



Gestión de la Cultura y el Bienestar
Unidad de Salud – Asistencial
Atención de Primera Vez para la Detección de Alteraciones del Adulto Mayor

Código: PA-GU-10-PT-18

Versión: 0

Fecha de Actualización: 11-04-2016

Página 1 de 29

1. PROCESO/SUBPROCESO RELACIONADO:	Gestión de la cultura y el bienestar- Gestión Asistencial Unidad de Salud
2. RESPONSABLE(S):	Médico (a) general
3. OBJETIVO:	Realizar prevención de las enfermedades más prevalentes en la Unidad de Salud, 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.
4. ALCANCE:	Aplica a toda la población adulto mayor de 45 años afiliada a la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca,
5. MARCO NORMATIVO:	<ul style="list-style-type: none">• Ley 100 del 23 diciembre 1993. (SSSI)• Resolución 3997 del 30 octubre de 1996. (Definen acciones de p y p).• Acuerdo 117 del 30 noviembre 1998 (obligatoriedad).• Resolución 412 del 25 febrero 2000. (norma técnica: actividades p y p, demanda inducida y guías enfermedades en salud pública, programación de actividades, seguimiento y evaluación).• Resolución 3384 del 29 de diciembre de 2000 (incluye actividades Pos, copagos y cuotas moderadoras).• Guía para la prevención de la enfermedad crónica y mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 años. Ministerio de la Protección Social. 2007.• Resolución 4505 del 28 de diciembre de 2012. (Reporte SISPRO sistema de integración de la información de la protección social)• PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA 2012-2021

6. CONTENIDO:

No.	Actividad / Descripción	Cargo Responsable	Punto de control
1	Saludar al paciente y confirmar su identificación. Revisar que este agendado y facturado.	Médico (a) general	Historia Clínica



Gestión de la Cultura y el Bienestar
Unidad de Salud – Asistencial
Atención de Primera Vez para la Detección de Alteraciones del Adulto Mayor

Código: PA-GU-10-PT-18

Versión: 0

Fecha de Actualización: 11-04-2016

Página 2 de 29

2	Realizar lavado de manos según protocolo institucional	Médico (a) general	Historia Clínica
3	Crear un ambiente de confianza para la atención	Médico (a) general	Historia Clínica
4	Realizar anamnesis basándose en los siguientes ítems y registrar en la Historia clínica del Individuo sano mayor de 45 años, según su correspondiente instructivo descrito en el anexo 1: <ul style="list-style-type: none">• Datos socio-demográficos.• Antecedentes familiares, describir el tipo de enfermedad y el parentesco con la persona enferma. (diabetes Mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedades Cardio-cerebro-vasculares, cáncer de cuello uterino, seno, próstata, estómago o colorectal).• Antecedentes personales, describiendo el tiempo de evolución de la enfermedad y/o procedimientos (cardiovasculares, metabolismo, neoplásicas, crónicas del pulmón, musculo esqueléticas y neurológicas• Indagar sobre hábitos como: cigarrillo, alcohol, actividad física, alimentación y manejo de estrés.• Indagar sobre antecedentes ginecoobstétricos.(G P A C V M, realización de citología, mujer en edad menopáusica o peri menopáusica)• Indagar sobre factores de riesgo describiendo en la casilla de observaciones lo específico para cada una.	Médico (a) general	Historia Clínica
5	Evaluar el APGAR Familiar entregando de forma impresa al individuo el MA-GO-FOR-17 APGAR Familiar y solicitar su diligenciamiento. Una vez sea diligenciado, calificar la función familiar de acuerdo a lo descrito en el Anexo 2 y registrar lo pertinente	Médico (a) general	PA-GU-10-FOR-17 APGAR familiar MA-GO-FOR-18



Gestión de la Cultura y el Bienestar
Unidad de Salud – Asistencial
Atención de Primera Vez para la Detección de Alteraciones del Adulto Mayor

Código: PA-GU-10-PT-18

Versión: 0

Fecha de Actualización: 11-04-2016

Página 3 de 29

	en MA-GO-FOR-18 Historia clínica del individuo sano mayor de 45 años.		Historia clínica
6	Realizar la medición de signos vitales (tensión arterial, frecuencia cardiaca, temperatura y frecuencia respiratoria), de acuerdo al protocolo institucional establecido.	Médico (a) general	Historia clínica
7.	Realizar Evaluación nutricional según peso y talla determinando el índice de masa corporal y la relación cintura cadera y glucometría, según protocolo institucional establecido	Médico (a) general	Historia clínica
8	Realizar examen físico en orden cefalocaudal y registrarlo en la Historia clínica del Individuo sano mayor de 45 años según su correspondiente instructivo descrito en el anexo 1. · Examen de órganos de los sentidos, incluida la Agudeza Visual. · Auscultación cardiopulmonar. · Examen físico de seno · Palpación abdominal. · Tacto rectal en hombres · Valoración del sistema músculo -esquelético. · Valoración neurológica y de la esfera mental.	Médico (a) general	Historia clínica
9	Realizar el diagnóstico de la consulta de acuerdo a la codificación CIE- 10 y registrarlo en la Historia clínica del Individuo sano mayor	Médico (a) general	Historia clínica



Gestión de la Cultura y el Bienestar
Unidad de Salud – Asistencial
Atención de Primera Vez para la Detección de Alteraciones del Adulto Mayor

Código: PA-GU-10-PT-18

Versión: 0

Fecha de Actualización: 11-04-2016

Página 4 de 29

	de 45 años.		
10	Definir las conductas de tipo diagnóstico teniendo en cuenta lo descrito en el anexo 3 y registrarlo en MA-GO-10-FOR-18 Historia clínica del Individuo sano mayor de 45 años según su correspondiente instructivo descrito en el anexo 1.	Médico (a) general	Historia clínica
11	Definir las conductas de tipo remitario según el anexo 4 y registrarlo en MA-GO-10-FOR-18 Historia clínica del Individuo sano mayor de 45 años según su correspondiente instructivo descrito en el anexo 1.	Médico (a) general	Historia clínica
12	<p>Dar orden para exámenes de laboratorio descritos en la norma 412 de 2000:</p> <ul style="list-style-type: none">· Glicemia basal (Glucosa en suero LCR u otro fluido diferente a orina 90.3.8.41)· Perfil Lipídico (Colesterol de Alta densidad HDL 90.3.8.15, colesterol de baja densidad LDL 90.3.8.16, colesterol total 90.3.8.18 triglicéridos 90.3.8.73)· Creatinina (Creatinina en suero, orina u otros 90.3.8.25)· Uroanálisis con sedimento y densidad urinaria(90.7.1.05) <p>Ante la sospecha de algunas de las enfermedades de interés en el adulto mayor o de cualquier otro cuadro patológico, se deben realizar los procedimientos requeridos para el diagnóstico definitivo y el tratamiento necesario.</p>	Médico (a) general	Historia clínica Ordenes medicas



13	Brindar educación sobre estilos de vida saludable, según lo descrito en el anexo 5.	Médico (a) general	Historia clínica
14	<p>Indicar al paciente los pasos a seguir de acuerdo a la evaluación de la presente consulta y los resultados de los exámenes prescritos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Persona mayor de 45 años sin antecedentes de riesgo, sin síntomas atribuibles a patologías crónicas, con examen físico normal (Persona Sana), debe recibir información sobre estilos de vida saludable y dar indicaciones para control por medicina general a los 5 años. A toda mujer se le debe realizar la citología vaginal si no la tiene y continuar con los controles según el esquema 1-1-3 descrito en la norma para la detección temprana de cáncer cérvico uterino. Así mismo mujeres mayores de 50 años sin mamografía de seno, deben ser remitidas para la realización del mismo.- Persona mayor de 45 años con factores de riesgo para enfermedades de referencia, pero sin síntomas atribuibles a las patologías antes mencionadas y con examen físico normal deben recibir educación en estilos de vida saludables y hacer un plan de intervención de los factores de riesgo específicos. Se deberá dar indicaciones para control con médico general a los cinco años.- Persona mayor de 45 años con o sin factores de riesgo, con signos, síntomas o secuelas atribuibles a las enfermedades de interés, con cualquier otro cuadro patológico, o con resultados de laboratorio anormales, debe ser remitida para diagnóstico definitivo y tratamiento.	Médico (a) general	Historia clínica
15	Orientar al paciente para que se dirija a la sala SIP de la institución para adelantar el	Médico (a) general	- Agenda



Gestión de la Cultura y el Bienestar
Unidad de Salud – Asistencial
Atención de Primera Vez para la Detección de Alteraciones del Adulto Mayor

Código: PA-GU-10-PT-18

Versión: 0

Fecha de Actualización: 11-04-2016

Página 6 de 29

respectivo trámite de las órdenes de apoyo para los exámenes e interconsultas solicitados, y para que solicite el agendamiento de una cita con medicina general (a más tardar en 15 días) donde se realizará la revisión de los exámenes solicitados.	medica - Registro de órdenes de apoyo.
---	---

7. FORMATOS:	PA-GU-10-FOR-18 Historia clínica del Individuo sano mayor de 45 años PA-GU-FOR-17 APGAR Familiar. PA-GU-10-FOR-51 Consentimiento informado asesoría VIH
8. ABREVIATURAS Y DEFINICIONES:	APGAR: son los parámetros básicos de la función familiar: Adaptación, Participación, Ganancia o Crecimiento, Afecto y Recursos. ANAMNESIS: Se refiere a la información recopilada por un médico mediante preguntas específicas, formuladas bien al propio paciente o bien a otras personas que conozcan a este último (en este caso, también es llamada heteroanamnesis) para obtener datos útiles, y elaborar información valiosa para formular el diagnóstico y tratar al paciente. CEFALOCAUDAL: significa literalmente de la cabeza a los pies.

9. REGISTRO DE MODIFICACIONES:

Fecha	Versión: No.	Código	Modificaciones
11-04-2016	0	PA-GU-10-PT-18	Creación de protocolo

10. ANEXOS:	- Anexo 1 Instructivo para el diligenciamiento de la historia
--------------------	---



Gestión de la Cultura y el Bienestar
 Unidad de Salud – Asistencial
 Atención de Primera Vez para la Detección de Alteraciones del Adulto Mayor

Código: PA-GU-10-PT-18

Versión: 0

Fecha de Actualización: 11-04-2016

Página 7 de 29

	<p>clínica individuo sano mayor de 45 años.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anexo 2 Calificación APGAR Familiar. - Anexo 3 Conductas diagnósticas. - Anexo 4 Conductas remisorias. - Anexo 5 Educación en estilos de vida saludable.
--	---

ELABORACIÓN		REVISIÓN	
Nombre: Yenny Patricia Galindo Valencia		Nombre: María del Socorro Cisneros Enríquez	
Cargo: Enfermera		Responsable Subproceso	
Fecha: DD-MM.AA		Cargo: Directora	
		Fecha: DD-MM.AA	
REVISIÓN		APROBACIÓN	
Nombre: María del Socorro Cisneros Enríquez			
Responsable Proceso			
Cargo: Directora		Rector Juan Diego Castrillón Orrego	
Fecha: DD-MM.AA		Fecha: 11-04-2016	

COPIA NO CONTROLADA



Anexo 1: Diligenciamiento de la historia clínica

Identificación

Los datos de este sector son importantes para localizar al usuario y recuperar su historia del archivo. Los nombres y apellidos deben reproducirse fielmente en letra de imprenta, perfectamente legible, ya que cualquier alteración puede dificultar la ubicación de la HCA cuando se la requiera.

Apellidos y nombres: El/los apellido/s y nombre/s completo/s según el adolescente ha sido inscripto en el Registro Civil, anotados en letra de imprenta.

H.C.Nº (número de historia clínica): Es el número de historia clínica asignado al usuario por el establecimiento donde es atendido, admite hasta diez dígitos. Se recomienda que este número se corresponda con el número de documento del adolescente. Si al implementarse la HCA ya tuviera iniciada una historia clínica en la institución, anotar el número que le fue asignado anteriormente.

Teléfono: El del domicilio. Si no existiera teléfono en el domicilio, anotar un número de teléfono donde el adolescente o su familia puedan ser contactados en caso de requerirse. Marcar en el casillero si corresponde a su domicilio o a un lugar donde pueden recibir el mensaje.

Fecha de nacimiento: Día, mes y los dos últimos dígitos del año de nacimiento del adolescente.

Edad: Anotar la edad del adolescente en años y meses cumplidos, correspondiente al momento de la atención.

Sexo: El que corresponda, de acuerdo con el sexo del adolescente.

Estado civil: Marcar con una cruz el casillero correspondiente según que al momento de la consulta el adolescente sea “casado”, “soltero”, “unido”, “separado” u “otro”.

Etnia: Se ha incluido este dato en la HCA debido a que los pueblos indígenas y las comunidades afrodescendientes representan más del 40% de la población de la región.

Domicilio: El de residencia habitual del usuario. Consignar la calle, el número y el barrio. Si no se pudiera identificar el domicilio con estos datos, anotar cualquier otra referencia que facilite su localización. Por ejemplo Km 10 de la Ruta 8.

Localidad: Nombre de la ciudad, pueblo o paraje, donde se encuentre el domicilio. A su lado se puede registrar el código geográfico, si se ha establecido alguno.



Lugar de nacimiento: Nombre de la ciudad, pueblo o paraje, donde haya nacido el adolescente, sin olvidar registrar país de nacimiento, si no coincide con el del lugar donde es atendido.

Acompañante: Consignar el/los casillero/s que correspondan según asista a la consulta solo, con su pareja, con un amigo/a, con un pariente, o con otros. Las opciones no son excluyentes, puede consignarse más de una opción, excepto cuando se consigne “solo”.

En caso necesario especificar en Observaciones.

Motivos de consulta según el usuario: Consignar los problemas verbalizados por el paciente en el primer momento de la consulta, en el orden correlativo según la trascendencia que él mismo refiera.

Antecedentes personales

Se refieren a aquellos hechos importantes de la vida del paciente que pueden tener influencia en su vida actual, y que pueden ser asociados con factores de riesgo. Al identificar factores de riesgo se hace necesario, al mismo tiempo, identificar factores o situaciones de protección para elaborar estrategias de tratamiento o referencia específicas en el servicio o a través de una red intersectorial.

- Hipertensión arterial.
- Diabetes Mellitus.
- Tuberculosis.
- Cáncer (Ca de estomago, Ca de próstata, Ca mama, Ca de cérvix, Ca de colón)
- Cardiopatías.
- Enfermedades Autoinmunes.
- Epilepsia.
- Trastorno metabolismo.
- Dislipidemias.
- Cirugías.
- Accidentes
- Alergia
- Otros

Antecedentes familiares

Este sector puede completarse por anamnesis del usuario /a o el acompañante. Consignar la presencia o no del antecedente, según corresponda.

- Diabetes



- Obesidad
- Cardiovasculares, incluyendo hipertensión arterial
- Alergia
- Infecciones, entre ellas tuberculosis e infección por VIH
- Cáncer (Ca de estómago, Ca de próstata, Ca mama, Ca de cérvix, Ca de colón)
- Problemas psicológicos
- Alcohol, drogas y otros
- Violencia intrafamiliar
- Madre y/o padre adolescente
- Judiciales
- Otros

GENITOURINARIO EN LA MUJER

Menarca: Anotar la edad en años y meses de la primera menstruación.

Gestas previas

Se refiere al número de gestaciones previas.

Partos / Vaginales - Cesáreas

Se refiere al número de partos. Si corresponde se anotará el número de partos y de ellos preguntar: *¿Cuántos fueron partos vaginales y Cuantos fueron por cesárea?*

Abortos

Se define como Aborto a la expulsión del producto de la gestación antes de las 22 semanas o con un peso menor a 500 gramos. Se registrarán de la misma manera los antecedentes de abortos espontáneos o inducidos.

Nacidos vivos

Según la CIE 10 se clasificará un recién nacido como vivo si muestra cualquier signo de vida después de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo. Se considerarán signos de vida si el recién nacido respira, late su corazón, su cordón pulsa o tiene movimientos apreciables de los músculos voluntarios.

Nacidos muertos

Según la CIE 10 se clasificará un recién nacido como muerto si no evidencia signos de vida luego de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre independientemente de la duración del embarazo.

Viven



Se refiere al número de hijos que están vivos al momento de la consulta.

Menopausia

Se refiere a la suspensión completa de las menstruaciones.

Sexarquia.

Edad a la que una persona inicia las relaciones sexuales

Descripción de los ciclos

Si son regulares o irregulares.

No de compañeros sexuales hasta el momento

No de compañeros sexuales actuales

Ha presentado infecciones de transmisión sexual previas

Cuántas y si han tenido tratamiento.

Fecha de la última citología

Registrar los resultados

Fecha de la última mamografía

Registrar el resultado

GENITOURINARIO EN EL HOMBRE

Tacto rectal

Fecha en que se realizó el examen

Prueba de antígeno prostático

Fecha en que se lo realizaron y su resultado.

Número de compañeras sexuales hasta el momento

Número de compañeras sexuales actuales.

Tiene alguna preferencia sexual

APGAR familiar

Registrar el resultado obtenido en el análisis.

Signos vitales

Realizar la medición de la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, la tensión arterial en el brazo derecho como en el izquierdo, sentado, acostado por último tomar glucometría de control.

Evaluación nutricional

Realizar la toma de peso, obtener el índice de masa corporal para evaluar el estado nutricional, también medición de circunferencia de cadera y circunferencia de cintura y registrarlos.

El IMC se calcula con la siguiente fórmula: peso (Kg)/ talla² y los resultados se interpretan teniendo en cuenta la siguiente clasificación.

- Bajo peso: menor a 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 II: mayor de 40.

Examen físico

Realizar examen físico en orden cefalocaudal.

Cabeza: ojos (incluyendo la valoración de la agudeza visual), oídos, nariz, boca y garganta.

Cuello: valoración de glándula tiroidea

Tórax: auscultar pulmón y corazón. Realizar examen de mama.

Abdomen: sistema digestivo y hernias.

Genitourinario: valorar en hombres la próstata mediante tacto rectal y realizar valoración ginecológica en la mujer.

Musculo-esquelético: revisar columna y en miembros inferiores pulsos y varices.

Sistema linfático: determinar la presencia de ganglios inflados. (Tamaño, consistencia, ubicación)

Sistema linfático: determinar la presencia de ganglios inflados. (Tamaño, consistencia, ubicación)

Sistema Nervioso Central: evaluar esfera mental, reflejos.

COPIA NO CONTROLADA



ANEXO 2. CALIFICACIÓN DEL APGAR FAMILIAR

Este instrumento consiste en una tabla con cinco enunciados que hacen referencia a las características básicas que hacen que la familia sea funcional y armónica, estos enunciados hacen referencia a:

- **Adaptación (A):** es la utilización de los recursos intra y extra familiares para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por algún estrés o durante un período de crisis.
- **Participación (P):** es la participación en la familia, en compartir la toma de decisiones y responsabilidades, como miembro de la familia. Define el grado de poder con los miembros de la familia.
- **Crecimiento (G - Growth):** es el logro de una maduración emocional, física y en autorrealización de los miembros de la familia, a través del soporte y de la guía mutua.
- **Afecto (A):** es la relación de amor y atención que existe entre los miembros de la familia.
- **Resolución (R):** es el compromiso o determinación de compartir los recursos como espacio, tiempo y dinero en la familia.

Cada uno de los enunciados se evalúa en una escala de cinco opciones:

- Siempre = 4,
- Casi siempre = 3
- Algunas veces = 2
- Casi nunca = 1
- Nunca = 0.

El formato lo debe diligenciar directamente el paciente y la interpretación del resultado es:

- **Buena función familiar: 18 - 20 puntos**
 - **Disfunción familiar leve: 14 - 17 puntos**
 - **Disfunción familiar moderada: 10 - 13 puntos**
 - **Disfunción familiar severa: 9 puntos o menos**
-

Anexo 3. Conductas diagnósticas

Examen de laboratorio a solicitar	Indicación
<ul style="list-style-type: none"> • Colesterol total • Colesterol HDL • Glicemia. • Creatinina. • Uroanálisis. • Hemograma 	<p>Estos exámenes de deben realizar cada cinco años todos los individuos mayores de 40 años con o sin antecedentes de riesgo.</p>
Citología cervicouterina	<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres hasta los 69 años con periodicidad anual. • Suspender el test a los 69 años si no hay predisposición para Ca de Cérvix.
Densitometría	Mujeres de 60 a 85 años cada 2 años.
Antígeno prostático	Población masculina de 45 a 70 años cada 2 años.
Prueba VIH/SIDA y VDRL	Según riesgo determinado en anamnesis. Previa asesoría prueba VIH.
Mamografía	<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres con alto riesgo: realizar mamografía a partir de los 40 años de edad, cada 2 años, hasta los 69 años. • Mujeres con bajo riesgo: realizar mamografía entre los 50 y 69 años de edad, cada 2 años.
Sangre oculta en heces	Personas mayores de 50 años con riesgo de Cáncer de colon realizar el examen cada año.
Colonoscopia	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando la prueba de sangre oculta en heces es positiva. • Realizar Colonoscopia cada 3 años a los individuos mayores de 40 años con antecedente familiar de cáncer colorectal en familiar menor de 60 años. • Realizar la colonoscopia cada 2 años a las personas con antecedente de Poliposis familiar.



ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS GENERALES TAMIZAJES:

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCION
1.	Tamizaje del abuso de alcohol	Debe explorarse el abuso de alcohol y, de existir, realizar consejería para la modificación de dicho comportamiento
2.	Uso de aspirina para la prevención primaria de eventos cardiovasculares Salud bucal y ocular	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
3.	Salud bucal y ocular	Remitirse a las Guías específicas para estos dos temas
4.	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 1-1-3 en aquellas mujeres con bajo riesgo de infecciones de transmisión sexual
5.	Tamizaje del cáncer de colon y recto	Realizar tamizaje a hombres y mujeres desde los 50 años
6.	Tamizaje de la diabetes Mellitus tipo 2	Tamizar adultos con hipertensión o hiperlipidemia
7.	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
8.	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
9.	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).
10.	Tamizaje de obesidad	Tamizar a todos los adultos. Ofrecer consejería intensiva e intervenciones comportamentales para promover una pérdida de peso sostenida en adultos obesos
11.	Tamizaje de osteoporosis pos menopáusica	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).
12.	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: <ul style="list-style-type: none"> • Hombres que tienen actividad sexual con otros hombres • Trabajadores y trabajadoras sexuales • Personas que intercambian sexo por drogas • Personas detenidas en cárceles
13.	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
14.	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

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

Recomendación tipo A

CONDICIÓN DE RIESGO	INTERVENCIÓN	SUSCEPTIBLES
Tabaquismo	Consejería y terapia de remplazo 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 Papanicolaou 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 colón	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.
Caidas	Consejería multidisciplinaria	Ancianos
Neumonía	Vacunación	Subgrupos específicos



Recomendación Grado B

CONDICIÓN DE RIESGO	INTERVENCIÓN	SUSCEPTIBLES
Colesterol	Colesterol en sangre	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. 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). No hay razones para recomendarlos en personas > 65 asintomáticas (considerar caso a caso, según los factores de riesgo, esperanza de vida). En los controles se debe determinar el nivel de colesterol, HDL. No hay evidencias suficientes para aconsejar la determinación de triglicéridos.
Diabetes	Glicemia	Buscar en > 45 años, periodicidad cada tres años. En < 45 si hay factores de riesgo. No evidencias para recomendar búsqueda de rutina en asintomáticos. Buscar en adultos con hipertensión o hiperlipidemia.
Obesidad	IMC	OMS Conocer talla y peso, calcular IMC de todos los pacientes. Educar sobre los riesgos de salud que ocasiona el sobrepeso. Cada cinco años
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

COPIA



Anexo 4. Conductas remisorias

Remisión a Solicitar	Indicación
Psicología	Remitir a consulta psicosocial al usuario/a que presente: <ul style="list-style-type: none">• Algún grado de disfunción familiar.• Orden para asesoría prueba VIH. Formato PA-GU-10-FOR-51.• Abuso de Alcohol, cigarrillo, sustancias psicoactivas.• Aquellas que requieran incluirse en actividades de cambios en estilos de vida como el sedentarismo y trastornos en la alimentación.
Nutrición	Remisión a nutrición si el usuario/a presenta: Sobrepeso, obesidad o bajo peso.
Tamizaje de tensión arterial por enfermería	<ul style="list-style-type: none">• Cada 2 años para aquellos cuya cifra de tensión arterial sistólica y diastólica sea inferior a 130/84 mm/hg.• Cada año para aquellos cuya tensión arterial sistólica se encuentra en un rango de 130/139 mm/hg o diastólica de 85/89 mm/hg.• Si presenta tensión arterial mayor a las señaladas se debe iniciar manejo según guía de atención para HTA.
Optometría	Remitir a medición de la agudeza visual a los individuos que tengan 45 años de edad.
Oftalmología	Remitir a los individuos que tengan 55,65, 70, 75,80 y 85 años de edad.
Salud bucal	Remitir a todos los individuos mayores de 40 años a las actividades de detartraje y control de placa bacteriana.
Odontología	Según hallazgos de la consulta
Fonoaudiología	Según hallazgos de la consulta
Fisioterapia	Según hallazgos de la consulta
Laborterapia.	Según hallazgos de la consulta



Anexo 5. Educación en estilos de vida saludable

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 Cardio respiratoria, fuerza muscular, composición corporal y flexibilidad. Hay buena evidencia que soporta la efectividad de la actividad física regular como prevención primaria de hipertensión y enfermedad cardiovascular.

También parece prevenir el desarrollo de obesidad, diabetes Mellitus y osteoporosis. 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.

La forma de actividad física más adecuada para un individuo está dada por sus propias necesidades, limitaciones y expectativas, 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. Se consideran actividades de intensidad moderada caminar a paso normal, montaren bicicleta suavemente, limpieza de ventanas y bailar lentamente.

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, reduce el riesgo de diabetes y de enfermedad coronaria y aumenta la longevidad.

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.

Una manera para mejorar la adherencia a los programas de ejercicio es que el esposo o esposa o una persona cercana también se involucren 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.

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.

2. 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 remplazan 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 polinsaturados y monoinsaturados como pescado, nueces y ácidos vegetales.
- Limite la ingesta de grasas y aceites ricos en ácidos grasos saturados.
- 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.

Comidas densas en nutrientes

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

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.

Recomendaciones basadas en una dieta de 2000 calorías

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.

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)

3. 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.



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

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.

4. 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.

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.

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.

5. 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. 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 colorectal 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.

6. 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.

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.

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.

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:

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, de limitación 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).



3. Determinación del antígeno prostático específico (PSA).

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 concluyente y mezclada sobre si la detección precoz mejora los resultados de salud.

7. 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.

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).

8. 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. 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%, hipocolesterolemia 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 (ENFRECI), realizado en nuestro país en 1998, encontró que el 13,6% de la población adulta en Bogotá tenía hipocolesterolemia, 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, dislipidemias 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 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.

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.

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. 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 colesterol total mayor de 240 mg /dL.

Pacientes con antecedente de dislipidemias, 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 35y 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).

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

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

10. 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.

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.

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).

COPIA NO CONTROLADA