayoría contra las mujeres y los hijos, es causa de grandes desequilibrios emocionales y psíquicos, que influyen en todas las actividades diarias y en muchas de las decisiones para dar por terminada la vida conyugal. En Colombia la constitución de 1.991 dispuso una serie de elementos para la defensa de la población agredida. Según la encuesta nacional de Salud de 1.995, casi todas las mujeres (99%) saben que la violencia familiar o maltrato a niños y adultos es un delito. El 88% piensa que la violencia no es solamente física. De éstas, 72% dice que la violencia verbal es también maltrato, al tiempo que 51% menciona la violencia psicológica, 48% menciona el maltrato físico, 7% el maltrato sexual y 1% el abandono, especialmente económico, de los hijos y de la esposa por parte del marido o echarlos de la casa, hacerlos aguantar hambre, no darles estudio, no cumplir los deberes para con ellos, hacerlos trabajar o pedir limosna.

Intervención clínica

Existe evidencia insuficiente para recomendar en pro o en contra del uso de instrumentos de tamizaje específico para violencia familiar.

4. INSTRUMENTOS PARA EVALUAR LA ESTRUCTURA FAMILIAR

4.1 FAMILIOGRAMA

Para entender mejor el familiograma es importante conocer algunos aspectos generales acerca de la familia. Todo induce a pensar que la familia es la institución social humana más antigua que ha evolucionado a lo largo de la historia y que a pesar de los cambios y ajustes sobrevivirá mientras exista nuestra especie.

Es necesario tener en cuenta los contextos social, político, económico y cultural, los cuales influyen en el proceso de la conformación y desarrollo de la familia, aspectos estos que en el familiograma se ven dibujados como la estructura y la dinámica representadas por los diferentes símbolos utilizados para este fin.

Actualmente, en los diferentes sistemas de salud, la familia ha sido considerada como foco de atención a partir del cual se puede trabajar con el individuo, al mismo tiempo que con la comunidad, conformada ésta por varios grupos familiares.

La familia puede constituirse como un recurso de apoyo psicosocial importante en el proceso vital humano; salud-enfermedad /vida-muerte; sin embargo, es de anotar que por sus patrones e interacciones internas puede ser fuente de salud o generadora de enfermedad.

4.1.1 Historia

El término familiograma ha evolucionado históricamente, como concepto es más utilizado en hispanoamérica, entendido como instrumento que dibuja la parte estructural y subraya aspectos funcionales y relacionales de la familia; en Estados Unidos es más conocido como genograma, recordando su origen y primeras utilizaciones en la genética, para apreciar con mayor claridad las leyes mendelianas.

Empleamos el término familiograma para su aplicación en medicina familiar, puesto que recoge de forma apropiada los aspectos del enfoque familiar integral y centrado en la persona.

Los médicos familiares generalmente han utilizado los familiogramas para múltiples aplicaciones, en general, buscan obtener una historia familiar completa y confiable. (Rakel, 1977; Medalie, 1978; Jolly, 1980; Christie-Seely, 1984).

A nivel latinoamericano, y específicamente en Colombia, el familiograma ha sido de gran uso y utilidad para la valoración integral de la familia. Al mismo tiempo, su ejecución ha sido compleja por la multiplicidad de estructuras familiares de este contexto sociocultural, sumado a las diferencias en los tiempos y etapas del ciclo vital familiar.

Esto ha sido un reto en la práctica, que ha generado la necesidad de crear nuevos simbolismos para representar los patrones de unión que se dan en las familias latinoamericanas; el cuadro de símbolos del familiograma presenta algunos desarrollados como producto de la práctica y aplicados otros de la literatura previa existente; se pueden apreciar los utilizados con mayor frecuencia.

Por las razones anteriores no existen criterios unificados acerca de los símbolos a utilizar en la ejecución del familiograma, aun entre profesionales que siguen el mismo enfoque. En el esquema referido previamente señalamos los que desde nuestro criterio y práctica han sido de mayor utilidad y fácil aplicación.

El familiograma ha estado asociado con mayor frecuencia con la Teoría de Sistemas Familiares de Murray Bowen, desde 1978. Plantea que las personas se organizan en sistemas familiares según la generación, la edad, el sexo. El orden que la persona ocupe en la familia, los patrones relacionales y la misma estructura de la familia, pueden influir en la personalidad, en el comportamiento y en el tipo de familia que la persona conforma en su vida adulta. De esta manera, el familiograma puede ser utilizado como un instrumento para prevención.

El familiograma es un instrumento que registra datos de la familia; incluye información demográfica básica (nombres, fechas y lugar de origen y procedencia, muerte, matrimonio), información sobre estilo de vida (cigarrillo, licor, ejercicio, sueño, comida, vida sexual) e información compleja (patrones familiares repetitivos, triangulaciones, herencia). Esta información es vista desde una perspectiva sistémica, siendo uno de los componentes que complementan la valoración clínica.

Es un instrumento interpretativo y dinámico con el cual el médico familiar y el equipo de salud familiar pueden generar hipótesis para evaluación y manejo integral de las familias.

El familiograma debe estar incluido en la historia familiar y además del fonendoscopio para el cuidado integral de la persona, es una herramienta esencial para el profesional en el cuidado integral de las familias que tienen bajo su responsabilidad.

Es elaborado de manera acumulativa durante una consulta con un individuo o con varios miembros de la familia. Permite con una mirada rápida, evaluar composición y dinámica familiar relevante, además de riesgos existentes a nivel biopsicosocial espiritual para hacer intervención anticipatoria.

4.1.2 Aplicación del familiograma

El familiograma tiene aplicación en genética y en consejería familiar. Permite un conocimiento más profundo de los individuos que conforman las familias y de la familia como una unidad. Se resalta su utilidad en los siguientes aspectos :

Estructura: El familiograma ayuda incluso a los miembros de la familia a mirarse con más claridad, pueden evaluar los acercamientos y las distancias que tienen entre sí: se constituye en un elemento vital para asumir el autocuidado individual y familiar.

Permite también hacer el reencuadre sistémico de la familia y ayuda tanto al profesional de la salud como a los miembros que constituyen esa familia, mirar un cuadro más grande en diversos sentidos:

La historia e información estructural, relacional y funcional es vista horizontalmente a través del contexto familiar y verticalmente a través de las 3 ó 4 generaciones que pueden dibujarse en el mismo.

La estructura es referida a los componentes de cada familia por género masculino o femenino. Por tipología familiar que puede ser nuclear, extensa, reorganizada, con un solo padre/madre, familias múltiples, familias hetero u homosexuales, familias con hijos-as adoptados-as, etc.

Ciclo vital familiar: Cada persona representada en el familiograma tiene descritas sus fechas de nacimiento (n), muerte (M), eventos importantes como el matrimonio (m), separación (s), divorcio (d), etc. De esta manera se deduce fácilmente la etapa del ciclo vital familiar que está viviendo en familia. Al igual que el ciclo vital de cada individuo, permite anticipar o prevenir problemas biomédicos generados por crisis normativas de estos ciclos.

Factores hereditarios: Al mirar el familiograma es posible anticipar y manejar problemas biomédicos que tengan un componente genético o eventos hereditarios relacionados con transmisión ligada al sexo.

Eventos de vida y función familiar: Permite diagnosticar y manejar problemas emocionales y de conducta influenciados por la estructura y función familiar.

Freud escribió acerca de la teoría de que cada crisis trae una oportunidad de cambio y crecimiento.

Patrones y síntomas repetidos: Es frecuente observar en el familiograma patrones repetidos a través de diferentes generaciones, a nivel de la dinámica familiar, por ejemplo, suicidios, separaciones.

Factores de dependencia: alcoholismo, cigarrillo, obesidad, abuso de fármacos.

Síntomas familiares: cefaleas, lumbagos, insomnio, etc.

Manifestaciones físicas del estrés: eventos agudos y/o crónicos como úlceras, colitis, asma, alergias, hipertensión; incluso se observa coincidencia frecuente de infarto de miocardio, con fechas de eventos altamente estresantes para la familia.

Función familiar: Con los símbolos utilizados es posible apreciar alianzas, coaliciones, triángulos relacionales, dependencias, dominancias y tipo de enlaces emocionales. Es posible también observar la funcionalidad de los niños que están participando en diferentes "hogares", en razón a la separación de sus padres biológicos y a la creación de nuevas familias.

Balance e imbalance: El género cada día ocupa un lugar más importante en las percepciones, interacciones y eventos desencadenados a partir de la diferencia de género. Con el familiograma se evalúan aspectos sorprendentes originados por el predominio de uno u otro género en una familia determinada, que desencadena a su vez una dinámica particular, por ejemplo, la familia constituida por el esposo y tres hijos de género masculino con la esposa como única representante del género femenino. En esta familia las actividades recreativas son casi siempre elegidas por los hombres.

4.1.2 EJECUCIÓN DEL FAMILIOGRAMA

Realizar el familiograma es agradable aunque requiere paciencia; es un instrumento que se completa paulatinamente, en el cual la información no es aportada por una sola persona.

Es esencial dibujarlo con lápiz, elemento que al igual que

un borrador no le deben faltar. Hemos encontrado útil dejar una copia del primer familiograma realizado en cada familia; debido a que cambia por ser un instrumento dinámico, pero ofrece un parámetro comparativo de gran beneficio en el manejo continuo de la familia.

En el cuadro de símbolos del familiograma se encuentran recopilados los símbolos del familiograma de uso frecuente, adaptados a la familia latina, especialmente a la colombiana, después de diez años de aplicación práctica.

Recomendación C: Realizar el Familiograma a toda persona como complemento de la Historia Clínica Integral. Recordar que su ejecución es acumulativa y continuada a lo largo de las consultas⁽¹⁾.

4.2 APGAR Familiar y soporte de amigos

El APGAR Familiar y soporte de amigos es un instrumento para valorar la función familiar, diseñado por Gabriel Smilkstein en los años setenta, validado y aplicado en variados contextos socioculturales⁽¹⁾.

4.2.1 Antecedentes

Desde 1945 cuando H.B. Richardson publicó su libro "Los pacientes tienen familias"⁽²⁾, se ha incrementando la conciencia acerca del rol de la función familiar en el proceso vital humano, sea para mantener la salud o generar enfermedad. La dificultad de los profesionales de la salud, para utilizar los datos de la función familiar en la atención integral a las personas, se debe principalmente a^(3,4):

El énfasis del modelo biomédico tanto en el entrenamiento como en la práctica de los profesionales de la salud.

La escasa e inadecuada integración del conocimiento sicosocial existente al entrenamiento clínico.

La disponibilidad limitada de instrumentos válida para valorar la función familiar.

Para dar respuesta a esta necesidad, Smilkstein diseñó el instrumento del APGAR Familiar, estructurado similarmente a la evaluación del estado funcional del recién nacido, creado por la Dra. Virginia Apgar en 1953⁽⁵⁾. Se consideró que APGAR era además del apellido de la doctora Virginia,

una "palabra" de fácil evocación por los profesionales, que significa evaluación rápida, de aplicación simple que proporciona una idea del estado global del recién nacido. De la misma manera, al asimilar cada inicial de la palabra con una función de la familia, era posible obtener un panorama grueso de la función de la misma que permitiera realizar anticipación o intervención⁽⁶⁾.

Los componentes evaluados de la función familiar a través de este instrumento son:

- A: ASOCIACIÓN**
- P: PARTICIPACIÓN**
- G: GANANCIA**
- A: AFECTO**
- R: RECURSOS**

Cuando el instrumento fué creado y aplicado, se propusieron tres respuestas en cada componente: Nunca=0, Algunas veces=1, Siempre=2; al sumar las respuestas de los cinco componentes el registro oscilaba entre 0 y 10 puntos, para indicar mala, regular o buena función familiar.

La validación inicial del APGAR Familiar se efectuó en 1978 para establecer correlaciones con el "Pless-Satterwhite Family Function Index"⁽⁷⁾, con estimativos de función familiar por psicólogos. La validación mostró índice de correlación de 0.80 entre el APGAR y el Pless-Satterwhite y de 0.64 entre el APGAR y estimación por psicólogos. En ese estudio se observó también que los puntajes en familias de profesionales (8.24/10) eran significativamente más altos que los puntajes de las familias de personas no profesionales. (5.6/10)^(8,9).

Desde los años ochentas se han realizado múltiples investigaciones que validaban los índices de correlación encontrados previamente. Con la aplicación del instrumento en varios estudios (más de cincuenta referencias reportadas), se observó que la precisión del instrumento aumentaba, al categorizar cada componente del APGAR Familiar, bajo 5 respuestas posibles: Nunca = 0, Casi nunca = 1, Algunas veces = 2, Casi siempre = 3, Siempre=4. Así al sumar las respuestas de cada componente, el puntaje oscila entre 0 y

20, correspondiendo el resultado de 0 a 9: disfunción familiar severa⁽¹⁰⁻¹³⁾; disfunción familiar moderada⁽¹⁴⁻¹⁷⁾; disfunción familiar leve⁽¹⁸⁻²⁰⁾; buena función familiar. Igualmente, en el estudio realizado por los Drs. Arias y Smilkestein que correlacionaron el instrumento de "Dibujar un Arbol" con el APGAR Familiar y en otros estudios, se estableció que el soporte social ofrecido por los amigos es un factor importante y significativo para la función familiar. Esto motivó al autor del APGAR Familiar a incluir en su evaluación el apoyo que brindan los amigos y lo fundamental de contar con al menos una persona como soporte social y elemento facilitador para enfrentar la crisis^(6,10).

El APGAR Familiar con la ampliación de alternativas de respuesta y la incorporación de las preguntas de soporte social de amigos, no se sometió al proceso de validación; su utilidad y correlación se ha demostrado en múltiples investigaciones como la función familiar, el ambiente psicosocial y el embarazo y sus resultados; función familiar y sus condiciones inmunes e infecciosas^(22,24); función familiar y promoción de la salud⁽²⁵⁾ y con ajuste emocional⁽²⁶⁾ en pacientes mastectomizadas, entre otros estudios.

4.2.2 Utilidad del APGAR Familiar

Es útil para conocer como percibe la persona el funcionamiento de su familia en un momento determinado. El profesional de la salud familiar puede identificar por la observación o el interrogatorio la disfunción familiar severa; sin embargo, lo más común en la práctica ambulatoria, es que la persona haga una negación de los problemas familiares o que el profesional de la salud tenga dificultad para abordar esa temática. Es esas situaciones el APGAR Familiar cobra importancia como instrumento de valoración psicosocial para detección precoz, orientación y seguimiento.

4.2.3 Cómo se aplica el APGAR Familiar?

El cuestionario se entrega impreso en una hoja tamaño carta a la persona, para el autodiligenciamiento. Es importante la metodología de aplicación, para evitar la introducción de sesgos del investigador o del profesional de la salud. Sólo cuando la persona no está en la capacidad de leer, está justificada la intervención del entrevistador⁽⁶⁾.

4.2.4 Formulario de APGAR Familiar

Las siguientes preguntas son de gran ayuda para entender mejor su

salud integral. Familia, se define como el o los individuos con quienes usualmente vive. Si usted vive solo, ahora su "familia" consiste en la(s) persona(s) con quien (es) usted tiene ahora el lazo emocional más fuerte.

Recomendación C: Aplicar el APGAR Familiar a la madre, el padre o los acudientes, de los niños menores de 7 años en consulta, una vez al año. Si existe disfunción familiar, realizar orientación, consejería o terapia familiar si es un profesional entrenado para tal fin. En caso contrario referir al profesional indicado. Control con APGAR Familiar se hará al finalizar la intervención. Diligenciar el APGAR Familiar como tamizaje en el seguimiento ambulatorio, una vez al año en personas de 8 y más años. (Escolares, adolescentes, adultos jóvenes, medios y mayores).

Para cada pregunta marque sólo una X

FUNCION	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia brinda y permite.					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface como mi familia expresa el afecto y responde a mis emociones de rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia: el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa y el dinero.					

INTERPRETACION

FUNCION	PUNTAJE
Buena función familiar	18 - 20
Disfunción familiar leve	14 - 17
Disfunción familiar moderada	10 - 13
Disfunción familiar severa	9 ó menos

Puntaje máximo 20/20

4.3 SOPORTE DE AMIGOS

Respecto al soporte social son abundantes los estudios que muestran la correlación del mismo con los resultados en la salud-enfermedad o vida - muerte. Se destacan los estudios de Cobb, Antonovsky, Cohen, Smilkstein, Parkenson, Herrera entre otros⁽²⁾.

Coinciden en los efectos benéficos del soporte social para reducir la probabilidad de enfermar, aún cuando el evento estresante persista. Cohen afirma que independiente de la cantidad de soporte social, lo indispensable es tener una persona a quien acudir y quien ofrezca continuidad para que dicho soporte sea efectivo; este hallazgo fué corroborado por Smilkstein.

Se considera que el soporte social opera en la medida en que la persona siente una asistencia directa de otras personas, le afirman sus creencias, siente pertenencia a un grupo.

El soporte social juega un rol en la etiología de la dolencia y de la enfermedad, en el tratamiento y en el plan de rehabilitación, en la colaboración que obtenga para el ajuste y respuesta en el estilo de vida. Para el soporte de amigos, se han utilizado las dos preguntas de soporte de amigos que adjuntó Smilkstein al cuestionario del APGAR Familiar. Aunque se aplica y ha demostrado resultados benéficos, este cuestionario de dos preguntas debe someterse a validación para sensibilidad y especificidad y continuar su aplicación.

Soporte de amigos

Las siguientes preguntas son de gran ayuda para entender mejor su salud integral.

Para cada pregunta marque solo una X

FUNCION	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
Usted tiene algún amigo(a) cercano(a) a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?					
Estoy satisfecho con el soporte y apoyo que recibo de mi (s) amigo (s) o amiga (s)?					

Interpretación:

El puntaje máximo posible es de 8/8. En la actualidad se evalúa la presencia o ausencia de soporte de amigos. Como se mencionó anteriormente, la validación para este instrumento debe hacerse para Colombia y Latinoamérica.

Recomendación C: Diligenciar el cuestionario de soporte de amigos como tamizaje en el seguimiento ambulatorio, una vez al año, en personas de 8 y más años (escolares, adolescentes, adultos jóvenes, medios y mayores).

Escala de reajuste social: Holmes y Rahe

El reajuste social se define como el cambio de situación en cualquier aspecto de la vida, el cual puede influir sobre el estado de salud; los eventos desencadenantes son tanto positivos como negativos.

Algunos investigadores como Harold Wolf y Adolfo Meyer aportan pruebas de gran peso de que los eventos vitales al producir reacciones psicofisiológicas, juegan un papel importante en la génesis y evolución de muchos trastornos. Holmes y Rahe desarrollaron un instrumento que asigna un valor numérico a los diferentes eventos de la vida según su potencial de contribuir al comienzo de la enfermedad.

Es de mucha utilidad en el manejo de pacientes crónicos (diabetes, hipertensión, cardiopatías, úlceras). Es posible enseñar al paciente a manejar la escala, para evitar en la medida de lo posible, la confluencia de varios eventos (por ejemplo, trasteo, cambio de trabajo y matrimonio simultáneamente) que pueden desencadenar una recaída o la aparición de la enfermedad.

Hay también otros estudios que examinan la relación entre estresores psicosociales y enfermedad física en miembros de la familia durante el período postparto^(2,3,4,5,6).

Existe *nivel III 3 de evidencia* de asociación entre eventos de la vida estresantes y aparición de enfermedad en un estudio de cohortes de 1082 niños entre 1 y 4 años de edad^(7,8). La escala de Holmes y Rahe ha sido validada.

Aplicación:

La Escala de Reajuste Social de Holmes y Rahe, se le entrega a la persona en una hoja impresa y se le solicita que encierre en un círculo cada uno de los eventos, que han estado presentes en su vida, en el último año. (Ver cuadro)

Tomado de Holmes, T.H. y Rahe, R.H. J Psychosomat Res, 1967, 11:213-218 Eventos sucedidos en el último año.

Interpretación:

Una vez señalados los items en la Escala de Reajuste Social, se suman las puntuaciones asignadas a cada uno de ellos. Con el total es posible observar el riesgo relativo de enfermar, según la siguiente tabla:

Mayor 300	80% probabilidad de enfermar en un futuro cercano (3 meses)
150-299	50% probabilidad de enfermar en un futuro cercano(3 meses)
menor 149	30% probabilidad de enfermar en un futuro cercano(3meses)

Recomendación C: Aplicar la Escala de Reajuste Social en personas escolares, adolescentes, adultos, como tamizaje en el seguimiento ambulatorio, una vez al año. Si se encuentra alto riesgo (50%) realizar seguimiento cada tres meses

ESCALA DE PUNTUACIÓN DE REAJUSTE SOCIAL (S.E.R.)		
Número Orden	Hecho de la vida	Valor promedio
1	Muerte del cónyuge	100
2	Divorcio	73
3	Separación marital	65
4	Cumplimiento de una condena en la cárcel	63
5	Muerte de un pariente cercano	63
6	Lesión o enfermedad personal	53
7	Matrimonio	50
8	Despido en el trabajo	47
9	Reconciliación marital	45
10	Retiro	45
11	Cambio en la salud de algún miembro de la familia	44
12	Embarazo	40

ESCALA DE PUNTUACIÓN DE REAJUSTE SOCIAL (S.E.R.)		
Número Orden	Hecho de la vida	Valor promedio
1	Muerte del cónyuge	100
2	Divorcio	73
3	Separación marital	65
4	Cumplimiento de una condena en la cárcel	63
5	Muerte de un pariente cercano	63
6	Lesión o enfermedad personal	53
7	Matrimonio	50
8	Despido en el trabajo	47
9	Reconciliación marital	45
10	Retiro	45
11	Cambio en la salud de algún miembro de la familia	44
12	Embarazo	40
13	Dificultades sexuales	39
14	Llegada de un nuevo miembro de la familia	39
15	Ajuste en los negocios	39
16	Cambio en la situación económica	38
17	Muerte de un amigo íntimo	37
18	Cambio a un trabajo distinto	36
19	Cambio en el número de querellas con el conyuge	35
20	Hipotecas superiores a 10 millones	31
	Proximidad de la fecha	

ESCALA DE PUNTUACIÓN DE REAJUSTE SOCIAL (S.E.R.)		
Número Orden	Hecho de la vida	Valor promedio
1	Muerte del cónyuge	100
2	Divorcio	73
3	Separación marital	65
4	Cumplimiento de una condena en la cárcel	63
5	Muerte de un pariente cercano	63
6	Lesión o enfermedad personal	53
7	Matrimonio	50
8	Despido en el trabajo	47
9	Reconciliación marital	45
10	Retiro	45
11	Cambio en la salud de algún miembro de la familia	44
12	Embarazo	40
13	Dificultades sexuales	39
14	Llegada de un nuevo miembro de la familia	39
15	Ajuste en los negocios	39
16	Cambio en la situación económica	38
17	Muerte de un amigo íntimo	37
18	Cambio a un trabajo distinto	36
19	Cambio en el número de quejas con el cónyuge	35
20	Hipotecas superiores a 10 millones	31
21	Proximidad de la fecha límite de la hipoteca a préstamo	30
22	Cambio en las responsabilidades en el trabajo	29
23	Abandono del hogar por parte de un hijo o hija	29
24	Problemas con las normas internas	29
25	Intentos de un rendimiento personal extraordinario	28
26	La esposa comienza o deja de trabajar	26
27	Comienzo o final de la educación escolar	26
28	Cambio en las condiciones de vida	25
29	Revisión de los hábitos personales	24
30	Problemas con los superiores en el trabajo	23
31	Cambio en las horas o condiciones de trabajo	20
32	Cambio en la residencia	20
33	Cambio en las escuelas	20
34	Cambio en recreo	19
35	Cambio en las actividades eclesásticas	19
36	Cambio en las actividades sociales	18
37	Hipotecas o préstamos menores de 10 millones	17
38	Cambio en las normas del sueño	16
39	Cambio en el número de lazos familiares	15
40	Cambio en los hábitos de alimentación	15
41	Vacaciones	13
42	Temporada navideña	12
43	Transgresiones menores de la Ley	11

3. CONSEJERÍA

En la actualidad tanto la promoción de la salud como la prevención de la enfermedad ocupan un lugar esencial en el cuidado de la salud.

De acuerdo a las necesidades de la población, a las primeras causas de morbi-mortalidad, a los programas implementados desde los servicios de salud públicos y privados en los diferentes países y en Colombia, se requiere que los profesionales de la salud lleven a la práctica las acciones de Mantenimiento de Salud, las cuales incluyen la consulta preventiva, la consejería específica por grupos de edad y las acciones de promoción y prevención específicas, que conserven relación costo-beneficio y costo-eficiencia apropiadas para los sistemas de salud.

La operatividad de la consulta de consejería es factible y ha sido efectuada en diferentes países; sin embargo, en cada país se deben promover los cambios y permitir que los profesionales a nivel individual o en equipo, realicen la organización y gerencia de su consulta, a través de la programación planificada de las consultas de las personas a su cargo, durante períodos anuales, para el mantenimiento de la salud.

El grupo de Green y colaboradores, ha trabajado en las tres últimas décadas en el "Group Cooperative Puget Sound" (GHC) en Seattle Washington y ha tenido bajo su cuidado a 874.000 usuarios, con 800 médicos; este grupo ha demostrado que el seguimiento a poblaciones desde la infancia, permite implementar y aplicar intervenciones preventivas en la práctica⁽¹⁾.

La implementación de esta consulta preventiva requiere de al menos dos factores esenciales :

La política institucional para el desarrollo de consultas en promoción y prevención a todos los usuarios directos y beneficiarios del servicio.

Esta política deberá estar acompañada de la infraestructura adecuada para este propósito, la asignación del tiempo para llevarla a cabo, en promedio 45 minutos para la primera consulta (elaboración de la historia clínica integral) y de 30 minutos para las visitas anuales de mantenimiento. Cada visita destinará el tiempo requerido para la consejería según el ciclo vital individual y los factores de riesgo

específicos.

Como tradicionalmente estas acciones no se correlacionan con una remuneración apropiada, los países con avanzados desarrollos y resultados en esta área, ofrecen mayores pagos a los profesionales de esta área y promueven planes de incentivos económicos, según indicadores de mantenimiento de poblaciones saludables.

Otro aspecto fundamental de la consulta preventiva es que facilita el encuentro, el diálogo y el empoderamiento con la comunidad de usuarios y recoge sus necesidades

La orientación preventiva de la salud, transforma el método clínico tradicional; su enfoque está centrado más allá de la enfermedad (el aspecto objetivo, demostrable), e incorpora la dolencia (el aspecto subjetivo de la persona); promueve los aspectos vitales y rescata el querer y el deseo de la persona que busca mantener su salud.

Esto cambia el modelo autocrítico de relación profesional de la salud-paciente, por un modelo democrático-dialógico, en el cual la persona asume el cuidado por su salud y coopera y negocia con el profesional, para obtener un estado de salud integral.

De la misma manera el cuidado preventivo ofrecido a través de la consejería, personaliza y humaniza el cuidado de la salud, favorece la autonomía, fomenta el respeto y produce mejores resultados en la salud de la población, con servicios costo/beneficio efectivos.

La consejería se ha incluido tanto en los enfoques clínicos y epidemiológicos; los últimos reportes de las Conferencias de Medicina Preventiva la incorporan como parte de la práctica médica. Esto se sustenta en :

El enfoque del servicio de salud preventivo personal, incluye la continuidad en la relación profesional de la salud-paciente.

El concepto de "chequeo anual" o "ritual de examen ejecutivo" entre otros, es superado por la realización de acciones preventivas específicas para los diversos grupos etáreos.

Las acciones preventivas se basan en la evidencia, aunque si ésta no existe en el 100%, especialmente en las variables psicosociales, se sugiere efectuar interpretaciones y recomendaciones prudentes, cimentadas en la experiencia, acordadas por consenso que conserven la relación costo/beneficio y evite los daños.

BIBLIOGRAFÍA

MANTENIMIENTO DE SALUD EN LA ADULTEZ

Citología Vaginal

Ver referencias Mantenimiento de Salud en la Adolescencia

Tamizaje de Peso y Talla

1. Institute of Medicine. Weighing the options: criteria for evaluating weight-management programs. Washington, DC: National Academy Press, 1995.
2. Foster WR, Burton BT, eds. National Institutes of Health consensus conference: health implications of obesity. *Ann Intern Med* 1985; 103:977-1077.
3. Van Itallie TB, Kral JG. The dilemma of morbid obesity. *JAMA* 1981; 246:999-1003
4. Hubert HB, Feinleib M, McNamara PM, et al. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow-up of participants in the Framingham Heart Study. *Circulation* 1983;67:968-977.
5. Rhoads GG, Kagan A. The relation of coronary disease, stroke, and mortality to weight in youth and middle age. *Lancet* 1983;1:492-495.
6. Wilcosky T, Hyde J, Anderson JJ, et al. Obesity and mortality in the Lipid Research Clinics Program Follow-up Study. *J Clin Epidemiol* 1990;43:743-752.
7. Harris T, Cook EF, Garrison R, et al. Body mass index and mortality among nonsmoking older persons: the Framingham Heart Study. *JAMA* 1988;259:1520-1524.
8. Lee IM, Manson JE, Hennekens CH, et al. Body weight and mortality: a 27-year follow-up of middle-aged men. *JAMA* 1993;270:2823-2828.
9. Pi-Sunyer FX. Medical hazards of obesity. *Ann Intern Med* 1993; 119:655-660.
Van Itallie TB. Health implications of overweight and obesity in the United States. *Ann Intern Med* 1985;103:983-988.
10. Manson JE, Colditz GA, Stampfer MJ, et al. A prospective study of obesity and risk of coronary heart disease in women. *N Engl J Med* 1990;322:882-889.
11. Willett WC, Manson JE, Stampfer MJ, et al. Weight, weight change, and coronary heart disease in women: risk within the «normal» weight range. *JAMA* 1995;273:461-465.
12. Bray GA. Obesity: basic considerations and clinical approaches. *Dis Month* 1989;35:449-537.
13. US Department of Agriculture and US Department of Health and Human Services. Dietary guide lines for Americans. 4th ed. Washington, DC: Department of agriculture and Department of Health and Human Services, 1995.
14. Metropolitan Life Insurance Company. New weight standards for men and women. *Stat Bull Metropol Life Insur Co* 1959;40:1-4.
15. Metropolitan Life Insurance Company. Metropolitan height and weight tables. *Stat Bull Metropol Life Insur Co* 1983;64:2-9.
16. Najjar MF, Rowland M. Anthropometric reference data and prevalence of overweight, United States, 1976-80. Vital and health statistics; series 11, no.238. Washington, DC: Government Printing Office, 1987. (DHHS Publication no. (PHS) 87-1688.)
17. Bray GA, Greenway FL, Molitch ME, et al. Use of anthropometric measures to assess weightloss. *Am J Clin Nutr* 1978;31:769-773.
18. Kispert CP, Merrifield HH. Interrater reliability of skinfold fat measurements. *Phys*

- Ther 1987;67:917-920.
19. Pi-Sunyer FX. Short-term medical benefits and adverse effects of weight loss. *Ann Intern Med* 1993 ;119:722-726.
 20. Tuck ML, Sowers J, Dornfeld L, et al. The effect of weight reduction on blood pressure, plasmarenin activity, and plasma aldosterone levels in obese patients. *N Engl J Med* 1981;304:930-933.
 21. Kannel WB, Brand N, Skinner JJ, et al. The relation of adiposity to blood pressure and the development of hypertension. *Ann Intern Med* 1967;67:48-59.
 22. Fagerberg B, Berglund A, Andersson OK, et al. Weight reduction versus antihypertensive drugtherapy in obese men with high blood pressure: effects upon plasma insulin levels and association with , changes in blood pressure and serum lipids. *J Hypertens* 1992;10:1053-1061.
 23. Weinsier RL, James LD, Darnell BE, et al. Obesity-related hypertension: evaluation of the separate effects of energy restriction and weight reduction on hemodynamic and neuroendocrine status. *Am J Med* 1991;90:460-468.
 24. Hypertension Prevention Trial Research Group. The Hypertension Prevention Trial: three-year effects of dietary changes en blood pressure. *Arch Intern Med* 1990; 150:153-162.
 25. Davis BR, Blaurock MD, Oberman A, et al. Reduction in long-term antihypertensive medication requirements : effects of weight reduction by dietary intervention in overweight persons with mild hypertension. *Arch Intern Med* 1993;153:1773-1782.
 26. Stevens VJ, Corrigan SA, Obarzanek E, et al. Weight loss intervention in phase 1 of the Trials of Hypertension Prevention. The TOHP Collaborative Research Group. *Arch Intern Med* 1993; 153:849-858.
 27. Wing RR, Marcos MD, Salata R, et al. Effects of a very-low-calorie diet on long-term glycemic control in obese type 2 diabetic subjects. *Arch Intern Med* 1991;151:1334-1340.
 28. Kirschner MA, Schneider G, Ertel NH, et al. An eight-year experience with a very-low-calorie formula diet for control of major obesity. *Int J Obesity* 1988;12:69-80.
 29. Fitz JD, Sperling EM, Fein HG. A hypocaloric high-protein diet as primary therapy for adults with obesity-related diabetes: effective long-term use in a community hospital. *Diabetes Care* 1983;6: 328-333.
 30. Jalkanen L. The effect of a weight reduction program on cardiovascular risk factors among overweight hypertensives in primary health care. *Scand J Soc Med* 1991;19:66-71.
 31. Dattilo AM, Kris-Etherton PM. Effects of weight reduction on blood lipids and lipoproteins: a metaanalysis. *Am J Clin Nutr* 1992;56:320-328.
 32. Wolf RN, Grundy SM. Influence of weight reduction en plasma lipoproteins in obese patients. *Arteriosclerosis* 1983;3:160-169.
 33. Smith PL, Gold AR, Meyers DA, et al. Weight loss in mildly to moderately obese patients with obstructive sleep apnea. *Ann Intern Med* 1985;103:850-855.
 34. Wittels EH, Thompson S. Obstructive sleep apnea and obesity. *Otolaryngol Clin North Am* 1990;23: 751-760.
 35. Dietz WH. Childhood obesity: susceptibility, cause, and management. *J Pediatr* 1983;103:676-686.
 36. Stunkard AJ. Conservative treatments for obesity. *Am J Clin Nutr* 1987;45:1142-1154.
 37. NIH Technology Assessment Conference Panel. Methods for voluntary weight loss and control: 38. Technology Assessment Conference Statement. *Ann Intern Med* 1993;1

- 19:764-770.
39. Wadden TA., Treatment of obesity by moderate and severe caloric restriction: results of clinical research trials. *Ann Intern Med* 1993; 1 19:688-693.
 40. National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity. Very low-calorie diets. *JAMA* 1993;270:967-974.
 41. Wadden TA, Syernberg JA, Letizia KA, et al. Treatment of obesity by very low caloric diet, behavior therapy, and their combination: a five-year perspective. *Int J Obesity* 1989;13(Suppl 2):39-46.
 42. Karvetti RL, Hakala P. A seven year follow up of a weight reduction programme in Finnish primary health care. *Eur J Clin Nutr* 1992;46:743-752.
 43. Perri MG, McAllister DA, Gange JJ, et al. Effects of four maintenance programs on the long-term management of obesity. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:529-534.
 44. Ginsberg-Fellner F, Knittle JL. Weight-reduction in young obese children. 1. Effects on adipose tissue cellularity and metabolism. *Pediatr Res* 1981;15:1381-1389.
 45. Nuutinen O, Knip M. Long-term weight control in obese children: persistence of treatment outcome and metabolic changes. *Int J Obesity* 1992;16:279-287.
 46. Holden J, Darga LL, Olson SM, et al. Long-term follow-up of patients attending a combination verylow caloric diet and behavior therapy weight loss programme. *Int J Obesity* 1992;16:605-613.
 47. Hakala P, Karvetti RL, Ronnema T. Group vs. individual weight reduction programmes in the treatment of severe obesity-a five year follow-up study. *Int J Obesity* 1993;17:97-102.
 48. Wing RR. Behavioral treatment of severe obesity. *Am J Clin Nutr* 1992;55(Suppl 2):545s-551s.
 49. Epstein LH, McCurley J, Wing RR, et al. Five year follow-up of family-based behavioral treatments for childhood obesity. *J Clin Consult Psychol* 1990;58:661-664.
 50. Epstein LH, Valoski A, Wing RR, et al. Ten-year follow-up of behavioral, family-based, treatment for obese children. *JAMA* 1990;264:2519-2523.
 51. King AC, Tribble DL. The role of exercise in weight regulation in nonathletes. *Sports Med* 1991;11: 331-349.
 52. Blair SN. Evidence for success of exercise in weight loss and control. *Ann Intern Med* 1993;119:702-706.
 53. Sweeney ME, Hill JO, Heller PA, et al. Severe vs. moderate energy restriction with and without exercise in the treatment of obesity: efficiency of weight loss. *Am J Clin Nutr* 1993;57:127-134.
 54. Epstein LH, Wing RR, Koeske R, et al. The effects of diet plus exercise on weight change in parents and children. *J Consult Clin Psychol* 1984;52:429-437.
 55. Epstein LH, Wing RR, Penner BC, et al. Effect of diet and controlled exercise on weight loss in obese children. *J Pediatr* 1985;107:358-361.
 56. Reybrouck T, Vinckx J, Van den Berghe G, et al. Exercise therapy and hypocaloric diet in the treatment of obese children and adolescents. *Acta Paediatr Scand* 1990;79:84-89.
 57. Pavlou KN, Krey S, Steffee WP. Exercise as an adjunct to weight loss and maintenance in moderately obese subjects. *Am J Clin Nutr* 1989;49:1115-1123.
 58. Sikand G, Kondo A, Foreyt JP, et al. Two year follow-up of patients treated with a very low caloric diet and exercise training. *J Am Diet Assoc* 1988;88:487-488.
 59. Bray GA. Use and abuse of appetite-suppressant drugs in the treatment of obesity. *Ann Intern Med* 1993;119:707-713.
 60. Goldstein DJ, Rampey AH, Enas GG, et al. Fluoxetine: a randomized clinical trial in

- the treatment of obesity. *Int J Obesity* 1994;18:129-135.
61. Toubro S, Astrup AV, Breum L, et al. Safety and efficacy of long-term treatment with ephedrine, caffeine and an ephedrine/caffeine mixture. *Int J Obesity* 1993;17(Suppl 1):S69-S72.
 62. Weintraub M, Sundaesan PR, Schuster B, et al. Long-term weight control study: I-VII. *Clin Pharmacol Ther* 1992;51:581-646.
 63. Gray DS, Fujioka K, Devine W, et al. Fluoxetine treatment of the obese diabetic. *Int J Obesity* 1992;16:193-198.
 64. Darga LL, Carroll-Michals L, Botsford SJ, et al. Fluoxetine's effect on weight loss in obese subjects. *Am J Clin Nutr* 1991;54:321-325.
 65. Levine LR, Enas GG, Thompson WL, et al. Use of fluoxetine, a selective serotonin-uptake inhibitor, in the treatment of obesity: a dose-response study. *Int J Obesity* 1989;13:635-645.
 66. Guy-Grand B, Crepaldi G, Lefebvre P, et al. International trial of long-term dexfenfluramine in obesity. *Lancet* 1989;2:1142-1145.
 67. Enzi G, Crepaldi G, Inelma EM, et al. Efficacy and safety of dexfenfluramine in obese patients: multicentre study. *Clin Neuropharmacol* 1988;11(Suppl 1):S173-S178.
 68. Weintraub M, Hasday JD, Mushlin AI, et al. A double-blind clinical trial in weight control: use of fenfluramine and phentermine alone and in combination. *Arch Intern Med* 1984;144:1143-1148.
 69. Mathus-Vliegen EM, Van De Voore K, KokAM, et al. Dexfenfluramine in the treatment of severe obesity : a placebo-controlled investigation of the effects on weight loss, cardiovascular risk factors, food intake and eating behavior. *J Intern Med* 1992;232:119-127.
 70. Andersen T, Astrup A, Quaade F. Dexfenfluramine as adjuvant to a low-calorie formula diet in the treatment of obesity: a randomized clinical trial. *Int J Obesity* 1992;16:35-40.
 71. MacLean LD, Rhode BM, Sampalis J, et al. Results of the surgical treatment of obesity. *Am J Surg* 1993;165:155-162.
 72. MacGregor AM, Rand CS. Gastric surgery in morbid obesity: outcome in patients aged 55 years and older. *Arch Surg* 1993;128:1153-1157.
 73. Mason EE, et al. Impact of vertical banded gastroplasty on mortality from obesity [abstract]. *Obes Surg* 1991;1:115.
 74. Kramer FM, Stunkard AJ, Spiegel TA, et al. Limited weight losses with a gastric balloon. *Arch Intern Med* 1989; 149:411-413.
 75. Meshkinpour H, Hsu D, Farivar S. Effects of gastric bubble as a weight reduction device: a controlled, cross-over study. *Gastroenterology* 1988;95:589-592.
 76. Benjamin SR, Maher KA, Cattau EL, et al. Double blind controlled trial of the Gare-Edwards gastric bubble: an adjunctive treatment for exogenous obesity. *Gastroenterology* 1988;95:581-588.
 77. Lindor KD, Hughes RW, Ilstrup DM, et al. Intra-gastric balloons in comparison with standard therapy for obesity: a randomised, double blind trial. *Mayo Clin Proc* 1987;62:992-996.

Tamizaje de la Hipertensión Arterial

1. Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The sixth report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. NIH Publication. November 1997

2. Instituto de Seguros Sociales, Profamilia. Encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con enfermedades de transmisión sexual, enfermedades cardiovasculares, cáncer y accidentes. Tomo V. Bogotá, 1.994.
3. Suárez MA, López C. Factores de Riesgo Cardiovascular. San Juan de Pasto, archipelago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Colombia. Santa Fe de Bogotá, Septiembre de 1.994.
4. Stamler J. Blood pressure and high blood pressure : aspects of risk. *Hypertension* 1.991 ;18(suppl I) :I-95 - I-107.
5. Flack JM, Neaton J, Grimm R Jr, et al., for the Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. Blood pressure and mortality among men with prior myocardial infarction. *Circulation* 1995 ;92 :2437-2445
6. Levy D, Larson MG, Vasan RS, Kannel WB, Ho KKL. The progresion from hypertension to congestive heart failure. *JAMA* 1996 ;275 :1557-1552
7. Brown RD Jr, Whisnant JP, O'Fallon WM, Wiebers DO. Stroke incidence, prevalence and survival : secular trends in Rochester, Minnesota through 1986. *Stroke* 1996 ;27 :373-380
8. Neaton JD, Wentworth D, for the Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. Serum cholesterol, blood pressure, cigarette smoking, and death from coronary heart disease : overall findings and differences by age for 316.099 white men. *Arch Intern Med* 1992 ;152 :56-64
9. Fried LP, Kronmal RA, Newman AB, et al. Risk factors for 5-year mortality in older adults. The Cardiovascular Health Study. *JAMA*. 1988;279:585-592
10. República de Colombia. Ministerio de Salud. La carga de la enfermedad en Colombia. Editorial Carrera Séptima. Santa Fe de Bogotá, 1994.
11. Tiftt CP. Are the days of the sphygmomanometer past ? *Arch Intern Med* 1988 ;148 :518-519 Perloff D, Grim C, Flack J, et al.. Human blood pressure determination by sphygmomanometry. *Am J Hypertens* 1992 ;5 :207-209
12. American Society of Hypertension. Recomendations for routine blood pressure measurement by indirect cuff sphygnomanometry. Office of Scientific Affairs, american Heart Association. *Circulation* 1993 ;88 :2460-2470
13. US Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services : report of the U.S. Preventive Services Task Force. Second Edition. William & Wilkins. 1996
14. Hansson L. Current and future strategies in the treatment of hypertension. *Am J Cardiol* 1988 ;61 :2C-7C
15. Veterans Administration Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents. Effects of treatment on morbidity in hipertension : results in patients with diastolic pressures averaging 115 through 129 mm Hg. *JAMA* 1967 ;202 :1028-1034
16. Veterans Administration Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents. Effects of treatment on morbidity in hipertension. II. Results in patients with diastolic pressures averaging 90 through 114 mm Hg. *JAMA* 1970 ;213 :1143-1152
17. Veterans Administration Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents. Effects of treatment on morbidity in hipertension. III. Influence of age, diastolic pressure, and prior cardiovascular disease : further analysis of side effects. *Circulation* 1972 ;45 :991-1004
18. Wolf FW, Lindeman RD. Effects of treatment in hypertension :results of a controlled study. *J Chronic Dis* 1966 ;19 :227-240
19. Hypertension Detection and Follow-Up Program Coopertaive Group. Five-year

- findings of the Hypertension Detection and Follow-Up Program. I. Reduction in mortality of persons with high blood pressure, including mild hypertension. *JAMA* 1979 ;242 :2562-2572
20. SHEP Cooperative Research Group. Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension : final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). *JAMA* 1991 ;265 :3255-64
 22. Insua JT, Sacks HS, Laud T-S, et al. Drug treatment of hypertension in elderly : a metanalysis. *Ann Intern Med* 1994 ;121 :355-362
 23. Mulrow CD, Cornell JA, Herrera CR, et al. Hypertension in the elderly : implications and generalizability of randomized trials. *JAMA* 1994 ;272 :1932-1938
 24. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian guide to clinical preventive health care. Ottawa : Canada Communication Group, 1994 :636-648,944-951
 25. GPC, Hipertensión Arterial, Convenio ISS ASCOFAME, Santafé de Bogotá, 1997.

Salud Oral

Ver referencias Mantenimiento de Salud en la Niñez

Tamizaje para Hipercolesterolemia

1. National Cholesterol Education Program. Second report of the Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel II). *JAMA* 1993 ;269(23) : 3015-3023
2. Reed DM, MacLean CJ, Hayashi T. Predictors of atherosclerosis in the Honolulu Heart Program: I. Biologic, dietary and lifestyle characteristics. *Am J Epidemiol* 1987; 126: 214-225
3. Consensus Development Conference: Lowering blood cholesterol to prevent heart disease. *JAMA* 1985;253: 2080-2086
4. Stein JH, McBride PE. Benefits of cholesterol screening and therapy for primary prevention of cardiovascular disease: A new paradigm. *J Am Board Fam Pract*, 1998; 11(1):72-77
5. Estudio Nacional de Salud. Colesterol y ácido úrico en Colombia. Instituto nacional de Salud. Bogotá. 1986
6. La Rosa JC, Hunninghake D, Bush D, et al. The cholesterol facts. A joint statement by the American Heart Association and the National Heart, Lung, and Blood Institute. *Circulation* 1990; 81:1721- 1733.
7. Neaton JD, Wentworth D, for the Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. Serum cholesterol, blood pressure, cigarette smoking, and death from coronary heart disease. Overall findings and differences by age for 316,099 white men. *Arch Intern Med* 1992 ;152 :56-64
8. Anderson KM, Castelli WP, Levy D. Cholesterol and mortality : 30 years of follow-up from the Framingham Study. *JAMA* 1987 ;257 :2176-2180
9. Davis CE, Rifkind BM, Brenner H, et al. A single cholesterol measurement underestimates the risk of coronary heart disease. *JAMA* 1991 ;264 :3044-3046
10. Stensvold I, Tverdal A, Urdal P, Graff-Iversen S. Non-fasting serum triglyceride concentration and mortality from coronary heart disease and any cause in middle aged Norwegian women. *BMJ* 1993 ;307 :1318-1322
11. Bass KM, Newschaffer CJ, Klag MJ, Bush TL. Plasma lipoprotein levels as predictors of cardiovascular death in women. *Arch Intern Med* 1993;153:2209-2216.
12. Manolio TA, Pearson TA, Wenger NK, et al. Cholesterol and heart disease in older

- persons and women: review of an NHLBI workshop. *Ann Epidemiol* 1992;2:161-176.
13. Castelli WP, Garrison RJ, Wilson PW, et al. Incidence of coronary heart disease and lipoprotein cholesterol levels: the Framingham Study. *JAMA* 1986;256:2835-2838.
 14. Gordon DJ, Probstfield JL, Garrison RJ, et al. High-density lipoprotein cholesterol and cardiovascular disease: four prospective American studies. *Circulation* 1989;79:8-15.
 15. Austin MA, Hokanson JE, Edwards KL. Hypertriglyceridemia as a cardiovascular risk factor. *Am J Cardiol* 1998 ;81(4A) :7B-12B
 16. Tenkanen L, Pietilä K, Manninen V. The triglyceride issue revisited. *Arch Intern Med* 1994; 154: 2714-2720
 17. Cooper GR, Myers GL, Smith SJ, et al. Blood lipid measurements. Variations and practical utility. *JAMA* 1992;267:1652-1660.
 18. Laboratory Standardization Panel, National Cholesterol Education Program. Recommendations for improving cholesterol measurement. Bethesda: National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute, 1990. (NIH Publication no. 90-2964.)
 19. Hong MK, Mintz GS, Popma JJ, et al. Limitations of angiography for analyzing coronary atherosclerosis progression or regression. *Ann Intern Med* 1994;121:348-354.
 20. Brown BG, Zhao XQ, Sacco DE, Albers JJ. Lipid lowering and plaque progression. New insights into prevention of plaque disruption and clinical events in coronary disease. *Circulation* 1993; 87: 1781-1791.
 21. Rossouw JE. The effects of lowering serum cholesterol on coronary heart disease risk. *Med Clin North Am* 1994;78:181-195.
 22. Law M, Thompson S, Wald N. Assessing possible hazards of reducing serum cholesterol. *BMJ* 1994;308:373-379.
 23. Imperial Cancer Research Fund OXCHECK Study Group. Effectiveness of health checks conducted by nurses in primary care: final results of the OXCHECK study. *BMJ* 1995;310:1099-1104.
 24. Family Heart Study Group. Randomised controlled trial evaluating cardiovascular screening and intervention in general practice: principal results of British family heart study. *BMJ* 1994;308:313-320.
 25. Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Lancet* 1994;344:1383-1389.
 26. Heady JA, Morris JN, Oliver MF. WHO clofibrate/cholesterol trial: clarifications. *Lancet* 1992; 340: 1405-1406.
 27. Frick MH, Elo O, Haapa K et al. Helsinki Heart Study: primary prevention trial with gemfibrozil in middle-aged men with dyslipidemia. Safety of treatment, changes in risk factors, and incidence of coronary heart disease. *N Engl J Med* 1987;317:1237-1245.
 28. The Lipid Research Clinics Coronary Primary Prevention Trial Results. I. Reduction in incidence of coronary heart disease. *JAMA* 1984;251:351-364.
 29. Law MR, Wald NJ, Thompson SG. By how much and how quickly does reduction in serum cholesterol lower risk of ischemic heart disease? *BMJ* 1994;308:367-373.
 30. Davey Smith G, Song F, Sheldon TA. Cholesterol lowering and mortality: the importance of considering initial level of risk. *BMJ* 1993;306:1367-1373.
 31. Yusuf S, Wittes J, Friedman L. Overview of results of randomized clinical trials in heart disease. II. Unstable angina, heart failure, primary prevention with aspirin and risk factor modification. *JAMA* 1988;260:2259-2263.

32. Muldoon MF, Manuck SB, Matthews KA. Lowering cholesterol concentrations and mortality: a quantitative review of primary prevention trials. *BMJ* 1990;301:309-314.
33. Ravnskov U. Cholesterol lowering trials in coronary heart disease: frequency of citation and outcome. *BMJ* 1992;305:15-19.
34. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian guide to clinical preventive health care. Ottawa: Canada Communication Group, 1994:649-669.
35. Gould AL, Roussow JE, Santanello NC, Heyse JF, Furberg CD. Cholesterol reduction yields clinical benefit. A new look at old data. *Circulation*, 1995; 91: 2274-2282
36. Buchwald H., Campos CT, Boen JR, Williams SE, Lau J, Chalmers TC. Gender-based mortality follow-up from the program on the surgical control of the hyperlipidemias (POSCH) and meta-analysis of lipid intervention trials. Women in POSCH and other lipid trials. *Ann Surg*, 1996; 224(4):486-500.
37. Atkins D, Psaty BM, Koepsell TD, et al. Cholesterol reduction and the risk for stroke in men. A meta-analysis of randomized, control trials. *Ann Intern Med*. 1.993;119:136-145
38. US Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services : report of the U.S. Preventive Services Task Force. Second Edition. William & Wilkins. 1996

QUIMIOPROFILAXIS

Profilaxis para defectos del tubo neural

1. Flood T, Brewster M, Harris J, et.al. Spina bifida incidence at birth. United States, 1.983-1.990. *MMWR* 1.992; 41: 497-500.
2. Windham EC, Edmonds LD. Current trends in the incidence of neural tube defects. *Pediatrics* 1.982; 70: 333-337.
3. Ventura SJ, Martin JA, Taffel SM, et. Al. Advance report of final natality statistics, 1.992. Monthly vital statistical reports; vol 43; No. 5 (suppl.). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 1.994.
4. Cragan JD, Roberts HE, Edmonds LD, et. Al. Surveillance for anencephaly and spina beifida and the impact of prenatal diagnosis. United States, 1.985 – 1.994. *MMWR* 1.995; 44 (55-4): 1-13.
5. Macri JN. Critical issues in prenatal maternal serum alpha-fetoprotein screening for genetic anomalies. *Am J. Obstet. Gynecol* 1.986; 155: 240-246.
6. Campbell TL. Maternal serum alpha-fetoprotein screening: benefits, risks ando cost. *J Fam Pract* 7. 1.987; 25:461-467.
8. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *Can Med Assoc. J*, Volume 151 (2) Ju
9. Watson WJ, Chescheir NC, Katz VL et. Al: The role of ultrasound in evaluation of patients with elevated maternal serum alpha-fetoprotein: a review. *Obstet Gynecol* 1.991; 78: 123-128.
10. Nadel AS, Green JK, Holmes LB et. al: Absence of need for amniocentesis in patients with elevated levels of maternal serum alpha-fetoprotein and normal ultrasonographic examinations. *N Eng J Med* 1.990; 323: 557-561.
11. Tossi LL, Detsky AS, Roye DP et al: When does mass screen for open neural tube defects in low-risk pregnancies result in cost savings? *Can Med Assoc* 1.987; 136: 255-265.
12. Sadovanick AD, Baird PA: A cost-benefit analysis of a population screening programme

- for neural tube defects. *Prenat Diagn* 1983; 3: 117-126.
13. Guide to Clinical Preventive Services. Report of the U.S. Preventive Services Task Force. Second Edition. William & Wilkins, Baltimore, 1996; 467-483.
 14. Kirke P, Daly L, Elwood H.A. randomised trial of low dose folic acid to prevent neural tube defects. *Arch Dis Child* 1992; 67: 1.442-1.446.

CONSEJERÍA

Consejería para disminuir el uso del tabaco

Ver referencias Mantenimiento de Salud en la Adolescencia

Consejería para disminuir el uso del alcohol

Ver referencias Mantenimiento de Salud en la Adolescencia

Consejería Para Evitar Consumo De Drogas

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
2. Trachtenberg AI, Fleming ME. Diagnosis and treatment of drug abuse in family practice. American 3. Family Physician monograph, Summer 1994. Kansas City, MO: American Academy of Family Physicians, 1994.
4. Skinner HA. The drug abuse screening test. *Addict Behav* 1982;7:363-371.
5. Catlin D, Cowan D, Donike M, et al. Testing urine for drugs. *Clin Chim Acta* 1992;207:S13-S26.
6. Armbruster DA, Schwarzzoff RH, Hubster EC, Liscio MK. Enzyme immunoassay, kinetic microparticle immunoassay, radioimmunoassay, and fluorescence polarization immunoassay compared for drugs of-abuse screening. *Clin Chem* 1993;39:2137-2142.
7. ElSohly HN, ElSohly MA. Poppy seed ingestion and opiates urinalysis: a closer look. *J Anal Toxicol* 1990;14:308-310.
8. Ostrea EM, Brady M, Gause S, et al. Drug screening of newborns by meconium analysis: a large- scale, prospective epidemiologic study. *Pediatrics* 1992;89:107-113.
9. Callahan CM, Grant TM, Phipps P, et al. Measurement of gestational cocaine exposure: sensitivity of infants' hair, meconium, and urine. *J Pediatr* 1992; 120:763-768.
10. Merrick JC. Maternal substance abuse during pregnancy. Policy implications in the United States. *J Legal Med* 1993;14:57-71.
11. Rosenstock L. Routine urine testing for evidence of drug abuse in workers: the scientific, ethical, and legal reasons not to do it. *J Gen Intern Med* 1987;2:135~137.
12. Gerstein DR, Harwood HJ, eds. Treating drug problems. Committee for the Substance Abuse Coverag Study, Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press, 1990.
13. Gunne LM, Gronbladh L. The Swedish methadone maintenance program: a controlled study. *Drug Alcohol Depend* 1981;7:249-256.

Tamizaje de Violencia Familiar

1. McAfee RE. Physicians and domestic violence: can we make a difference? *JAMA* 1995;273:1790-1791.

2. Van Hasselt VB, Morrison RL, Rellack AS, et al, eds. Handbook of family violence. New York: Plenum Press, 1988.
3. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian guide to clinical preventive health care. Ottawa: Canada Communication Group, 1994:320-332.
4. Dubowitz H. Pediatrician's role in preventing child maltreatment. *Pediatr Clin North Am* 1990;37:989-1001.
5. Green M, ed. Bright Futures: guidelines for health supervision of infants, children and adolescents. Arlington VA: National Center for Education in Maternal and Child Health, 1994.
6. Johnson CF. Inflicted injury versus accidental injury. *Pediatr Clin North Am* 1990;37:791-814.
7. Bays J, Chadwick D. Medical diagnosis of the sexually abused child. *Child Abuse Neglect* 1993;17: 91-110.
8. Friedman LS, Samet JH, Roberts MS, Hudlin M, Hans P. Inquiry about victimization experiences: a survey of patient preferences and physician practices. *Arch Intern Med* 1992;152:1186-1190.
9. Sugg NK, Inui T. Primary care physicians' response to domestic violence: opening Pandora's box. *JAMA* 1992;267:3157-3160.
10. McLeer SV, Anwar RAH. The role of the emergency physician in the prevention of domestic violence. *Ann Emerg Med* 1987;16:1155-1161.
11. McFarlane J, Parker B, Soeken K, Bullock L. Assessing for abuse during pregnancy: severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA* 1992;267:3176-3178.
12. Norton LB, Peipert JF, Zieler S, et al. Battering in pregnancy: an assessment of two screening methods. *Obstet Gynecol* 1995;85:321-325.
13. Dubowitz H. Costs and effectiveness of interventions in child maltreatment. *Child Abuse Neglect* 1990; 14:177-186.
14. Jones DPH. The untreatable family. *Child Abuse Neglect* 1987;1 1:409-420.
15. Straus MA, Gelles RJ. Physical violence in American families. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers, 1990.
16. Campbell J, Fishwick N. Abuse of female partners. In: Campbell J, Humphreys J, eds. Nursing care of victims of family violence. St. Louis: CV Mosby, 1993.
17. Bergman BK, Larsson GE, Brismar BG, Klang ME. Battered women-their susceptibility to treatment. *Scand J Soc Med* 1988;16:155-160.
18. Palmer SE, Brown RA, Barrera ME. Group treatment program for abusive husbands: long-term evaluation. *Am J Orthopsychiatry* 1992;62:276-283.
19. Lachs MS, Pillemer K. Abuse and neglect of elderly persons. *N Engl J Med* 1995;332:437-443.

TAMIZAJE SICOSOCIAL

SopORTE SICOSOCIAL, Escala de Holmes y Rahe

1. Wilson L, Reid A, Midmer D, Biringer A, Carrol J, Stewart D. Antenatal Psychosocial risk factors associated with diverse postpartum family outcomes: Systematic Review. *Can Med. Assoc J. Volume* 154(6) March 15, 1996 ps. 785-799
2. Arias L, Alarcón M. Medicina Familiar en la Práctica. Editorial Catorce, Cali, Colombia, p53.
3. Stewart Helton A: Protocol of Care for the Battered Woman: Prevention of Battering During Pregnancy, March of Dimes Birth Defects Foundation, New York, 1987.

4. Potcat GM, Grossnickle WF, Cope JG et al: Psychometric properties of the Wife Abuse inventory. *J Clin Psychol* 1990; 46:828-834.
5. Bland R, Orn H.: Family violence and psychiatric disorder. *Can J Psychiatry* 1988; 31: 129-137.
6. O'hara MW, Neunaber DJ, Zekowski EM. Prospective study of postpartum depression: relevance, course and predictive factors. *J Abnorm Psychol* 1984; 93:158-171.
7. Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH et al: Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57:269-274.
8. Beautrais AL, Fergusson DM, Shannon FT: Life events and childhood morbidity: a prospective study. *Pediatrics* 1982; 70: 935-940.
9. Aogaard J, Husfeldt P, Husfeldt V: Social factors and life events as predictors for children's health: a one year prospective study within a general practice. *Acta Paediatr. Scand* 1983; 72:275-281.
10. Holmes TH, Rahe RHJ. Eventos sucedidos en el último año. *Psychosomat Res.* 1967, 11:213-218.

Familiograma

1. Arias C, L., Alarcón M. *Medicina Familiar en la Práctica*. CATORSE Editores, Cali, Colombia, 1.997, ps. 111-123

Este capítulo incluye bibliografía extensa acerca del Familiograma

APGAR FAMILIAR

1. Arias L, Herrera J. El APGAR Familiar en el cuidado primario de la salud. *Colombia Med.* 1994; 25:26-28.
2. Richarson HB. *Patients have families*. New York, Commonwealth Fund., 1945.
3. Engel GL. The clinical application of the psychosocial model. *Am J Psychology* 1980; 137:535-544.
4. Smilkstein G. The physician and family function assessment. *Fam Systems Med* 1984; 2:263- 278.
5. Apgar V. A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. *Current Res Anesth and Analges.* 1953; 32:260-267.
6. Arias L, Montero J, Castellanos J. El APGAR Familiar Módulo 15 del libro de *Medicina Familiar*, Ministerio de Salud. Santa fé de Bogotá, Editorial Maldonado, 1995.
7. Pless BB, Salterwhite B. A measure of family functioning and application. *Soc. Sci Med*, 1973;7:613.
8. Good, MJD, Smilkstein G, Good BJ et al. The Family APGAR index: a study of construct validity. *J Fam Pract*, 1979, 8:55.
9. Smilkstein G, Asworth C, Montano D. Validity and reliability of the 4 Family APGAR as a test of family function. *J. Fam Pract* 1982;15:303-311.
10. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med* 1976; 3:300-314.
11. Rambsey C. The relationship between family functioning, life events, family structure, and the outcome of pregnancy. *J. Fam Pract* 1986; 22: 521-525.
12. Herrera J, Gonzalez M. El ambiente psicosocial y las complicaciones obstétricas. *Colombia Med.* 1987; 18:55-61.
13. Herrera J, Alvarado J, Martínez J, The psychosocial environment and the cellular immunity in the pregnant patient. *Stress Med.* 1988; 4:49-57.
14. Herrera J, Hurtado H, Cáceres D. Antepartum biopsychosocial risk and perinatal outcome. *Fam Pract Res J* 1992; 12:391-399.

15. Herrera J, Hurtado H, Cáceres D. Prevención de complicaciones perinatales: una aplicación del modelo biosicosocial. *Avances Med Soc* 1992; 28-32
16. Herrera J, Vallejo M, Palacios I. Disfunción familiar en el embarazo y depresión post parto. *Avances Med Soc* 1993; 3:55-58.
17. Smilkstein G, Hetsper A, Asworth C et al. Prediction of pregnancy complications: an applications of biosychosocial model. *Soc. Sci. Med* 1984; 18: 315-321.
18. Nuckolls K, Cassel J, Kaplan B. Psychosocial assets, life crisis and the prognosis of pregnancy. *Am. J. Epidemiol* 1972; 95:431-441.
19. Obayuduana A, Carter A, Barnet R. Psychosocial distress and pregnancy outcome. A three - year prospective study. *J Psychosom Obstet Ginecol* 1984; 3: 173-183.
20. Newton R, Webster P, Binn P. Psychosocial stress in pregnancy and ist relation to the onset of premature labor. *Br Med J* 1979; 2:411-413.
21. Abell T, Baker L, Clover R. et al . The effects of family functioning on infant birth-weight. *J Fam Pract* 1991; 32:37-44.
22. Meyer R, Haggerty R. Streptococcal infection in families. *Pediatrics* 1962;29:539-549.
23. Clover R, Abell T, Becker L, et al Family funtioning and stress as predictors of influenza B infection. *J Fam Pract* 1989; 28:535-539.
24. Herrera J, Herrera S, Arévalo M, Stress and lambliasis in patients swith respiratory allergic disease. *Stress Med* 1992; 8:105 - 110.
25. Magallanes J, Vaca A, Arias L, Herrera J, Prácticas de salud y su relación con las características sociofamiliares de estudiantes de medicina. Universidad del Valle, Cali, Colombia, 1994. *Colombia Med.* 1995; 26: 132-140.
26. Valencia C, Rojas O, Arias L. Desajuste emocional y funcionalidad familiar en pacientes mastectomizados Colombia *Med* 1994; 25: 91-96.

CONSEJERÍA

1. Como organizar una práctica para el desarrollo y el servicio de la medicina preventiva. Breslow L, Somer A.
2. Ministerio de Salud de Colombia. "Promoción y Prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud" Santafé de Bogotá 1996. Pgs 229-243.
3. Ministerio de Salud de Colombia. "Plan de Atención Básica del Sistema General de Seguridad Social en Salud" Santafé de Bogotá 1996. Pgs 279-295.
4. Lichtenstein EL, Glasgolo RE. Smoking cessation: what have we learned over the past decade? *J Consult Clin Psychol* 1992;60:518-527.
5. Kotteke TE, Battista RN, DeFriese GH, et al. Attributes of successful smoking cessation intervention in clinical practice: a meta-analysis of 42 controlled trials. *JAMA* 1988;259:2882-2889.
6. Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addicton* 1993;88:315-336.
7. King AC, Blair SN, Bild DE, et al. Determinants of physical activity and interventions in adults. *J Med Sci Sports Exerc* 1988;24 (Suppl 6); S221-S236.
8. Roter D. Which facets of communication have strong effect on outcome: a meta-analysis. In: Stewart M, Roter D, eds. *Communicating with medical patients.* Newbury Park. CA: Sage Publications.1989.
9. Mullen PD, Laville E, Biddle AK, et al. Efficacy of psychoeducational interventions on pain, depression, and disability with arthritic adults: a meta-analysis. *J Rheumatol* 1987;14:33-39.
10. Padgett D, Mumford F, Hynes M, et al. Meta-analysis of the effects of educational and psychosocial in terventions in the management of diabetes mellitus. *J Clin Epidemiol* 1988 1988;41:1007-1030.

11. Brown SA. Studies of educational interventions and outcomes in diabetic adults: a meta-analysis revised. *Patien Educ Counsel* 1990;16:189-215.
12. Blandura A. Self-efficacy mechanism: psychobiologic functioning. In: Schwarzer R, ed. *Self-efficacy:thought control of action*. Washington, DC; Hemisphere Publishing Corporation, 1992.
13. Tabak ER, Mullen PD, Simons-Morton DG, et al. Definition and yield of inclusion criteria for a meta-analysis of patient education studies in clinical preventive services. *Eval Health Prof* 1991;14:388-411.
14. Mullen PD, Simons-Morton DG, Ramirez G, et al. A meta-analysis of studies evaluating patient education for three groups of preventive behaviors. Presented at Prevention '93. St. Louis, MO, April 7-20, 1993.
15. Van Elderen-van Kemenade T, Maes S, van den Broek Y. Effects of a health education programme with telephone follow-up during cardiac rehabilitation. *Br J Clin Psychol* 1994;33:367-378.
16. Department of Health and Human Services. Public Health Service, Office of Disease Prevention and Health Promotion. "Put Prevention into Practice" education and action kit. Washington, DC:Government Printing Office, 1994.
17. Woolf SH, Jonas S, Lawrence RS, eds. *Health promotion and disease prevention in clinical practice*. Baltimore:Williams & Wilkins, 1995.

Tamizaje cáncer colorectal

1. Wingo PA, Tong T, Bolden S. Cancer statistics. *CA Cancer*1995: 45:8-30
2. Winawer SJ, Shike M. Prevention nad control of colorectal cancer in Greenwald P, Kramer BS, Weed AL, Eds. *Cancer intervention an control*. New York: Marcel Decker,1995:537-559.
3. Mandel JS, Bund JH, Church TR, et al. Mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. *N Engl J Med* 1993; 328:365-1371.
4. Winawer SJ, Flehinger BJ, Schottenfeld D, Miller DG. Screening for colorectal cancer with fecal occult blood testing and sigmoidoscopy. *J Nar Cancer Inst* 1993; 85:1311-1318.
5. Kewenter J, Asztely M, Engaras B, Haglind E. Svanvik J, Ahren C. A randomised trial of faecal occult blood testing for early detection of colorectal cancer: results of screening and rescreening of 51325 subjects. In :Miller AB, Chamberlain J. Dayne, Hakama M. Prorok PC Eds. *Cancer screening*. Cambridge, England Cambridge University Pres, 1991: 117-125.
6. Thomas WN, PyE G Hardcastle JA, Walker AR. Screening for colorectal carcinoma: Analysis of the sensitivity of Haemocult. *Br J Surg* 1992; 79: 833-835.
7. Ahiquist DA, Wieland HS, Muertel CG, et al. Accuracy of fecal occult blood screening for colorectal neoplasia: A prospective study using haemocult and haemoquant test. *JAMA* 1993. 269: 1262-1267.
8. St John DJB, Young GP, McHutchison JG, Deacon MC, Alexeyeff MA. Commparision of the specificity an sensitivity of haemocult and haemoquant in screening for colorectal menopausia. *Ann Intern Med* 1992. 117:376-382.
9. Winnever J, Korbering J. Colorectal cancer and Haemocult. A study of ist value in mass screening using meta-analysis. *Int J Colon Dis* 1987. 2:223-228.
10. Bang KM, Tillet S, Hoak SK, et al. Sensitivity of fecal haemocult testing and flexible sigmoidoscopy for colorectal cancer screening. *J Occup Med* 1986. 28:709-713.
11. Wimawer SJ, Schottenfela D, Flerting BJ.Persson AV, Monson DO, et al. Changing patterns of colorectal carcinoma. *Cancer* 1974: 33: 422-426.
12. Eddy DM, Ferioli C, Amerson AS. Screening for colorectal cancer. *Ann Inter Med* 1996 (in press).

13. Cady N, Persson AV, Monson DO, et al. Changing patterns of colorectal carcinoma. *Cancer* 1974. 33:422-426.
14. Rhodes JB, Holmes FF, Clark GM. Changing distribution of primary cancers in the large bowel. *JAMA* 1979. 238:1641-1643.
15. Abrahams JS, Reines HD. Increasing incidence of right-sided lesions in colorectal cancer *Am J Surg* 1979; 137:522-526.
16. Sreene FL. Distribution of colorectal neoplasms. A left to right shift in polyes and cancer. *AM J Surg* 1983; 49:62-65.

En resumen es importante recordar que el familiograma permite graficar :

Síntomas repetitivos.

Patrones funcionales repetitivos.

Patrones funcionales repetitivos en varias generaciones.

Triángulos, coaliciones, patrones de conflicto repetidos.

Fechas coincidentes : muertes, aniversarios de separaciones que coinciden con aparición de síntomas.

Edad de aparición de síntomas.

Impacto del cambio y las transiciones del ciclo vital individual y familiar.

Familia con niños que participan en varios hogares.

El familiograma es un formato el cual a través de símbolos dibuja los componentes estructurales de la familia, es la representación gráfica de lo que se ha denominado el árbol genealógico, el cual recoge información de los miembros de la familia y sus relaciones, dibujando al menos tres generaciones; permite de manera rápida, con un golpe de vista evaluar la complejidad del sistema familiar y generar hipótesis acerca de la misma.

