



Guía 4
Guía para la prevención
de la enfermedad crónica y
mantenimiento de la salud en el
individuo sano mayor de 45 años

Jorge López
Revisor

Carlos Agudelo Calderón
Director del proyecto

Rodrigo Pardo
Coordinador

Hernando Gaitán
Coordinador

Pío Iván Gómez
Coordinador

Análida Pinilla Roa
Coordinadora

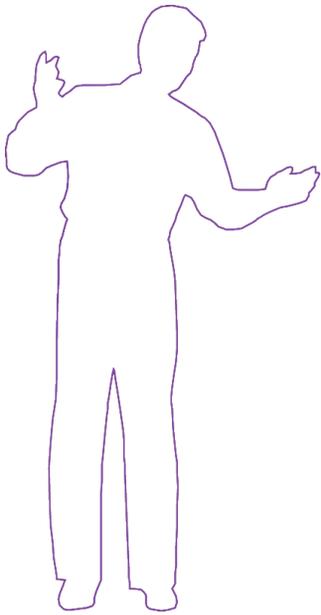
Juan Carlos Bustos
Coordinador

Claudia Liliana Sánchez
Asistente de investigación

Francy Pineda
Asistente de investigación

Lista de participantes en la socialización

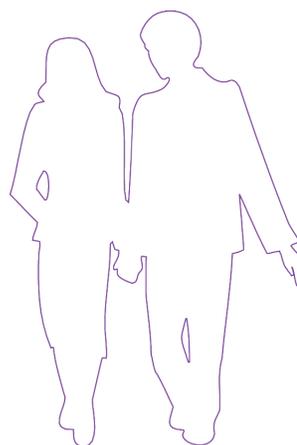
INSTITUCION	NOMBRE
Universidad Nacional	Jorge López
Universidad Nacional	Leonor Luna
Universidad Nacional	Análida Pinilla
Universidad Nacional	Claudia Sánchez
Universidad Javeriana	Gina Garzón
Universidad Javeriana	Andrés Duarte Osorio
Fuerzas Militares	Candy Gaitán Rivera
Universidad Javeriana	Aida Esperanza Escobar
Dirección Sanidad Militar	James George
Ministerio de la Protección Social	Ernesto Moreno
Salud Total ARS	Samuel Andrés Arias



Contenido

	Página
1. Introducción	161
2. Metodología	161
2.1 Tipos de actividades y procedimientos	162
3. Justificación	164
4. Epidemiología	164
5. Objetivos	165
6. Factores de riesgo	165
7. Factores protectores	166
8. Población objeto	166
9. Intervenciones	166
9.1. Ejercicio físico	166
9.2. Prevención de enfermedad cardiovascular	167
9.3. Prevención primaria de enfermedad coronaria	167
9.4. Prevención primaria de hipertensión arterial	167
9.5. Prevención primaria de obesidad	167
9.6. Prevención primaria de diabetes mellitus 2	167
9.7. Prevención primaria de osteoporosis	168
9.8 Prevención secundaria	168
9.9 Ejercicio en el mayor de 65 años	168
9.10 Alcohol	169
9.11 Tabaquismo	170
9.12 Dieta	170
9.13 Comidas densas en nutrientes	172
9.14 Cáncer de mama	173

	Página
9.15 Cérvix uterino	175
9.16 Colon y recto	176
9.17 Próstata.....	176
9.18 Osteoporosis	178
9.19 Tamizaje para enfermedad coronaria	180
9.20 Lípidos	182
9.21 Obesidad	184
10. Actividades y procedimientos generales	185
Anexos	188
Bibliografía	193
Tablas y gráficos	
Tabla 1. Criterios para incluir una condición en un programa de mantenimiento de la salud	162
Tabla 2. Grados de evidencia y niveles de recomendación de la guía clínica	163
Tabla 3. Recomendaciones basadas en una dieta de 2000 calorías (GC).....	172
Tabla 4. Factores dietéticos que de manera convincente aumentan el riesgo de cancer	173



1. Introducción

A través de este documento se pretende plantear la norma de atención de adultos colombianos, mayores de 45 años, para ser aplicada dentro del Sistema general de seguridad social en salud. Dicha Guía se basa en el desarrollo de una guía de actividades y procedimientos preventivos para las personas de este grupo de edad, la cual ha sido diseñada a partir de la consideración simultánea de aspectos demográficos y epidemiológicos poblacionales, conjuntamente con aspectos metodológicos soportados en la mejor evidencia disponible. Su aplicación sistemática debe contribuir a mejorar o a mantener las condiciones de salud de los adultos mayores de 45 años en Colombia.

2. Metodología

Selección de actividades y procedimientos:

Se utilizará la metodología empleada en la definición de actividades y procedimientos dentro de los programas de mantenimiento de la salud, entendidos como programas prospectivos en los cuales los profesionales miembros de los equipos de salud, sin dejar de lado el manejo de la enfermedad o de los problemas de salud, involucran diferentes aspectos promocionales y preventivos, relacionados con los factores biosicosociales, del ambiente, los estilos de vida y las etapas correspondientes de los ciclos de vida del individuo y la familia, para contribuir al logro del cuidado integral de la salud. Se fundamentará en la medicina basada en las mejores evidencias, en los procesos de toma de decisiones concertadas y en los aportes de la economía de la salud y otras ciencias sociales.

Para que las intervenciones sobre condiciones particulares (enfermedades o factores de riesgo) sean incluidas en un programa de mantenimiento de la salud, se requiere que cumplan criterios específicos (I) (Tabla I).

Tabla 1
Criterios para incluir una condición en un programa de mantenimiento de la salud

1. La condición debe tener un efecto significante sobre la cantidad o calidad de vida
2. Debe disponerse de métodos apropiados de tratamiento
3. La condición debe tener un periodo asintomático durante el cual su identificación conduzca a una disminución en la morbilidad y mortalidad
4. La intervención durante el periodo asintomático debe tener un resultado terapéutico superior al tratamiento una vez han aparecido signos y síntomas.
5. Debe disponerse de métodos aceptables para el diagnóstico de la condición
6. Las actividades a realizar deben tener una relación costo-beneficio

El cumplimiento de los criterios permitirá seleccionar condiciones con alta y con baja prioridad para ser incluidas. Aquellas condiciones que cumplan todos o un alto número de los criterios tendrán la prioridad más alta para ser incluidas (por ejemplo, hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer, etcétera).

2.1 Tipos de actividades y procedimientos

Incluirá actividades de tamizaje, inmunización, quimioprofilaxis y consejería, seleccionadas de acuerdo con el perfil de riesgo poblacional (actividades generales) y con el perfil de riesgo individual (actividades selectivas).

El tamizaje incluye las pruebas realizadas a poblaciones o grupos de poblaciones como primera aproximación al diagnóstico precoz. Permite clasificar a cada persona en un grupo con alta y en otro con baja probabilidad de estar afectada. Las personas que en el tamizaje tienen un resultado positivo deberán someterse a una prueba confirmatoria.

Las inmunizaciones incluyen la aplicación de biológicos (vacunas e inmunoglobulinas) a personas según su ciclo vital y su perfil de riesgo individual, con el fin de estimular una respuesta inmune activa o brindar protección pasiva.

La quimioprofilaxis se refiere a la administración de medicamentos o biológicos a personas asintomáticas, para disminuir el riesgo de presentar una enfermedad.

La consejería se refiere a aquellas actividades en las que el paciente recibe información, asesoría y acompañamiento por parte del personal de los equipos de salud, sobre estilos de vida y conductas saludables, con el objeto de disminuir el riesgo de enfermedades o alteraciones de la salud.

Una vez seleccionadas las actividades a realizar en una persona, considerando su ciclo vital y su perfil de riesgo individual, se elaborará una “Carta de mantenimiento de la salud”, la cual se incluirá en la historia clínica respectiva.

Las cartas de mantenimiento de la salud de adultos, para personas sin otros factores de riesgo, además de los inherentes a su ciclo vital, se anexan al final de este documento.

Actualmente se acepta, según los Task Force, que el examen periódico de salud dirigido de manera específica para prevenir, detectar y controlar ciertas condiciones o factores de riesgo según la edad, el género y grupos de alto riesgo, probablemente es mucho más efectivo que los exámenes de rutina anuales (1).

En la Tabla 2 se presentan los grados de evidencia y niveles de recomendación seguidos en esta guía.

Tabla 2
Grados de evidencia y niveles de recomendación de la guía clínica

GRADO DE RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	TIPO DE ESTUDIO
A	1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos controlados ¹ (homogéneos entre sí)
	1B	Ensayos clínicos controlados (con intervalo de confianza estrecho)
B	2a	Revisión sistemática de estudios de cohorte (homogéneos entre sí)
	2B	Estudio individual de cohortes/ eca individual de baja calidad
	3A	Revisión sistemática de casos y controles (homogéneos entre sí)
	3B	Estudio individual de casos y controles
C	4	Serie de casos, estudios de cohorte / casos y controles de baja calidad
D	5	Opiniones de expertos basados en revisión no sistemática de resultados o esquemas fisiopatológicos.

Fuente: (Wright TC Jr, Cox JT, Massad LS, Carlson J, Twigg LB, & Wilkinson EJ2003)

Fuentes de búsqueda: Medline, OVID, BIREME, USPSTF, AAFP (Asociación Americana de Medicina Familiar), Canadian Task Force, Fistera, ICSI (Institute for Clinical Systems Improvement), SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network), Ministerio de la Salud y la Protección Social, OMS, National Health and Medical Research Council of Australia, Gin Net (Guideline International Network), guiasalud (España), Búsqueda manual de las principales revistas de medicina (NEJM, BMJ, Archives of Internal Medicine, Annals of Internal Medicine, J Am Geriatr Soc, JNCI).

A lo largo del documento se citará la evidencia, enunciado primero el grado de recomendación y luego el nivel de evidencia, por ejemplo: grado de recomendación A, nivel de evidencia I: (AI)

3. Justificación

El examen periódico de salud incluye una adecuada historia clínica, examen físico y pruebas de tamizaje o procedimientos preventivos, según edad y sexo, que al parecer han resultado eficaces para la detección y control de procesos específicos en especial a personas con factores de riesgo. Tal acción adquiere mayor relevancia en condiciones susceptibles de prevenirse como las enfermedades cardiovasculares, las de origen metabólico o nutricional, cánceres y las derivadas de traumas o accidentes. Dentro de las acciones incluye consejería, tamizaje, inmunizaciones o quimioprofilaxis en individuos asintomáticos

4. Epidemiología

Teniendo en cuenta que esta Guía trata con varias entidades, las cuales a su vez presentan patrones de comportamiento en ocasiones completamente diferentes, en cada apartado se hará una discusión sobre los aspectos epidemiológicos más relevantes y de mayor impacto para cada entidad.

De acuerdo con los datos de las proyecciones poblacionales y los registros de estadísticas vitales del DANE hay ciertos aspectos que se deben tener en cuenta:

En Colombia la esperanza de vida al nacer actualmente es de 73.23 años, con diferencias entre hombres y mujeres (70.34 y 76.27 respectivamente); las tasas de mortalidad son mayores para los hombres que para las mujeres.

Las principales causas de mortalidad a nivel poblacional son las enfermedades cardiovasculares, seguidas por las causas violentas, los tumores malignos y las enfermedades infecciosas.

En general, para los mayores de 45 años la primera causa de muerte es la enfermedad isquémica del corazón, seguida, para aquellos entre 45 y 64 años por los homicidios, las enfermedades cerebrovasculares, los accidentes de trans-

porte terrestre y la diabetes mellitus, y para aquellos de 65 y más años por las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades crónicas de las vías aéreas inferiores, las enfermedades hipertensivas y la diabetes mellitus.

El estudio de carga de la enfermedad nos permite afirmar que la mayor proporción de años de vida saludables perdidos (AVISAS) en las personas mayores de 45 años ocurren por enfermedades crónicas no transmisibles, dentro de las cuales las enfermedades cardiovasculares y el cáncer ocupan los dos primeros lugares.

5. Objetivo

El objetivo primordial de esta Guía es hacer prevención de las enfermedades más prevalentes en nuestro medio, en el individuo adulto, y buscar la promoción del mantenimiento de la salud por medio de la educación a la población general para que adopte hábitos de vida saludables.

6. Factores de riesgo

Para efectos de esta guía, se consideran los siguientes factores de riesgo:

Antecedente de enfermedad cardiovascular

- HTA
- Tabaquismo
- Dislipidemia
- Diabetes mellitus
- Evento coronario en familiar en primer grado de consanguinidad en un hombre menor de 55 años o mujer < de 65
- Neoplasia (Cáncer gástrico, colon y recto, seno, cerviz, próstata y piel)
- Los factores de riesgo para cada neoplasia se discuten en los apartados correspondientes a dicha entidad
- Osteoporosis
- Mujer posmenopáusica
- Paciente que consume glucocorticoides sistémicos de manera crónica
- Diabetes mellitus

- Antecedente familiar
- Paciente obeso: el sedentarismo parece ser un factor de riesgo independiente para mortalidad de cualquier causa y para presentar enfermedad crónica, especialmente hipertensión, enfermedad coronaria, osteoporosis, diabetes mellitus y obesidad. La inactividad física aumenta hasta en dos veces el riesgo de presentar enfermedad coronaria (2, 5).

7. Factores protectores

Al igual que lo señalado en factores de riesgo estos se describen en el apartado correspondiente a cada entidad.

8. Población objeto

Se considera como población objeto de esta Guía a todo individuo mayor de 45 años que habita el territorio colombiano afiliados a los regímenes contributivos y subsidiados del SGSSS.

9. Intervenciones

9.1 Ejercicio físico

Se define como actividad física a cualquier movimiento del cuerpo producido por la musculatura esquelética y que resulta en un gasto de energía por encima del gasto energético en reposo. A su vez, el ejercicio es una actividad física planeada, estructurada, repetitiva y con el objetivo de mantener el estado físico. El estado físico se relaciona con la reserva cardiorrespiratoria, fuerza muscular, composición corporal y flexibilidad (2, 3).

Hay buena evidencia que soporta la efectividad de la actividad física regular como prevención primaria de hipertensión y enfermedad cardiovascular (A, I). También parece prevenir el desarrollo de obesidad, diabetes mellitus y osteoporosis (B). Aunque no se ha demostrado utilidad en la consejería por parte del médico para que sus pacientes hagan ejercicio de manera rutinaria, se considera que esta actividad médica es recomendable en especial en pacientes sedentarios (2, 3).

La forma de actividad física más adecuada para un individuo está dada por sus propias necesidades, limitaciones y expectativas (4). Según ciertas

investigaciones el método preferido para prevención primaria, es la actividad física de intensidad moderada realizada durante 30 minutos al día, por lo menos tres veces a la semana, y preferiblemente todos los días (2, 5, 6). Se consideran actividades de intensidad moderada caminar a paso normal, montar en bicicleta suavemente, limpieza de ventanas y bailar lentamente (B).

9.2 Prevención de enfermedad cardiovascular

La actividad física previene y ayuda a tratar algunos factores de riesgo para aterosclerosis, incluyendo presión arterial alta, resistencia a la insulina, intolerancia a la glucosa, aumento de los triglicéridos, bajos niveles de HDL y obesidad (2, 4, 7) (B).

9.3 Prevención primaria de enfermedad coronaria

La actividad física previene la ocurrencia de eventos cardiovasculares mayores, aunque no existe evidencia de que si estos se presentan su severidad sea menor (4, 5) (B).

9.4 Prevención primaria de hipertensión arterial

En más de 44 estudios aleatorizados controlados, que han incluido a cerca de tres mil pacientes, se demostró una reducción de las cifras tensionales sistólica y diastólica de 2.6 y 1.8 mmHg respectivamente, en sujetos normotensos y 7.4 y 5.8, respectivamente, en pacientes hipertensos (2, 5, 6).

9.5 Prevención primaria de obesidad

Aunque el ejercicio aislado es útil para reducir de peso, la combinación de actividad física regular y un balance en el consumo de calorías es el medio más efectivo para prevenir el sobrepeso (2, 5).

9.6 Prevención primaria de diabetes mellitus II

Varios estudios de cohortes revelan una relación inversa entre el grado de actividad física y el riesgo de desarrollar DM2. El efecto protector es particularmente importante en individuos que tienen factores de riesgo para DM2. Una revisión de nueve estudios que examinaron el efecto del ejercicio en 337 pacientes con DM2 demostró una reducción de la hemoglobina glicosilada A1C de 0.5 a 1% (2, 5, 6, 9) (B).

9.7 Prevención primaria de osteoporosis

Estudios controlados no aleatorizados y estudios transversales sugieren que la actividad física puede reducir la tasa de pérdida ósea en mujeres premenopáusicas (C) (5).

9.8 Prevención secundaria

Un programa de rehabilitación cardíaca reduce la mortalidad en pacientes que han sufrido un IM (10). En pacientes con falla cardíaca también se ha demostrado que el ejercicio es benéfico en diferentes formas; el ejercicio mejora la calidad de vida en pacientes con falla cardíaca, tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, no está plenamente demostrado que estos efectos benéficos se traduzcan en menor mortalidad en este grupo de pacientes (2, 5).

Para pacientes con enfermedad arterial periférica (EAP), la actividad física progresiva es un tratamiento eficaz para mejorar la distancia que se puede caminar en casos de claudicación (11).

Recomendaciones: por lo anterior, se establece que los adultos deben participar en programas de actividad física de moderada intensidad, de manera regular, en la mayoría y ojalá durante todos los días de la semana (B).

No es necesario que a todos los individuos que comienzan un programa de ejercicio de moderada intensidad y en forma moderadamente progresiva se les practique una prueba de esfuerzo, aunque este tópico permanece controvertido. La AHA y el Colegio Americano de Cardiología recomiendan la prueba de esfuerzo de rutina para hombres sanos mayores de 45 y mujeres, sanas mayores de 55 años que decidan iniciar un plan de ejercicios vigorosos (3). Esta es una recomendación con un nivel de evidencia II y un grado de recomendación B, es decir, su utilidad y eficacia no están bien establecidas.

9.9 Ejercicio en el mayor de 65 años

En la actualidad, es aceptado que el ejercicio puede reducir la carga de la enfermedad y retrasar la debilidad en la población geriátrica. Se ha demostrado que el ejercicio mejora la composición corporal, disminuye las caídas, incrementa la fuerza muscular, disminuye la depresión, disminuye el dolor

de la artritis, reduce el riesgo de diabetes y de enfermedad coronaria y aumenta la longevidad (3, 7, 8, 12, 14).

Prescripción del ejercicio: inicialmente, se debe educar a cada paciente sobre los beneficios del ejercicio. Se deben conocer los antecedentes médicos así como la historia previa de actividad física. Buscar posibles barreras por las cuales los individuos son sedentarios. Una de las barreras más descritas por los propios pacientes es la falta de tiempo. En la actualidad se sabe que se deben realizar al menos 30 minutos diarios de ejercicio de preferencia todos los días de la semana, pero este tiempo no tiene que ser continuo y puede hacerse en dos o tres sesiones, según la comodidad del paciente.

En pacientes geriátricos con enfermedad cardiovascular previa, el ejercicio de moderada intensidad, por ejemplo caminar, es seguro y benéfico. Si la persona desea practicar una actividad física más intensa como correr se recomienda una estrecha valoración cardiovascular previa por personal especializado (3, 12). Una manera para mejorar la adherencia a los programas de ejercicio es que el esposo o esposa o una persona cercana también se involucre en el programa de ejercicio. También se ha visto que algunas personas prefieren el ejercicio en su propio hogar y estas características individuales deben tenerse en cuenta para lograr éxito en la prescripción de la actividad física (5, 6).

En el paciente sedentario se recomienda iniciar de manera lenta y progresiva con el fin de evitar lesiones daños y a la vez mejorar la adherencia (6).

9.10 Alcohol

La dependencia severa al alcohol se presenta en 5 a 10% de la población, y algún problema con la bebida en 15 a 25%. Varios estudios han demostrado que el médico falla en detectar la mayoría de los problemas relacionados con el alcohol en sus pacientes (15).

Varios estudios controlados aleatorizados han demostrado que la búsqueda y hallazgo de casos y la consejería son efectivos para reducir el consumo de alcohol y los problemas relacionados con éste en los pacientes.

Recomendaciones: Investigue el consumo de alcohol y si el paciente responde afirmativamente aplique el cuestionario (CAGE) (GC).

1. Alguna vez ha sentido la necesidad de cortar con la bebida
2. Alguna vez se ha sentido enojado porque le critican su forma de beber
3. Alguna vez ha sentido culpable por la bebida
4. Alguna vez ha necesitado de un trago de licor para arrancar el día

Una respuesta positiva debe alertar sobre abuso de alcohol y dos respuestas afirmativas indican abuso de alcohol.

Se recomienda que todas las personas mayores de 12 años sean sometidas a tamizaje sobre consumo de alcohol para evaluar su nivel de riesgo y que los pacientes que beben a niveles considerados problemáticos sean aconsejados y seguidos con la meta de reducir su consumo. Los pacientes con problemas serios por el alcohol deben ser remitidos a centros especializados (B).

9.11 Tabaquismo

El consumo de cigarrillo se ha asociado de manera consistente con enfermedad cardiovascular, pulmonar y algunas neoplasias. Cerca de la mitad de pacientes fumadores nunca han sido aconsejados por sus médicos sobre abandonar o reducir el consumo de tabaco (20).

Varias investigaciones y metaanálisis han demostrado que programas preventivos sobre el uso de cigarrillo cuyo blanco son los adolescentes en su más amplio entorno social son eficaces y recomendables (20,21).

Hay buena evidencia que soporta la consejería para dejar el hábito del cigarrillo durante el examen periódico del individuo que fuma.

Recomendación: en la consulta inicial se debe preguntar por el hábito del consumo de cigarrillo a todos los pacientes. Se debe aconsejar y prestar ayuda para el abandono del hábito del cigarrillo en aquellos individuos fumadores (A).

9.12 Dieta

Al establecer consejería sobre hábitos alimentarios se debe tener en cuenta una premisa básica: las necesidades nutricionales deben ser suplidas de manera primaria por el consumo de alimentos. En casos especiales, los alimentos fortificados y los suplementos dietéticos pueden ser fuentes útiles de

uno o más nutrientes que en otras circunstancias serían consumidos en menor cantidad que la recomendada. Los suplementos dietéticos no replazan una dieta saludable.

Recomendaciones: el médico de atención primaria debe dar los siguientes consejos nutricionales a sus pacientes:

- Consuma una variedad de comidas con nutrientes densos* y bebidas dentro del grupo de alimentos básicos. Asimismo limite la ingesta de grasas saturadas y trans, colesterol, azúcares, sal y alcohol
- Consuma una cantidad suficiente de frutas y vegetales mientras se mantiene dentro de las necesidades energéticas
- Consuma menos del 10% de las calorías como ácidos grasos saturados y menos de 300 mg día de colesterol y mantenga el consumo de ácidos grasos trans tan bajo como sea posible
- Mantenga la ingesta de grasas totales entre 20 y 35% de las calorías, con la mayoría de las grasas viniendo de fuentes de ácidos grasos poliinsaturados y monoinsaturados como pescado, nueces y ácidos vegetales
- Limite la ingesta de grasas y aceites ricos en ácidos grasos saturados o trans
- Prefiera frutas ricas en fibra, vegetales y granos enteros
- Consuma menos de 2300 miligramos (aproximadamente, una cucharada sopera de sal) de sodio por día. En personas >mayores de 50 años debe ser menos de 1500 miligramos
- Prepare comidas con poca sal. Al mismo tiempo, consuma alimentos ricos en potasio como frutas y vegetales
- Consuma alcohol con moderación equivalente a menos de una porción para mujeres y dos porciones diarias para hombres
- Los individuos que participan en actividades que exigen atención como conductores de carros o maquinaria no deben consumir licor, lo mismo que las personas con susceptibilidad especial o que consumen algunos medicamentos que interactúan con el alcohol (GC).

9.13 Comidas densas en nutrientes

Son aquellos alimentos que proveen cantidades sustanciales de vitaminas y minerales (micronutrientes) y relativamente pocas calorías.

Según la OMS/FAO (Régimen dietético, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Serie de informes técnicos, Ginebra 2003. www.paho.org), se sugiere lo siguiente:

Recomendaciones:

- Preferir el consumo de aves de corral y pescado
- Aumentar el consumo de lácteos bajos en grasa
- Disminuir el consumo de productos de repostería y bebidas azucaradas
- Consumir moderadamente los aceites vegetales
- Disminuir la ingesta de ácidos grasos saturados y trans
- Disminuir el consumo de sodio
- Mejorar el consumo de frutas
- Alcanzar y mantener un peso saludable.

Tabla 3
Recomendaciones basadas en una dieta de 2000 calorías (GC)

GRUPO	CANTIDAD
Frutas	4 porciones diarias
Vegetales	5 porciones día
Harinas	Equivalente a 6 onzas, que pueden ser 3 onzas de granos enteros y 3 onzas de otros granos (Una onza equivale a una tajada de pan, media taza de arroz, pasta o cereal).
Carnes	Equivalente a 5 onzas. Equivale a una onza de carne magra cocida, pollo o pescado; un huevo;
Lacteos	3 tazas de leche baja en grasa o yogurt, 1,5 onzas de queso campesino bajo en grasa
Grasas	24 gramos día o 6 cucharadas soperas de margarina, aceite vegetal o 3 cucharadas de mayonesa baja en grasa.

Una dieta de 2.000 calorías se considera apropiada para muchos hombres sedentarios de 51 a 70 años de edad y para mujeres sedentarias de 19 a 30 años.

La evidencia sugiere que consumir dos porciones de pescado a la semana puede reducir el riesgo de mortalidad por enfermedad coronaria (23).

Tabla 4
Factores dietéticos que de manera convincente aumentan el riesgo de cáncer

- Sobrepeso y obesidad
- Consumo excesivo de alcohol (más de dos unidades diarias)
- Algunas formas de pescado fermentado y salado
- Bebidas y comidas saladas muy calientes
- Aflatoxinas (hongos contaminantes encontrados en ciertas comidas como granos, cacahuete)

WHO: Global strategy on diet, physical activity and health (24).

9.14 Cáncer de mama

Epidemiología: el cáncer de mama ocupa el primer lugar de incidencia entre las neoplasias en la mujer colombiana (33 casos por 100.000 por población ajustada, comparada con 32.9 para cérvix) y es la tercera causa de muerte por cáncer en mujeres (25).

Factores de riesgo: son criterios de alto riesgo de cáncer de seno:

- a. Una biopsia de seno previa que demuestra hiperplasia atípica.
- b. Historia familiar de cáncer de seno en madre, hermana, o hija de la paciente.
- c. Historia personal de cáncer de seno previo (26).

Aspectos conceptuales: la herramienta más importante para la detección precoz de cáncer de mama es el tamizaje por medio de la mamografía (26).

Algunas organizaciones, en otros países, recomiendan practicar examen clínico anual en mujeres de 45 a 64 años. Mamografía cada dos años en toda mujer desde los 50 hasta los 69 años y anual en mujeres con factor de riesgo, así como en mujer entre los 70 y 75 años con buena expectativa de vida. No recomiendan realizar exploración ni mamografía en mayores de 75 años.

Según el USPSTF hay suficiente evidencia de que el tamizaje por medio de la mamografía cada 12 a 33 meses reduce de manera significativa la morta-

lidad por cáncer de seno. También concluyen que la evidencia es más fuerte para mujeres entre 50 y 69 años. La recomendación es practicar mamografía con o sin examen clínico de los senos cada uno a dos años para mujeres mayores de 40 años (B).

La edad precisa a la cual los beneficios de hacer tamizaje con mamografía justifican los daños potenciales es un juicio subjetivo y debe tener en cuenta las preferencias de las pacientes. El médico debe informar a sus pacientes sobre los beneficios potenciales (reducir el riesgo de morir por cáncer de seno) y los potenciales daños (resultados falsos positivos, biopsias innecesarias) así como las limitaciones de la prueba. La edad a la cual se debe recontinuar el tamizaje por mamografía es incierta ya que ningún estudio ha enrolado mujeres mayores de 74 años.

En el momento no se recomienda iniciar un tamizaje organizado para cáncer de mama con mamografía en Colombia, dado que la infraestructura, los estudios de costo efectividad y la organización son inexistentes (A).

Se recomienda el diseño y desarrollo de programas de tamizaje organizado con mamografía en aquellas zonas geográficas con mayor carga de la enfermedad y población en riesgo (D).

Se recomienda practicar tamizaje de oportunidad con mamografía a toda mujer entre los 50 y 69 años, informándole los riesgos y beneficios del procedimiento (D). (El tamizaje de oportunidad se presenta, por ejemplo, cuando el médico solicita mamografía a una mujer asintomática. Si la prueba de tamizaje muestra una anormalidad, paciente y médico toman la responsabilidad de completar la evaluación diagnóstica de ésta anormalidad y sus consecuencias).

Para mujeres asintomáticas en el grupo de edad de 40 a 49 años la decisión de practicar la mamografía de tamizaje de oportunidad debe discutirse con ellas, quienes deberán comprender los beneficios netos y los riesgos que conlleva dicha práctica. (D).

Se recomienda el examen clínico de la mama como parte rutinaria del examen físico de la salud de la mujer y como una prueba de detección temprana del cáncer de mama (C).

Se sugiere comenzar su práctica a los 20 años de edad (D).

9.15 Cérvix uterino

Epidemiología: el cáncer de cérvix uterino ocupa el segundo lugar en incidencia de neoplasias en mujeres en nuestro país y es la segunda causa de muerte por tumor maligno después del cáncer gástrico en mujeres (26).

Factores de riesgo: el carcinoma de células escamosas del cérvix y sus precursores histológicos ocurren en mujeres sexualmente activas. Los principales factores implicados son el inicio temprano de la actividad sexual y un mayor número de compañeros sexuales. Además, se sabe que el consumo de cigarrillo aumenta de manera independiente entre 2 a 4 veces el riesgo de esta neoplasia (27).

Aspectos conceptuales: la efectividad de los métodos de tamizaje, especialmente la citología cervicovaginal, practicada con intervalos regulares para detectar precozmente el cáncer cervical, ha sido demostrada mediante estudios epidemiológicos realizados en todo el mundo. La detección precoz por citología reduce efectivamente entre 50 y 80% la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino infiltrante en las poblaciones que son sometidas a tamizaje sistemático (27).

El US Preventive Task Force hace énfasis realizar búsqueda para cáncer de cervix uterino en mujeres sexualmente activas y que no hayan sido hysterectomizadas (27) (A). Asimismo, este grupo considera que las mujeres ancianas (mayores de 65 años) no activas sexualmente y con tres citologías previas negativas presentan poco beneficio de búsqueda de esta neoplasia (D).

Recomendación: se debe practicar el Test de Papanicolau cada año y hasta los 69 años con periodicidad anual. Suspender el test a los 69 si los previos fueron negativos y no hay factores de riesgo para desarrollar cáncer de cérvix (A).

Se debe evitar realizar el test en mujeres con hysterectomía total por causa benigna (A).

Se recomienda practicar el test anual en mujeres sexualmente activas (A).

Si tres o más pruebas dan resultado negativo, el intervalo del test puede alargarse a juicio del médico y de acuerdo con la paciente (no más de tres años) (en mujeres que no tuvieron vigilancia previa o con riesgo especial como son las de origen hispano, afroamericanas o indigentes la frecuencia debería ser mayor) (A).

9.16 Colon y recto

Epidemiología: en el año 2002, se diagnosticaron cerca de dos millones de casos de cáncer de colon y recto, y hubo 500.000 muertes por esta neoplasia, según la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer.

Es el cuarto cáncer más común en el mundo, su prevalencia aumenta después de los 50 años de edad. En USA, es la segunda causa de muerte por neoplasia después de pulmón. En Colombia, el cáncer de colon y recto ocupa el cuarto lugar en incidencia dentro de las neoplasias y es la quinta causa de muerte por cáncer en ambos sexos (25). Según el INC, en Colombia en el año 2000 fallecieron 1.771 personas por este tumor, es decir, casi cinco muertes cada día.

Factores de riesgo: el principal factor de riesgo es la susceptibilidad heredada; sin embargo, más del 90% de los casos son esporádicos a partir de pólipos adenomatosos no familiares. El 10% de los adenomas mayores de un centímetro se malignizan después de un periodo de diez años y su incidencia aumenta con la edad. Pero, aunque 20% de la población general tiene pólipos, la mayoría de estos no se malignizan.

Tamizaje

Recomendación: en personas mayores de 50 años (riesgo intermedio) se recomienda realizar sangre oculta anual y, si es positiva, colonoscopia; así como practicar sigmoidoscopia cada cinco años o colonoscopia cada diez años a elección del paciente.

Si hay antecedente familiar de cáncer colorrectal en familiar menor de 60 años: colonoscopia cada tres a cinco años en mayores de 40 años. Historia familiar de poliposis familiar, colonoscopia cada uno a dos años. No se especifica la edad a la cual se pueden dejar de practicar estas pruebas.

No hay evidencia científica para recomendar la prueba de sangre oculta en heces (SOH) o rectosigmoidoscopia en población asintomática sin factores de riesgo reconocidos. (28, 29, 30).

9.17 Próstata

Epidemiología: según el INC, en el año 2000 esta neoplasia afectó a 531 hombres entre 45 y 64 años y a 2.599 individuos mayores de 65 años, con

una incidencia ajustada de 25.1 casos por 100.000. Siendo el segundo cáncer más frecuente en hombres adultos. Las muertes debidas a este tumor fueron 1.886 casos, siendo la tercera causa de muerte por neoplasias en varones, después de estómago y pulmón (25).

Menos del 1% de tumores malignos de la próstata afectan a personas menores de 50 años mientras que 75% de éstos se presentan en los mayores de 65. Es un cáncer de lento crecimiento permanece confinado a la próstata después de diez años en 80% de los casos (30).

Factores de riesgo: la edad es el principal factor de riesgo; la historia familiar se presenta en 25% de los casos. El riesgo relativo (RR) de padecer cáncer de próstata es dos veces mayor cuando existe un familiar de primer grado con esta neoplasia y el RR es de cinco si son dos los familiares. En población de raza negra, el riesgo es 1.3 a 1.6 más alto que la población general.

Aspectos conceptuales: diferentes asociaciones como el US Task Force, el Canadian Task Force y la Asociación Americana de Medicina Familiar establecen que hay insuficiente evidencia para tamizaje para cáncer de próstata por medio de tacto rectal o de medición del antígeno prostático específico (PSA) para hombres asintomáticos de bajo riesgo o de riesgo intermedio para este tumor (31, 33).

En todas aquellas personas que presenten factores de riesgo o sintomatología que oriente hacia patología prostática se considerará la realización de las siguientes exploraciones, teniendo en cuenta el estadio, la expectativa de vida y diversas consideraciones personales del paciente [GC]:

1. Exploración física general: destinada a valorar las repercusiones de cualquier patología que presente, con la valoración de su expectativa vital (GC).
2. Tacto rectal: se valorará el tamaño, consistencia, movilidad, delimitación y regularidad de la próstata. Es la prueba más adecuada para la detección precoz, salvo en estadios muy incipientes. Tiene 50% de falsos positivos (TBC, prostatitis crónica, zonas fibrosas de hiperplasia benigna de próstata, infartos focales, cálculos) (GC).
3. Determinación del antígeno prostático específico (PSA) (GB).

Según el US Task Force existe buena evidencia de que el PSA puede detectar cáncer de próstata en etapas tempranas pero la evidencia no es conclu-

yente y mezclada sobre si la detección precoz mejora los resultados de salud. El tamizaje se asocia con importantes daños incluyendo frecuentes resultados falsos positivos que llevan a una innecesaria ansiedad y realización de biopsias, así como potenciales complicaciones de tratamientos para algunos casos de cáncer que en otras circunstancias nunca hubiesen afectado la salud del paciente. En conclusión, la evidencia es insuficiente para aclarar si los riesgos sobrepasan a los beneficios (GD). Si la detección temprana mejora los resultados de salud, la población que demuestra más beneficios de tamizaje son los varones entre los 50 y 70 años con riesgo promedio y los varones mayores de 45 años con factores de riesgo (individuos de raza negra y personas con familiar en primer grado con antecedente de cáncer de próstata). Individuos con una expectativa de vida menor a diez años probablemente no se benefician de este tamizaje ya que 10 a 20% de cánceres no se detectan por medio del PSA cuando se usa el punto de corte de 4 ng/DI (GC).

El rendimiento del tamizaje, en términos de tumores de próstata detectados, declina rápidamente cuando la medición del PSA se hace cada año. Si el tamizaje reduce la mortalidad es posible que sea más benéfico realizarlo cada dos años en vez de cada año (33) (GC).

9.18 Osteoporosis

Epidemiología: la pérdida ósea relacionada con la edad compromete a una cuarta parte de las mujeres y a una décima parte de los varones adultos. A los 75 años, se calcula que 94% de mujeres padecen osteopenia y 34% osteoporosis. La probabilidad de fractura en una mujer de raza blanca mayor de 50 años se ha calculado en 14% (38).

Aspectos conceptuales: la OMS define la osteoporosis como una enfermedad sistémica caracterizada por una disminución de la masa ósea y un deterioro de la arquitectura microscópica del tejido óseo que lleva a un incremento de la fragilidad y el consecuente aumento de la susceptibilidad fracturas óseas (38, 39).

El diagnóstico precoz y definitivo de osteoporosis se realiza midiendo la densidad ósea mediante DEXA (Dual energy X-ray absorptiometry). Los valores de la DMO difieren de unas localizaciones anatómicas a otras y es la DMO específica de un sitio el mayor predictor de fracturas en él. Para valorar la DMO se utiliza la comparación de los resultados del paciente con los de

individuos sanos de 20 a 40 años (T-score) y con los de individuos de la misma edad (Z-score).

La densidad de masa ósea debe ser medida habitualmente mediante DEXA en dos lugares, preferiblemente a nivel de la columna lumbar y la cadera (fémur proximal). La repetición de las determinaciones en el seguimiento de los pacientes solo debería llevarse a cabo si es previsible que influya en el tratamiento. En general, el intervalo mínimo entre diferentes medidas de la masa ósea tendría que ser superior a los dos años (38).

La densitometría ósea se interpreta de acuerdo con los valores propuestos por la OMS basados en el score T que significa el valor normal de sujetos jóvenes en su pico de masa ósea:

Densitometría normal: cuando el score T se encuentra entre -1 y +1 desviaciones estándar, es decir, son cifras de densidad mineral ósea que no se desvían más de una desviación estándar de la cifra media de un adulto joven de 20 a 40 años

Osteopenia: score T entre -1 y -2.5. Es decir, cifras de densidad mineral ósea entre una y 2.5 desviaciones estándar por debajo del pico de masa ósea del adulto joven. El riesgo para presentar fracturas es casi dos veces más que lo normal.

Osteoporosis score T por debajo de -2.5: cifras de densidad mineral ósea por debajo de 2.5 desviaciones estándar con respecto al pico de masa ósea del adulto joven. En estos casos el riesgo de fracturas es cerca de cuatro veces lo normal.

Osteoporosis store T por debajo de -2.5 y presencia de una o más fracturas relacionadas con fragilidad ósea. Cada desviación estándar que disminuye la masa ósea, multiplica el riesgo de fractura por dos.

Osteoporosis severa store T entre -3.5 y -4.5 (38, 41).

Factores de riesgo: se debe tener en cuenta los siguientes factores de riesgo para desarrollar osteoporosis y fracturas por osteoporosis:

Género femenino, edad mayor de 65 años, IMC menor de 20, raza blanca, historia familiar de osteoporosis, deficiencia gonadal, sedentarismo, tabaquismo, consumo de alcohol, dieta pobre en calcio, alto riesgo de caídas (38).

El US Task Force recomienda la búsqueda para osteoporosis en mujeres mayores de 65 años, o en mujeres mayores de 60 años con algún factor de riesgo adicional. Lo anterior basado en el hecho de que hay buena evidencia de que el riesgo de osteoporosis y de fracturas se incrementa con la edad, de que la medición de la densidad de masa ósea predice de manera segura el riesgo de fracturas a corto plazo y de que el tratamiento reduce el riesgo de fracturas, especialmente en pacientes de alto riesgo (40, 41). Ningún estudio ha evaluado el intervalo óptimo en el cual se debe repetir la medición de la masa ósea, se calcula que como mínimo se requieren de dos años para observar un cambio confiable en la densidad de la masa ósea.

Tampoco existen datos adecuados que determinen la edad a la cual se debe suspender la búsqueda de casos de osteoporosis así como tampoco existen estudios sobre tratamiento de la osteoporosis en mujeres mayores de 85 años (40).

Recomendaciones: el estudio de mujeres posmenopáusicas es efectivo en identificar pacientes con baja densidad mineral ósea (A).

- Tratar la osteoporosis puede reducir el riesgo de fracturas (A)
- En mujeres en las cuales se documenta osteoporosis, el tratamiento con alendronato, risedronato o raloxifeno previene fracturas osteoporóticas (B)
- En mujeres en las cuales no se documenta osteoporosis, el suplemento de calcio (1000 a 1500 mg) con vitamina D (400 a 800 UI) diarios previenen las fracturas osteoporóticas (B)
- Se recomienda la búsqueda de osteoporosis por medio de la medición de la densidad ósea con DEXA en mujeres mayores de 65 años, con un peso menor de 60 kg o historia previa de fractura (B)
- Realizar actividad física regular como se señala en el apartado sobre ejercicio.

9.19 Tamizaje para enfermedad coronaria

Personas asintomáticas

Epidemiología: en nuestro país, la muerte por enfermedad isquémica del corazón ocupó el primer lugar de muerte tanto en hombres como en mujeres mayores de 45 años con los siguientes valores porcentuales (25):

	HOMBRES	MUJERES
45-64 AÑOS	15.9	13.2
> 65	19.7	18.7

Recomendación: existe insuficiente evidencia para recomendar el tamizaje en enfermedad coronaria asintomática en adultos, usando como pruebas el ECG de reposo o el ambulatorio o en ejercicio (C). Se aconseja en grupos de personas con alto riesgo y cuyo resultado se pueda utilizar en toma de decisiones terapéuticas o en individuos con ocupaciones de riesgo como pilotos o conductores, que implican un beneficio de salud pública. El ECG de reposo se puede hacer en personas adultas que van a participar en un programa de ejercicio regular e intenso, en otros grupos sería (D).

Aspectos conceptuales: en prevención primaria dos estrategias han resultado eficaces para disminuir la mortalidad cardiovascular: la identificación de la población de alto riesgo y la definición de políticas de modificación de tales factores. En Colombia, las enfermedades cardiovasculares son responsables del 12,7% de las AVISA y es la segunda causa generadora de carga de enfermedad después de homicidios. En un estudio realizado en Bogotá en población general sobre prevalencia de factores de riesgo en estratos 2 y 3, se encontró: hipertensión 23%, diabetes 5,2%, hipercolesterolemia 37,9%, hipertrigliceridemia 24,1%, HDL bajo 22%, tabaquismo 26%, alcoholismo 45%, sedentarismo 43% y obesidad 45% (43).

El II Estudio nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas (ENFREC II), realizado en nuestro país en 1998, encontró que el 13,6% de la población adulta en Bogotá tenía hipercolesterolemia, comparado con 2,8% para la Costa Atlántica (44).

Factores de riesgo: entre los principales factores de riesgo asociados con enfermedad cardiovascular están la obesidad, sedentarismo, hipertensión, tabaquismo, dislipidemia y diabetes; factores que en conjunto con la edad y el género masculino determinan una mayor prevalencia de la enfermedad y de complicaciones como infarto de miocardio no fatal y muerte de origen coronario. Dichos factores de riesgo, si se detectan en forma temprana, pueden modificarse reduciendo sustancialmente la morbilidad y mortalidad. Por tanto, es deber de los programas de salud y de las políticas en salud la detección temprana o la prevención, así como la promoción de estilos de vida

Varios estudios controlados aleatorizados han demostrado que la búsqueda y hallazgo de casos y la consejería son efectivos para reducir el consumo de alcohol y los problemas relacionados con éste en los pacientes.

saludable en grupos poblacionales vulnerables como son los mayores de 50 años, momento en que comienza a manifestarse la enfermedad cardiovascular y a poner en evidencia el daño sobre los órganos blanco (42).

La prevención se hace a través de la búsqueda activa de factores de riesgo con un tamizaje a partir de dicha edad y el cálculo del riesgo a diez años, lo que determinaría el tipo de intervención. Se considerarían de bajo riesgo hombres menores de 50 años y mujeres menores de 60 años, que tengan entre 5 y 10% de riesgo a

diez años. Personas con uno o más factores tendrían un riesgo calculado por encima de 15 a 20%, lo cual implicaría un riesgo moderado a alto (42).

Los factores de riesgo a medir son: edad, sexo, raza, historia de tabaquismo, perfil lipídico, glucemia en ayunas, tomas de presión arterial, historia familiar, perímetro de la cintura e índice de masa corporal. El índice de masa corporal se calcula por medio de la siguiente fórmula:

$$\text{Peso/Talla}^2$$

El peso expresado en kg y la talla en metros.

La medición periódica de la tensión arterial en busca de hipertensión está recomendada en toda persona mayor de 21 años (A).

El intervalo óptimo no ha sido establecido y se deja a criterio médico. En personas normotensas, esta medición podría ser cada dos años (*Guía sobre hipertensión arterial*).

Hay insuficiente evidencia para recomendar en favor o en contra del tamizaje de rutina en busca de diabetes II en adultos (C) (*Guía sobre diabetes mellitus*).

9.20 Lípidos

Epidemiología: las alteraciones de los lípidos son de ocurrencia común en adultos del hemisferio occidental. En Estados Unidos, se calcula que 17,5% de varones y 20% de mujeres mayores de 20 años tiene un valor de coleste-

rol total mayor de 240 mg /dL. Luego de ajustar por otros factores de riesgo se ha calculado que hasta 27% de eventos coronarios en hombres y 34 % en mujeres se atribuyeron a valores de colesterol total mayor de 200 mg/dL (46).

En personas mayores de 75 años este tamizaje se hará sobre bases individuales, teniendo en cuenta las preferencias de cada paciente. Se acepta en la actualidad que el nivel ideal de colesterol LDL debe ser menor a 100 mg/dl. El beneficio de dar tratamiento para personas con colesterol LDL entre 100 y 130 no está plenamente establecido. La contribución del colesterol como factor de riesgo para enfermedad coronaria es menor en ancianos que en adultos más jóvenes y existe controversia sobre tamizaje en personas ancianas ya que no existen estudios de prevención primaria en esta población. Sin embargo, en pacientes con factores de riesgo se sabe que sí existe beneficio al tratar a los pacientes ancianos con hiperlipidemia (46).

Pacientes con antecedente de dislipidemia, enfermedad coronaria, eventos cerebro vasculares, enfermedad arterial periférica y diabetes mellitus requieren un seguimiento más estrecho de sus lípidos.

Varios grupos recomiendan realizar tamizaje en varones mayores de 35 y mujeres mayores de 45 años en busca de anomalías de los lípidos; instaurar tratamiento para individuos con lípidos anormales y que tengan riesgo aumentado de enfermedad coronaria (A) (46, 47).

El tamizaje se debe hacer con colesterol total y colesterol HDL (Recomendación grado B), ya que existe buena evidencia de que medirlos mejora la identificación de personas en riesgo de enfermedad cardiovascular. Hay buena evidencia de que personas con HDL bajo y colesterol total normal se benefician del tratamiento.

La evidencia es insuficiente para recomendar en pro o contra medir triglicéridos como parte de la rutina de tamizaje de los lípidos (47).

Recomendación: medir colesterol total y colesterol HDL en personas asintomáticas hombres mayores de 35 años y mujeres mayores de 45 años. Si estos son normales, hacer una nueva medición cada cinco años.

9.21 Obesidad

Epidemiología: la obesidad es un problema de salud pública, especialmente en el mundo desarrollado, y en menor grado en países en vías de desarrollo. En Estados Unidos, en las últimas cuatro décadas la prevalencia de obesidad aumentó de 13 al 31%.

Aspectos conceptuales: la obesidad es un factor de riesgo para múltiples patologías potencialmente fatales, como enfermedad cardiovascular, cáncer en diferentes sitios y diabetes. Además, ciertas condiciones que afectan de manera importante la calidad de vida también se han asociado con la obesidad como la osteoartritis, enfermedad calculosa de la vesícula biliar, alteraciones respiratorias, déficit de la movilidad y estigma social (46).

El índice de masa corporal se calcula por medio de la fórmula descrita anteriormente.

El IMC está relacionado con muerte cardiovascular y sirve para clasificar a las personas en: peso normal, sobrepeso y obesidad, como se describe a continuación.

Bajo peso: < 18.5

Peso normal: $18.5 - 24.9$

Sobrepeso: $25 - 29.9$

Obesidad grado I: $30 - 34.9$

Obesidad grado II: $35 - 39.9$

Obesidad grado III: > 40

Las intervenciones más efectivas combinan educación nutricional, dieta y ejercicio. También existen medicamentos como orlistat y sibutramina que logran una reducción de peso entre 2,6 y 4,8 kg, con su uso continuado durante dos años, pero producen muchos efectos secundarios; mientras que la cirugía gástrica o *bypass*, la gastroplastia con bandas verticales y bandas gástricas ajustables logran una pérdida de peso entre 28 y 40 kg (47).

Recomendaciones: todo paciente adulto debe ser medido y pesado en busca de obesidad y se debe ofrecer consejería de alta intensidad junto con intervenciones de la conducta con el fin de promover la pérdida de peso en el individuo obeso (B).

Hay insuficiente evidencia para recomendar en favor o en contra del uso de consejería de baja a moderada intensidad además de intervenciones de la conducta para promover pérdida sostenida de peso en individuos obesos o con sobrepeso (C).

10. Actividades y procedimientos generales

Se presentan únicamente las actividades cuyas recomendaciones son A y B.

Tamizaje del abuso de alcohol

Debe explorarse el abuso de alcohol y, de existir, realizar consejería para la modificación de dicho comportamiento (B).

Uso de aspirina para la prevención primaria de eventos cardiovasculares

Discutir con los adultos, quienes estén en riesgo aumentado de enfermedad arterial coronaria, el uso quimioproláctico de la aspirina. Valorar el beneficio potencial y el riesgo de esta intervención (A).

Salud bucal y ocular

Remitirse a las Guías específicas para estos dos temas.

Tamizaje del cáncer de cérvix

Tamizar a las mujeres que han sido sexualmente activas (A).

Iniciar el tamizaje en los tres años después del inicio de la actividad sexual. Adoptar el esquema I-I-3 en aquellas mujeres con bajo riesgo de infecciones de transmisión sexual.

Tamizaje del cáncer de colon y recto

Realizar tamizaje a hombres y mujeres desde los 50 años.

Tamizaje de la diabetes mellitus tipo 2

Tamizar adultos con hipertensión o hiperlipidemia (B).

Consejería para alimentación saludable

Consejería nutricional intensiva a pacientes con hiperlipidemia y otros factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares o enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición (B).

Tamizaje de la hipertensión arterial

Tamizar a todo adulto desde los 18 años (A). La frecuencia del tamizaje debe ser cada dos años para aquellos cuyas cifras de presión arterial sistólica y diastólica sean inferiores a 130 mm de Hg y 84 mm Hg, respectivamente, y cada año para aquellos cuyas cifras de presión arterial sistólica se encuentren en el rango de 130 a 139 mm Hg o presión arterial diastólica en el rango de 85 a 89 mm Hg. Si un paciente presenta cifras de presión arterial mayores a las señaladas, pasa a la guía de manejo de hipertensión arterial.

Tamizaje de alteraciones lipídicas

Tamizar a todo adulto, iniciando a los 35 años en los hombres y a los 45 años en las mujeres. Tratar a las personas con alteraciones lipídicas que tengan un incremento del riesgo de enfermedad arterial coronaria. Recomendación A.

Tamizar adultos más jóvenes, si tienen otros factores de riesgo para enfermedad arterial coronaria (B).

El tamizaje incluye la medición de colesterol total y colesterol HDL (B).

Tamizaje de obesidad

Tamizar a todos los adultos. Ofrecer consejería intensiva e intervenciones comportamentales para promover una pérdida de peso sostenida en adultos obesos (B).

Tamizaje de osteoporosis postmenopáusica

Tamizar rutinariamente a las mujeres de 65 años o más. Comenzar a la edad de 60 años en aquellas mujeres en riesgo alto para fracturas por osteoporosis (B).

Tamizaje de infección por sífilis

Tamizar a las personas en riesgo alto y a toda mujer embarazada (A).

De acuerdo con el USPSTF, el perfil de riesgo para sífilis incluye las siguientes poblaciones:

- Hombres que tienen actividad sexual con otros hombres
- Trabajadores y trabajadoras sexuales
- Personas que intercambian sexo por drogas

- Personas detenidas en cárceles.

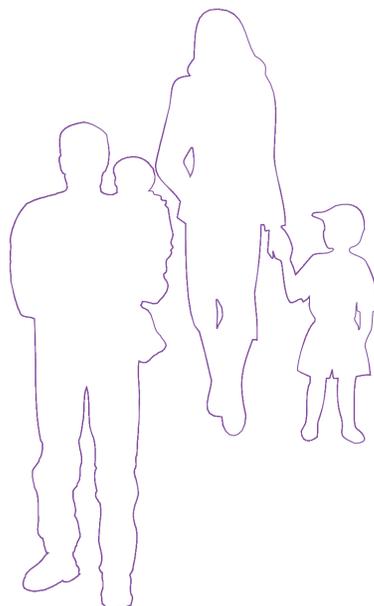
Las personas con este perfil deben considerarse para la realización de la prueba de tamizaje; sin embargo, no existe ninguna evidencia que permita definir la frecuencia de dicho tamizaje.

Se hace una observación especial en relación con las personas en quienes se ha diagnosticado otra infección de transmisión sexual (por ejemplo, chlamydia, gonorrea, herpes genital, virus del papiloma humano y VIH). Estas personas pueden tener un mayor riesgo para sífilis, pero no hay evidencia que sustente la realización de tamizaje rutinario para sífilis en ellos. Así, esta decisión queda a juicio clínico.

Tamizaje del consumo de tabaco y consejería para prevenir enfermedades causadas por el tabaco: tamizar a todo adulto y brindar intervenciones para dejar de fumar (A).

Inmunización con Td

Inmunizar con Td cada diez años a todo adulto que previamente ha recibido un ciclo completo de vacuna para tétanos y difteria. (A)



Anexos

Anexo 1. Carta de mantenimiento de la salud. 45 y más años Carta de mantenimiento de la salud para adultos mayores de 45 años

Instrucciones para el diligenciamiento

Nombre:		Año										
Historia clínica:		Edad										
Encierre en un círculo la actividad seleccionada		Fecha										
Nutrición (N) _____		Actividad(es)										
Violencia (V) _____		Fecha										
Cigarrillo (C) _____		Actividad(es)										
Drogas/Alcohol (D) _____		Fecha										
ETS _____		Actividad(es)										
HIV/SIDA (H) _____		Fecha										
Quimioprofilaxis con Aspirina (A) _____		Actividad(es)										
Presión Arterial		Fecha	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
		Resultado										
Peso		Fecha	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
		Resultado										
Talla		Fecha	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
		Resultado										
Colesterol total y colesterol HDL		Fecha	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
		Resultado										
Citología vaginal		Fecha	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
		Resultado										
SOMF		Fecha	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
		Resultado										
Mamografía		Fecha	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
		Resultado										
		Fecha	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
		Resultado										
		Fecha	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
		Resultado										
		Fecha	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
		Resultado										
Códigos sugeridos: Solicitado (S) Resultado Normal (N) Resultado Anormal (AN) No aceptado (NA) Realizar nuevamente												
Td		Fecha	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
		Lote										
		Fecha	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
		Lote										
		Fecha	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
		Lote										
		Fecha	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
		Lote										
Ácido fólico		Fecha										
Aspirina		Fecha										

- 1 Frame PS, Carlson SJ. A critical review of periodic health screening using specific screening criteria . Part 1. Select diseases of respiratory, cardiovascular, and central nervous systems. J Fam Pract 1975. 2: 29-36.

Este instrumento permite registrar, de forma sistemática, las actividades de mantenimiento de la salud realizadas con cada paciente, por lo tanto, deberá hacer parte de la historia clínica individual.

Consta de una primera sección en la cual se registran los datos generales de identificación del paciente (nombre, documento de identidad y fecha de nacimiento) y cuatro secciones adicionales para registrar las diferentes actividades de mantenimiento (consejería, tamizaje, inmunizaciones y quimioprofilaxis).

Para utilizar esta carta, proceda de la siguiente forma:

Paso 1

Llene los datos de identificación (nombre, número del documento de identificación y fecha de nacimiento).

Paso 2

En la parte superior de la primera de las columnas de la derecha, escriba el año en el cual se inician las actividades del programa de mantenimiento de la salud (por ejemplo, 2006) y utilice las siguientes columnas para cada año calendario. En el ejemplo anterior, la segunda columna corresponderá a 2007 y así sucesivamente.

En el renglón inmediatamente inferior señale la edad, en años, cumplida por el paciente al inicio del año señalado en la casilla superior.

Paso 3

Registre cada una de las actividades de mantenimiento de la salud que se realicen.

Si se realiza una actividad de *consejería*, el tópico deberá encerrarse en un círculo, de forma tal que permita, en una próxima consulta, identificar rápidamente los tópicos trabajados y los faltantes. En la columna de la derecha se escribirá la fecha de realización y el código de la actividad (aquel señalado entre paréntesis en el listado de las actividades).

Para las actividades de *tamizaje*, en la casilla inmediatamente a la derecha de la actividad a realizar, deberá señalarse la frecuencia con la cual se deberá continuar realizando. Es conveniente llenar este dato a lápiz, puesto que puede variar de acuerdo con las modificaciones del perfil de riesgo del paciente. En la siguiente casilla, correspondiente al año en el cual se realiza la actividad, se registra la fecha de realización (día/mes) y el resultado. Según

el resultado se define el intervalo de tiempo para realizar el siguiente tamizaje y éste se señalará, llenando con lápiz el círculo que se encuentra en el extremo superior derecho de la casilla correspondiente (recuerde que cada una de las casillas a la derecha corresponde a un año calendario).

Para las actividades de *inmunizaciones* y *quimioprofilaxis* se procede de forma similar a las de tamizaje.

Anexo 2. Recomendaciones de otras entidades internacionales de actividades preventivas de salud en adultos mayores de 45 años

Recomendación tipo A

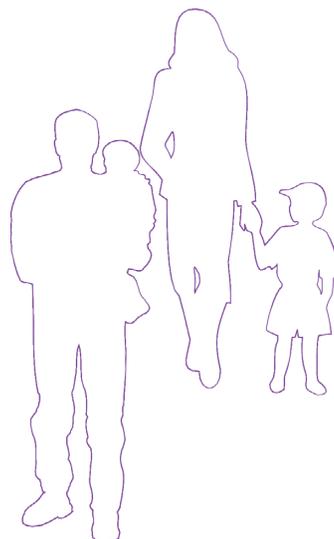
Tabla 2.1

CONDICIÓN DE RIESGO	INTERVENCIÓN	SUSCEPTIBLES
Tabaquismo	Consejería y terapia de replazo de la nicotina	Fumadores
Cáncer de seno	Examen clínico y mamografía	Mujeres entre 50 y 69 años Mamografía cada dos años desde los 50 años. En mujeres de alto riesgo comenzar a los 40 años. También se puede recomendar en mujeres entre los 40 y 50 años, explicando previamente riesgos y beneficios de la mamografía.
	POBLACIÓN DE ALTO RIESGO	
Influenza	Vacunación	Grupos de riesgo Enfermedades crónicas

CONDICIÓN DE RIESGO	INTERVENCIÓN	SUSCEPTIBLES
Hipertensión	Medida de presión sanguínea	Adultos OMS Toma cada 2 años si la PA es < 130/85 Toma cada año si la PA está entre 130 - 140/85-90.
Reducir todas las causas de morbi-mortalidad	Actividad física moderada	Población general
Nutrición	Consejería y cambio de hábitos	Adultos
Alcoholismo	Búsqueda activa y consejería	Población general
Enfermedad coronaria	Dieta	Hombres 30 a 69 años
Cáncer de cérvix	Citología vaginal	Consejos sobre protección en contactos sexuales. Mujeres 35 a 65 años sexualmente activas. Test Papanicolau anual. Después de dos negativos realizar uno cada cinco años. Mujeres >65 sin test previos en los últimos cinco años. Realizar dos test con periodicidad anual y si son normales no más intervenciones. Búsqueda activa de pacientes con factores de riesgo.
Fracturas	Consejería, terapia hormonal	Menopausia
Cáncer de piel	Consejería, protector solar	Población general
	POBLACIÓN DE ALTO RIESGO	
Influenza	Vacunación anual	Grupos de alto riesgo
Cáncer del colon	Colonoscopia cada diez años o rectosigmoidoscopia cada cinco años PAPPS Recomendar dieta rica en fibra y vegetales, pobre en grasas saturadas	Historia familiar No evidencia científica para recomendar la prueba de sangre oculta en heces (SOH) y/o rectosigmoidoscopia en población asintomática sin factores de riesgo reconocidos. Se recomienda la búsqueda activa de los sujetos con factores de riesgo mediante una completa historia personal y familiar que incluya al menos dos generaciones.
Caídas	Consejería multidisciplinaria	Ancianos
Neumonía	Vacunación	Subgrupos específicos

Recomendación Grado B

CONDICIÓN DE RIESGO	INTERVENCIÓN	SUSCEPTIBLES
Colesterol	Colesterol en sangre	<p>Determinar después de los 35 años en varones y después de los 45 en mujeres. Después, cada cinco años hasta los 75. En > 75 realizar una determinación si no lo tenía previamente.</p> <p>Controles periódicos entre 35 y 65 años en hombres y 45 y 65 años en mujeres (intervalo sin determinar, podría ser cada 5 años o más si no hay factores riesgo cardiovascular).</p> <p>No hay razones para recomendarlos en personas > 65 asintomáticas (considerar caso a caso, según los factores de riesgo, esperanza de vida).</p> <p>En los controles se debe determinar el nivel de colesterol, HDL. No hay evidencias suficientes para aconsejar la determinación de triglicéridos.</p>
Diabetes	Glicemia	<p>Buscar en > 45 años, periodicidad cada tres años.</p> <p>En < 45 si hay factores de riesgo.</p> <p>No evidencias para recomendar búsqueda de rutina en asintomáticos.</p> <p>Buscar en adultos con hipertensión o hiperlipidemia.</p>
Obesidad	IMC	<p>OMS</p> <p>Conocer talla y peso, calcular IMC de todos los pacientes.</p> <p>Educación sobre los riesgos de salud que ocasiona el sobrepeso. Cada cinco años</p>
Cáncer de próstata	No se recomienda en la actualidad tamizaje en pacientes con riesgo moderado. Se aconseja que en varones > 50 años y con expectativa de vida superior a diez años se le ofrezca dicha posibilidad informándole de los beneficios y limitaciones de los test. En pacientes de raza negra o con antecedentes familiares de cáncer de próstata se debe comenzar a los 45 años. En pacientes con múltiples familiares de primer grado con cáncer de próstata en edad temprana se comienza a los 40, y según los resultados, no sería necesario realizar más controles hasta los 45.	Hombres mayores de 50 años



Bibliografia

1. Canadian Task Force Preventive Guidelines: *Their Role in Clinical Prevention and Health Promotion*. 1994.
2. *Exercise and Physical Activity in the Prevention and Treatment of Atherosclerotic Cardiovascular Disease*. A Statement From the Council on Clinical Cardiology Circulation. 2003. 107: 3109-3116.
3. *Exercise Standards for Testing and Training A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association*. Circulation. 2001. 104: 1694-1740.
4. Manson J, Reenland P, Lacroix A, Mouton S *et al*. *Walking compared with vigorous exercise for the prevention of cardiovascular events in women*. N Engl J Med 2002. 347: 716-25.
Kushi LH, Fee R, Folsom P, Mink PJ, Anderson KE and Sellers TA Physical activity and mortality in postmenopausal women JAMA 1997; 277: 1287-1292
5. Canadian Task Force Preventive Guidelines. *Physical Activity Counselling*, 1994.
6. Summary of the American Heart Association's Evidence-Based Guidelines for Cardiovascular Disease Prevention in Women: the Expert Panel/Writing Group Arterioscler Thromb Vasc Biol 2004; 24: 394-396.
7. Bijnen FC, Caspersen CJ, Feskens E, Saris W, *et al* *Physical Activity and 10-Year Mortality From Cardiovascular Diseases and All Causes*. The Zutphen Elderly Study Arch Intern Med. 1998. 158: 1499-1505.
8. *Exercise and older patients: Guidelines for the clinician*. Christmas C and Andersen R. J Am Geriatr Soc 48. 2000. 318.
9. Hsia J, Wu L, Allen C, Oberman A, Lawson WE, Torrens J, Safford M, Limacher MC, Howard BV; *Women's Health Initiative Research Group*. *Physical activity and diabetes risk in postmenopausal women*. Am J Prev Med. 2005. 28: 19-25.
10. Taylor RS, Brown A, Ebrahim DM, Jolliffe J *et al*. *Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: Systematic Review and meta-analysis of randomized controlled trials*. Am J Med 2004. 116: 682-692.
11. Gardner AW, Poehlman ET. *Exercise rehabilitation programs for the treatment of claudication pain: a meta-analysis*. JAMA. 1995; 274: 975-980.
12. Suzuki T, Kim H, Yoshida H, Ishizaki T. *Randomized controlled trial of exercise intervention for the prevention of falls in community-dwelling elderly Japanese women*. J Bone Miner Metab. 2004. 22: 602-11.
13. Williams MA, Fleg JL, Ades PA, Chaitman BR *et al*. *Secondary Prevention of Coronary Heart Disease in the Elderly (With Emphasis on Patients >75 Years of Age)* An American Heart Association Scientific Statement From the Council on Clini-

- cal Cardiology Subcommittee on Exercise, Cardiac Rehabilitation, Circulation. 2002.105: 1735-1743.
14. Hakim A, Petrovitch H, Burchfiel C, Ross W et al . *Effects of walking on mortality among nonsmoking retired men.* N Engl J Med 1998. 338: 94-9.
 - 15 Canadian Task Force Preventive Guidelines: *Early Detection and Counselling of Problem Drinking.* 1994.
 16. ICSI Health Care Guideline. Preventive Service for adults. 2004.
 17. Screening for alcohol-related problems in the general population using CAGE and DSM-IV: characteristics of congruently and incongruently identified participants. *Addict Behav.* 2004; 29: 867-78
 18. Aertgeerts B, Buntinx F, Kester A. *The value of the CAGE in screening for alcohol abuse and alcohol dependence in general clinical populations: a diagnostic meta-analysis.* J Clin Epidemiol. 2004 57: 30-9.
 - 19: Mendoza-Sassi RA, Beria JU. *Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in southern Brazil.* *Addiction.* 2003. 98: 799-804.
 20. Boletín Epidemiológico de la OMS. 83, 2002.
 21. Canadian Task Force Preventive Guidelines *Prevention of Tobacco-Caused Disease.* 1994.
 22. U.S. Preventive Services Task Force Counseling: *Tobacco Use.* 2003.
 23. U.S. Department of Agriculture (USDA) and U.S. Department of Health and Human Services (HHS): *USA Food Guide Pyramid the 2005 Dietary Guidelines for Americans.* 2005.
 - 24 *Global strategy on diet, physical activity and health.* Organización Mundial de la Salud, 2004.
 25. Ministerio de la Protección Social de Colombia. Instituto Nacional de Salud. *Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos.* 2002.
 26. Humphrey L, Helfand, M., Chan B, and. Woolf, S. *Breast Cancer Screening: A Summary of the Evidence for the U.S.* Preventive Services Task Force *Ann Intern Med.* 2002. 137: 347-360.
 27. U.S. Preventive Services Task Force. *Screening for Cervical Cancer.* 2003.
 28. National Health and Medical Research Council of Australia. *Guidelines for the prevention, early detection and management of colorectal cancer: A guide for general practitioners.* 1998.
 29. Canadian Task Force on Preventive *Health Care Colorectal cancer screening;* 2001.
 30. U.S. Preventive Services Task Force: *Screening for Colorectal Cancer,* 2002.

30. Rodríguez M, Chantada V, Asensi A. *Cáncer de Próstata*. FISTERRA.com Guías Clínicas. 2004.
- 31 American Academy of Family Physicians. *Summary of Policy Recommendations for Periodic Health Examinations*, 2005.
32. Canadian Task Force on Preventive Health care: *Screening for Prostate Cancer*, 1994.
33. U.S. Preventive Services Task Force. *Screening for Prostate Cancer: Recommendation and Rationale* U.S. Preventive Services Task Force Ann Intern Med. 2002. 137: 915-916.
34. Globocan 2000. *Incidencia y mortalidad por cáncer en Colombia*. 2000.
35. M Inoue, S Tsugane. *Epidemiology of gastric cancer in Japan*. Postgrad. Med. J. 2005. 81; 419-424.
36. Rodríguez A, Alvarado J, Sandler R, Hani A et al. *Asociación entre infección por helicobacter pylori y cáncer gástrico en Colombia*. Acta Med Col 2000. 25: 112-116.
37. Pineda LF, Otero W, Gómez M, Arbeláez V, Otero E. *Enfermedad estructural y valor predictivo de la historia clínica en pacientes con dispepsia no investigada*. Rev Colomb Gastroenterol 2004. 19: 13-25
38. Asociación colombiana de osteología y metabolismo mineral. Conferencia de consenso: *Diagnóstico y manejo de la osteoporosis*. 2002.
39. NIH Consensus Development panel on *Osteoporosis Prevention, diagnosis and therapy*. JAMA 2001. 285; 785-795.
40. U.S. Preventive Services Task Force. *Osteoporosis: Screening*, 2002.
41. Cheung A., Feig D, Kapral M, Diaz-Granados N, Dodin S, and the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *Prevention of osteoporosis and osteoporotic fractures in postmenopausal women*. Recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ: 2004. 170 -178.
42. U.S. Preventive Services Task Force. *Screening for Coronary Heart Disease* Recommendation Statement Ann Intern Med. 2004. 140: 569-572.
43. Fajardo H, Gutiérrez A, Navarrete S y Barrera J. *Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular. Localidad de los Mártires*. Bogota-Colombia. Rev Fac Medic Univ Nal, 2003. 51: 198-202.
44. Ministerio de Salud. II Estudio nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas-ENFREC II 1999.
45. Grundy SM, Cleman JI, Merz B, Brewer HB, Clark LT, Hunninghake B; et al. *For the Coordinating Committee of the National Cholesterol Education Program NCEP Report*. Implications of Recent Clinical Trials for the National Cholesterol

Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines Circulation. 2004.
110: 227-239.

46. US Preventive Services Task Force. *Screening for Lipid Disorders in Adults*. 2001

47. ICSI Health Care Guideline. *Lipid Screening in adults*. 2004.

48. US Preventive Services Task Force. *Screening for Obesity in Adults*. 2003.

