



Libros
Virtuales
IntraMed



Capítulo VIII

PREVENCIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR



¿Por qué Cuidados Preventivos?

Durante las últimas cuatro décadas se ha producido un creciente interés y énfasis en los intentos de prevenir la ocurrencia de enfermedades importantes o detectarlas tempranamente en su estado asintomático con la esperanza de prevenir la morbilidad y la mortalidad subsecuente. Este gran interés es el resultado de diversos factores. Aunque se encontró cura para un número de enfermedades también se reconoció que hay todavía muchas condiciones cuyo manejo en estado sintomático está lejos de ser adecuado. Además, los avances en la tecnología médica produjeron un número de pruebas e investigaciones que pueden detectar situaciones clínicas en etapas más tempranas.

Recientemente, cuando se reconoció la influencia de los hábitos de vida sobre un número de problemas de salud, hubo un creciente deseo de reducir el riesgo y mejorar la calidad de vida modificando actividades esenciales en el estilo de vida. Finalmente, los cuidados preventivos tienen el atractivo potencial de alcanzar un número de metas que incluyen: reforzar la calidad de vida, disminuir la morbilidad, acrecentar el período de vida y, posiblemente, reducir los costos.

Componentes de la prevención Una Perspectiva desde la Medicina Familiar

Promover la salud involucra esfuerzos a nivel de la población así como acciones preventivas clínicas específicas dirigidas a los individuos. Desde la perspectiva del médico de familia es el enfoque individual, cara a cara con su paciente donde se pueden hacer las mayores contribuciones. Desde esta perspectiva hay tres componentes importantes de los cuidados clínicos preventivos que proveen los médicos de familia.

1. Prevención de la enfermedad. Es quizás la más antigua de las actividades clínicas preventivas e intenta impedir la enfermedad antes que comience. Están representadas por la amplia gama de inmunizaciones disponibles. Aunque el número de áreas donde los médicos de familia pueden ser efectivos en la prevención primaria directa de la enfermedad son limitadas, las que existen son muy efectivas e incluyen la inmunización en la infancia, la profilaxis del tétanos y la vacunación contra la influenza.

2. Detección temprana de la enfermedad antes de que se vuelva sintomática. Se trata de un área donde los médicos de familia pueden hacer una contribución especial, difícil de alcanzar a través de otros sectores del sistema de servicios de salud. La detección temprana de la presión sanguínea elevada

y la detección del cáncer cervical en etapas tempranas usando los extendidos de Papanicolau son apenas dos ejemplos importantes.

3. Consejería sobre el estilo de vida. Los médicos de familia pueden desempeñar claramente un papel clave en la provisión de consejos a sus pacientes. Aconsejar a pacientes para cesar de fumar es un ejemplo importante donde los médicos de familia pueden ser efectivos. Se ha argumentado que los médicos de familia deben reconocer que su papel en el área de cambiar los estilos de vida es por una parte muy específico pero de algún modo limitado. Sin embargo, esto no disminuye la importancia considerable de la consejería por médicos de familia y su rol complementario junto con los enfoques comunitarios para cambiar estilos de vida.

Evolución de la prevención clínica

Aunque el énfasis en prevención es de décadas recientes, hay evidencias que se remontan a 1920 cuando, por ejemplo, propaganda en los subterráneos de Nueva York urgía a los individuos a pensar en términos de prevención más que esperar que se desarrollaran los síntomas (1). Otros han argumentado que los conceptos modernos de prevención pueden remontarse tan atrás como mediados del siglo XVIII (2). Sin tener en cuenta su nacimiento, la prevención ha jugado un papel cada vez más importante en los cuidados de salud. Su evolución ha sido una combinación feliz entre el marcado entusiasmo y el reconocimiento de la necesidad de buena evidencia para apoyar las acciones clínicas preventivas.

Criterios de la OMS para Programas de Prevención

1. La condición debe ser un problema de salud importante
2. Debe existir tratamiento efectivo para los casos identificados
3. Los recursos para el diagnóstico y tratamiento deben estar disponibles
4. Debe haber una fase reconocible latente o asintomática
5. Debe existir un test de exactitud aceptable
6. La historia natural de la condición o enfermedad debe ser conocida
7. Debe haber un método consensuado sobre quien debe ser tratado
8. El costo del screening debe ser aceptable
9. La pesquisa de casos debe ser un proceso continuo

El entusiasmo inicial por la prevención comenzó a surgir en la década de 1970 (3,4). Hubo un reconocimiento inicial de la necesidad de someter los esfuerzos en prevención a una cuidadosa evaluación y mayor conciencia de que los criterios de screening de la OMS identificaban importantes dimensiones a considerar antes de embarcarse en esfuerzos e iniciativas mayores en prevención. (Tabla 1)...(5). Fue en respuesta a estas preocupaciones que se creó el Grupo de Tareas Canadiense sobre Examen Periódico de Salud. Este grupo fue la primera organización nacional que estableció criterios objetivos para la evaluación de las actividades preventivas y aplicó criterios explícitos de evidencia antes de hacer recomendaciones sobre acciones preventivas clínicas específicas. El Grupo de Tareas Canadiense consideró las dimensiones importantes de carga de la enfermedad, comportamiento de las pruebas de screening o detección temprana, y la importancia de establecer la efectividad de las intervenciones para la detección temprana antes de recomendar la amplia difusión de su uso. Esta organización también subrayó la importancia de un diseño de investigación cuidadoso, particularmente, el uso de ensayos controlados randomizados sobre la efectividad de las maniobras preventivas. El informe inicial del grupo de trabajo en 1979 recalzó la importancia de basar las acciones en evidencia cuidadosamente revisada (4). Pero fue más allá al instar que se abandonara el examen físico anual de prevención reemplazándolo por acciones específicas dirigidas según género y edad. Desde su informe original en 1979, el grupo de trabajo ha continuado proveyendo revisiones actualizadas y en su libro "The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care" publicó la revisión de 80 acciones clínicas preventivas (6). Enfoques similares fueron adoptados por organizaciones como el Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de los Estados Unidos y el método general ha sido adoptado en forma amplia como

apropiado para evaluar la prevención clínica. Durante la década de los 80 hubo un creciente apoyo para la elaboración de recomendaciones de prevención y guías basadas en evidencia cuidadosamente evaluada pero el desarrollo más importante en los años 90 fue el estudio de estrategias cuidadosas para implementar la prevención clínica efectiva en la práctica diaria (7, 8). A pesar del creciente entusiasmo por incorporar servicios preventivos efectivos en la práctica personal, fue bastante claro que era a menudo una tarea desafiante. Los estudios que avalan las prácticas de los médicos subrayan repetidamente la dificultad que tuvieron (los médicos) en cambiar su comportamiento para aplicar lo que se conocía como efectivo y dejar de realizar actividades que eran riesgosas o de las cuales faltaba evidencia de su real efectividad (9,10,11,12,13). Ahora es bien reconocido lo extraordinariamente difícil que puede ser cambiar el comportamiento en la práctica, reorganizar la práctica individual y cambiar el comportamiento del paciente.(7,8)

Papel clave del médico de familia en prevención

Hay muchas razones por las cuales los médicos de familia están bien colocados para ser líderes en la provisión de cuidados preventivos. La prevención es parte del enfoque comprensivo que los médicos de familia usan para observar a sus pacientes en el ámbito de la atención primaria. Cada año los médicos de familia están en contacto con una proporción significativa de su grupo de pacientes y esto les provee la oportunidad de tener, colectivamente, un mayor impacto a nivel de la población. Finalmente, los médicos de familia tienen la confianza de sus pacientes y son una fuente creíble de información y asesoría.

Conceptos importantes para prevención en Medicina Familiar.

De una acción reactiva a una pro-activa

Atender pacientes que traen sus problemas al consultorio comprende un enfoque reactivo para proveer atención de la salud. El paciente “dispara” la consulta y el médico responde con acciones enfocadas al problema. Proveer servicios preventivos es diferente. Requiere la habilidad de saber quien necesita atención preventiva, quien no ha recibido recientemente intervenciones efectivas específicas y ser capaz de monitorear el éxito general de proveer atención médica al grupo de sus pacientes. Esto es un cambio significativo para muchos médicos de familia y tiene implicaciones que serán analizadas en más detalle.

El concepto de riesgo

El concepto de riesgo es una de las características centrales de la prevención. Puede ser considerado de dos maneras. La primera, es la probabilidad de que exista una enfermedad (en etapa temprana) en un individuo asintomático. Esto ayuda a definir el beneficio potencial de estudiar si hay enfermedad en individuos asintomáticos. Alternativamente, el riesgo representa la probabilidad de que una enfermedad que no está presente actualmente en un individuo, se desarrolle en algún momento futuro. Esta forma de riesgo sugiere decisiones sobre inmunización y esfuerzos para modificar los factores de riesgo por estilos de vida con el propósito de reducir la probabilidad de que una enfermedad en particular ocurra en el futuro.

Por definición, la mayoría en cualquier población, está en un riesgo “normal” para enfermedades específicas. Si este riesgo “normal” es bastante alto puede autorizar al desarrollo de acciones preventivas que han sido probadas como efectivas. Subgrupos de individuos dentro de una población pueden ser identificados como en riesgo más alto que el normal. Este estado de riesgo puede justificar acciones tempranas para la detección y prevención dirigidas a estos subgrupos, que ordinariamente no serían costo-efectivas para la población en general. Finalmente, el concepto de cambiar los factores de riesgo ha sido fuertemente asociado con los esfuerzos para modificar el estilo de vida. Aunque es un concepto importante cabe tener en cuenta dos precauciones. Modificar los factores de riesgo solamente beneficia si reduce verdaderamente la probabilidad de una enfermedad subsecuente. De allí que estudios cuidadosos deben demostrar que la modificación del riesgo será de beneficio para nuestros pacientes o para una población. Segundo, si se sabe que la reducción del factor de riesgo es efectiva, se deben desarrollar estrategias de consejería cuidadosas para la modificación del riesgo y probar que son efectivas, antes de que este tipo de intervención sea utilizada ampliamente.

Imperativo ético de la prevención

Debido a que la prevención clínica es promovida y usualmente iniciada por el médico de familia, el imperativo ético de asegurar que estas acciones producen más beneficio que daño, es aun más fuerte que en el caso del cuidado de un paciente sintomático. El contrato implícito con el paciente sintomático es evitar el daño pero más que eso, proveerle la mejor atención disponible aunque no esté completamente probado que la acción requerida sea efectiva. A la inversa, ofrecer y estimular la atención preventiva a pacientes sanos demanda que lo que se ofrece haya sido claramente establecido como efectivo. De otra manera uno simplemente ofrece falsas esperanzas de beneficio para el problema de “tener una enfermedad” para la cual no hay tratamiento. Debe proporcionarse también información clara sobre cualquier efecto colateral potencialmente asociado.

Barreras para la prevención clínica

Se han identificado barreras potenciales importantes para implementar la prevención (14, 15). Ellas pueden ser agrupadas en tres categorías: las relacionadas con el sistema de servicios de salud, las asociadas con los pacientes, y las asociadas con los médicos. Los problemas del sistema incluyen el inadecuado pago por los servicios preventivos, problemas relativos a grupos con necesidades especiales y la movilidad de los pacientes. Las barreras de los pacientes varían desde la falta de conocimiento sobre las pruebas efectivas de screening a las dudas sobre los beneficios de la prevención y a un deseo consciente o no, de no cambiar sus hábitos insalubres. Finalmente, las barreras de los médicos pueden incluir confusión como resultado de recomendaciones conflictivas, no certeza sobre las pruebas de valor específico para screening, baja proporción de descubrimientos de enfermedades asintomáticas, dificultades debidas a la organización del consultorio y satisfacción tardía por las acciones de screening. Todas estas barreras juegan un papel importante para comprender los desafíos asociados a la implementación de estrategias preventivas efectivas. Sin embargo, es estimulante la nueva evidencia que surge comenzando a identificar estrategias para superar algunas de estas barreras y mejorar la implementación (7,8,16,17,18). Estas incluyen estrategias para informar a los médicos sobre nuevas evidencias y ayudarlos a desarrollar intervenciones específicas en el consultorio para mejorar su capacidad de proveer servicios preventivos.

Los cuatro pilares para la prevención en Medicina Familiar.

Conocimiento: qué da resultados y qué no

1. Uso de acciones preventivas basadas en la evidencia. Es el primer pilar de la práctica de una prevención efectiva. Debido a que los recursos de atención de la salud son limitados deben

ser dirigidos a lo que da resultados. La atención debe tener en cuenta no malgastar el tiempo y el dinero en intervenciones clínicas preventivas que ha sido claramente demostrado que son inefectivas. Este es quizás el principio único más importante.

Los médicos de familia son afortunados de que hay un aumento rápido del cuerpo de conocimientos sobre lo que es efectivo o no, en la prevención clínica (6, 19). Claramente, los médicos de familia pueden proveer prevención clínica efectiva a través de una variedad de condiciones y de las distintas edades. Estas acciones incluyen, asesoramiento a mujeres que quieren quedar embarazadas suplementando sus dietas con ácido fólico; screening y consejería con respecto al consumo de alcohol durante el embarazo; evaluación de los recién nacidos para deficiencia tiroidea y PKU; asesoría sobre fórmulas fortificadas con hierro, cereal o suplementos para niños; provisión de una variedad de inmunizaciones; y educación y

consejo a adolescentes con respecto a la contracepción y a las enfermedades transmitidas sexualmente. En adultos, las acciones clínicas preventivas incluyen la evaluación de la presión sanguínea, consejería para la cesación de fumar, identificación y consejo a los bebedores, asegurar que las mujeres entre los 50 y 69 años tengan una mamografía realizada, realización de extendidos de Papanicolau y asegurarse que aquellos pacientes de más de 65 años reciban la vacuna contra la influenza. Una lista más completa figura en la Tabla 2.

2. Consejería sobre estilos de vida. Muchas de las destrezas asociadas con la prevención han sido manejadas por los médicos de familia durante su entrenamiento básico. De allí que los médicos están equipados para actividades tales como solicitar una historia dirigida, controlar la presión sanguínea o realizar un extendido de Papanicolau.

ACCIONES CLÍNICAS PREVENTIVAS EFECTIVAS

Cuidado prenatal

1. Cesación de fumar.
2. Suplementación de ácido fólico.
3. Cultivo de orina (para bacteriuria).
4. Screening de anticuerpo D (Rh).
5. Un solo examen ultrasónico en el segundo trimestre.
6. Screening y consejería con respecto al consumo de alcohol.
7. Screening para defecto del tubo neural.
8. Triple prueba para el síndrome de Down.

Infantes

1. Consejería para factores de riesgo en el hogar.
2. Examen de ojos.
3. Examen de la cadera.
4. Examen de la audición.
5. Guía anticipatoria del llanto nocturno.
6. Fortificación con hierro de fórmulas, cereales; o suplemento.
7. Medidas seriadas de altura, peso y circunferencia craneana.
8. Interrogar sobre etapas del desarrollo.

Recién nacido

9. Profilaxis ocular.
10. Screening para PKU.
11. TSH (para función tiroidea).

Niños y adolescentes

1. Inmunizaciones.
2. Prueba de la agudeza visual en el preescolar.
3. Consejería sobre los factores de riesgo en la casa y envenenamientos.
4. Consejería a adolescentes con respecto a la actividad sexual, anticoncepción y enfermedades de transmisión sexual.

Adultos

1. Consejería sobre cesación de fumar.
2. Evaluación de la presión sanguínea.
3. Mamografía y examen clínico de la mama (mujeres entre 50-69 años).
4. Protección de la audición; programa de control del ruido.
5. Suplementación con ácido fólico a mujeres en condiciones de quedar embarazadas.
6. Vacunación contra rubeola a mujeres en edad de quedar embarazadas.
7. Extendido de Papanicolau.
8. Asesoramiento con respecto a riesgos y beneficios de la terapia de reemplazo hormonal.
9. Investigación y asesoramiento con respecto al problema de la bebida.
10. Asesoramiento sobre hábitos nutricionales básicos.
11. Pasta dentífrica fluorada o suplemento.
12. Uso de hilo dental.
13. Consejos sobre cinturones de seguridad y restricciones para los chicos.
14. Asesoría sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual.
15. Asesoría respecto al ejercicio moderado regular.
16. Asesoría para evitar exposición solar y uso de ropas protectoras.
17. Asesoría sobre dieta para hombres de 30-69 años, con colesterol elevado y si no hay efecto, farmacoterapia posterior.

Consideraciones especiales para individuos de 65 años y más.

1. Vacuna contra la influenza.
2. Evaluación de la hipertensión sistólica.
3. Screening para pérdida auditiva.
4. Screening para agudeza visual.

Tabla 2.

Las habilidades específicas relacionadas con la consejería para cambiar conductas que caracterizan un estilo de vida pueden ser desafiantes y no necesariamente parte de las que manejan todos los médicos de familia. Sin embargo, los médicos de familia pueden aprender destrezas de consejería específicas efectivas, y hay muchas condiciones clínicas en las cuales la asesoría o la consejería breve han probado ser efectivas. Esto se refleja en muchas de los ítems listados en la Tabla 2. Elford destaca las siguientes etapas para el cambio: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento (20). El médico y el proveedor comparten la responsabilidad del cambio y ambos deben evaluar la aptitud del paciente para el cambio. La facilitación del cambio por el médico de familia también tiene cinco componentes: evaluar la etapa del paciente en el cambio, proveer asesoramiento, establecer un contrato, asistirlo en el cambio y acuerdo sobre el seguimiento y mantenimiento requeridos.

3. Herramientas de consultorio para realzar la prevención. El tercer pilar para la prevención práctica en Medicina Familiar es el uso de estrategias e instrumentos específicos para aumentar la habilidad de los médicos de familia para proveer servicios preventivos eficientes y efectivos a sus pacientes. La evidencia más fuerte es para los instrumentos que recuerdan al médico y/o paciente la necesidad de acciones preventivas específicas. Cada vez más, este enfoque ha usado programas de computación para identificar a los pacientes con necesidad de acciones específicas y para iniciar los recordatorios (16, 17, 18). Las cartas y recordatorios telefónicos a los pacientes también han probado ser efectivos (17, 18). Otros instrumentos que son atractivos pero no han sido cuidadosamente evaluados incluyen la lista de chequeo o el diagrama de flujo, etiquetas especiales en las historias clínicas y carteles de pared con resúmenes.

4. Desarrollo de sistemas para el consultorio. Es el cuarto pilar. Walsh y McPhee describen cuidadosamente los componentes importantes y la complejidad de suministrar cuidados preventivos proactivos (21). Recalcan que la organización del consultorio es un componente clave que vincula al médico y al paciente. El problema de la organización del consultorio de servicios preventivos ha merecido solo recientemente una atención apropiada. El desarrollo del sistema del consultorio incluye no solo la integración de los instrumentos para prevención de una manera factible, práctica, sino también la identificación de papeles importantes para el personal o los colegas, el cuidadoso manejo del tiempo de las consultas y la habilidad de programar situaciones apropiadas para el seguimiento o investigaciones que deben realizarse fuera del consultorio (por ej. mamografía). Las evaluaciones han comenzado a demostrar que el desarrollo cuidadoso de sistemas para el consultorio y el uso prudente de los recursos del consultorio pueden resultar en la provisión de mejor atención preventiva. (22)

Desafío para el futuro

Hay pocas dudas sobre el rol clave de los médicos de familia en la provisión de atención clínica preventiva. Mucho hemos aprendido sobre la importancia de proveer atención basada en la evidencia y tenemos una mejor comprensión de donde centrar nuestros esfuerzos para estar seguros que los médicos de familia implementamos cuidados efectivos. Como siempre, sigue habiendo numerosos desafíos para el presente y el futuro.

Los médicos de familia necesitarán pensar en la provisión de cuidados preventivos en términos de "políticas clínicas", tener claro cuáles son sus propósitos, cuales son las acciones de prevención clínica efectivas que pueden proporcionar e, inversamente, cuales, las acciones preventivas que han probado ser inefectivas y, por lo tanto, no merecen tiempo ni esfuerzo.

Aunque mucho se debe aprender todavía sobre la manera de reorganizar la consulta para ofrecer una efectiva atención preventiva, la evidencia ya marca la importancia de tener sistemas apropiados de recordatorios. Los médicos de familia necesitan pensar cuidadosamente en todos los recursos de que disponen y organizarlos de manera que puedan servir mejor para una atención preventiva efectiva. Estos no son desafíos simples, particularmente en tiempos de gran aumento de las restricciones, pero son necesarios para beneficio último del paciente. Muchas acciones preventivas que producen beneficios también acarrear riesgo. Un ejemplo es el tratamiento de reemplazo hormonal donde hay claros beneficios potenciales pero hay riesgo con la terapia continuada. Se están desarrollando nuevos instrumentos para ayudar a los médicos de familia a proveer información más cuidadosa a sus pacientes y permitir que los pacientes participen en la toma de decisiones. Para que la promoción de la salud y las actividades preventivas logren su completo potencial los médicos de familia deben considerar también los importantes lazos con otros proveedores de servicios de salud de la comunidad y con las acciones dirigidas a la población general a través de iniciativas de salud pública o de los medios masivos de comunicación. Finalmente, hay mucho trabajo todavía por hacer para evaluar las acciones clínicas preventivas específicas y para evaluar estrategias más efectivas de implementación de servicios preventivos en los consultorios de los médicos de familia. Los médicos de familia pueden y deben desempeñar un papel importante en la investigación y evaluación de la prevención clínica.

Aunque los desafíos son grandes, es mucho lo que ya se sabe que es efectivo. La prevención clínica puede ser estimulante y gratificante para el médico de familia. Más importante aún, existe un creciente cuerpo de conocimientos significativos sobre acciones preventivas específicas que pueden beneficiar claramente a nuestros pacientes. Por ello, la prevención clínica efectiva debe ser una parte central de la Medicina Familiar.

Bibliografía

1. Emerson H, "Periodic Medical Examinations of apparently Healthy Persons", *Journal of the American Medical Association*, 81:1376-1381, 1923
2. Shattuck, *Report of the Sanitary Commission of Massachusetts, 1850, reprinted 1948*, Cambridge:Harvard University Press
3. Sackett DL, *Laboratory Screening: A Critique, Clinical Laboratory Developments, Federation Proceedings*, 34(12):2157-2161, 1975
4. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, "The Periodic Health Examination", *Canadian Medical Association Journal*, 121:1123-1254, 1979
5. Wilson JMG, Jungner G, *Principles and Practice of Screening for Disease*, Geneva: WHO, 1968
6. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, *The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care*, Canada Communication Group, Ottawa, Canada, 1994
7. Lomas J, "Diffusion, Dissemination, and Implementation: Who Should Do What?", *Annals of the New York Academy of Sciences*, v.703, 226-235, 1993
8. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, and Haynes RB, "Changing Physician Performance: A Systematic Review of the Effect of Continuing Medical Education Strategies", *Journal of the American Medical Association*, 274:700-705, 1995
9. Battista RN, "Adult Cancer Prevention in Primary Care: Patterns of Practice in Quebec", *American Journal of Public Health*, 73:1036-1039, 1983
10. Battista RN, Palmer CS, Marchand BM, Spitzer WO, "Patterns of Preventive Practice in New Brunswick", *Canadian Medical Association Journal*, 132:1013-1015, 1985
11. Romm FJ, Fletcher SW, Hulka BS, "The Periodic Health Examination: Comparison of Recommendations and Internist Performance", *Southern Medical Journal*, 74:265-271, 1981
12. Feightner JW, "Prevention and Early Detection in Family Medicine: Where Are We?", *Canadian Family Physician*, 35:1865--1868, 1989
13. Smith HE and Herbert CP, "Preventive Practice Among Primary Care Physicians in British Columbia: Relation to Recommendations of the Canadian Task Force on the Periodic Health Examination", *Canadian Medical Association Journal*, 149:1795-1800. 1993
14. Frame PS, "Health Maintenance in Clinical Practice: Strategies and Barriers", *American Family Physician*, v.45:1191-1200, 1992
15. Belcher DW, Berg AO and Inui TS, "Practical Approaches to Providing Better Preventive Care: Are Physicians a Problem or Solution?", *American Journal of Preventive Medicine*, 4(Supplement): 27-48, 1988
16. Johnston ME, Langton KB, Haynes RB and Mathieu A, "Effects of Computer-Based Clinical Decision Support Systems on Clinical Performance and Patient Outcome: A Critical Appraisal of Research", *American College of Physicians*, 120:135-142, 1994
17. McPhee SJ and Detmer WM, "Office-Based Interventions to Improve Delivery of Cancer Prevention Services by Primary Care Physicians", *Cancer*, 72:1100-1112, 1993
18. Grimshaw JM and Russell IT, "Affect of Clinical Guidelines on Medical Practice: A Systematic Review of Rigorous Evaluations", *Lancet*, 342:1317-1322, 1993
19. Report of the U.S. Preventive Services Task Force, *Guide to Clinical Preventive Services*, Baltimore, Williams and Wilkins, 1996
20. Elford RW and Yeo M, "Risky Behaviour: Assessment and Counselling", *The Canadian Journal of CME*, 39-48, 1994
21. Walsh JME and McPhee SJ, "A Systems Model of Clinical Preventive Care: An Analysis of Factors Influencing Patient and Physician", *Health Education Quarterly*, 19(2):157-175, 1992
22. Dietrich AJ, O'Connor GT, Keller A, et al. "Cancer Improving Early Detection and Prevention. A Community Practice Randomized Trial", *British Medical Journal*, 304:687-691, 1992