

TAMIZAJE DE RIESGOS EN LOS ADULTOS TEMPRANOS DEL PROGRAMA DOCENTE DE MEDICINA FAMILIAR, FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD, UNIVERSIDAD DEL CAUCA, POPAYAN-COLOMBIA, 2007

Hoover Molano Dorado*

RESUMEN

Objetivo: tamizar los factores de riesgo modificables en los Adultos Tempranos (AT) del Programa Docente de Medicina Familiar (PMF) **Materiales y métodos:** estudio piloto descriptivo longitudinal aplicando las pruebas tamiz recomendadas para enfermedades en AT asintomáticos, usuarios de las IPS(s) del primer nivel en donde el PMF se ejecuta. **Resultados:** se tamizaron 63 AT, con una mayor proporción de mujeres (62%). Se realizaron 830 pruebas tamiz, de las cuales un 33% resultaron positivas. Los porcentajes de pruebas tamiz positivas fueron: abuso de drogas ilícitas, 5%; abuso de alcohol, 6%; tabaquismo, 8%; riesgo para VIH, 16%; actividad sexual insegura, 21%; riesgo de accidentes por vehículo automotor, 23%; no inmunización con Td, 24%; salud oral inadecuada, 38%; sedentarismo, 39%; no inmunización para rubéola, 39%; prehipertensión arterial, 41%; sobrepeso u obesidad, 44%, ausencia de citología de cerviz, 45% y nutrición no balanceada : 69%. Con significancia estadística, los hombres superaron a las mujeres en: riesgo de accidentes por vehículo automotor ($p < 0,005$), abuso de alcohol ($p < 0,05$), tabaquismo ($p < 0,1$) e infección por VIH ($p < 0,05$). **Conclusión:** La alta proporción de pruebas tamiz positivas en adultos jóvenes justifica nuevos estudios los cuales pueden ser la base para implementar programas efectivos de Cuidado Primario.

Palabras clave: Mantenimiento de salud, factor de riesgo, adultez temprana, tamizaje, primer nivel, cuidado primario.

Recibido para evaluación: abril 25 de 2008. Aprobado para publicación: mayo 20 de 2008.

* Médico Especialista en Medicina Familiar Profesor Asociado, Departamento de Medicina Social y Salud Familiar, Facultad Ciencias de La Salud, Universidad del Cauca.

Correspondencia: Dr. Hoover Molano. Departamento de Medicina Social y Salud Familiar, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca, Carrera 6 No. 14 N 02, Popayán, Cauca, Colombia. Email: hoovermolano@gmail.com

ABSTRACT

Objective: Screen selected modifiable risk factors in Young Adults (YA) affiliated with the Family Medicine Teaching Program (FMTP). **Materials and Methods:** We carried out a longitudinal pilot study with recommended screening tests for selected prevalent conditions on a sample of asymptomatic Young Adults at the primary care centers of our FMTP. **Results:** Sixty three young adults were screened (62% female). 830 tests were performed, of which 33 % were positive. The proportion of positive screens were: illicit drug abuse, 5%; alcohol abuse, 6%; tobacco use, 8%; risk of HIV infection, 16%; in safe sex, 21%; automobile accidents, 23%; lack of Td immunization, 24%; hepatitis B, 24%; inadequate oral hygiene, 38%; physical inactivity, 39%; lack of rubella vaccine, 39%; arterial pre-hypertension, 41%; obesity or overweight, 44%; lack of cervix cytology, 45% and unbalanced nutrition, 69% and . Men had a higher risk than women for: automobile accidents ($p<0.05$), alcohol abuse ($p<0.05$), tobacco use ($p<0.01$) and HIV infection ($p<0.05$). **Conclusion:** The high proportion of positive screens in young adults justifies further studies, which will lead to effective Primary Care interventions programs.

Key Words: Health Maintenance, Modifiable Risk Factor, Early Adulthood, Screening, Primary Care.

INTRODUCCIÓN

Existe suficiente evidencia que la Historia Natural de gran parte de las contingencias consideradas como un problema de Salud Pública puede ser modificada mediante acciones de Prevención Primaria. El Mantenimiento de Salud, es la estrategia que permite tamizar los factores de riesgo y establecer acciones oportunas para contener la enfermedad cuando aún es susceptible de curar.

El programa de medicina la Facultad Ciencias de La Salud de la Universidad del Cauca ofrece a los alumnos de internado un rote por el Primer Nivel de Atención, que tiene como objetivo desarrollar experiencias en Medicina Familiar, una de las cuales es identificar los factores de riesgo en personas de una familia seleccionada.

Se exponen, inicialmente, los conceptos generales del Mantenimiento de Salud y las características epidemiológicas de los jóvenes de nuestro país y luego se presentan los resultados obtenidos en el tamizaje de los Factores de Riesgo Modificables en AT.

ASPECTOS GENERALES DEL MANTENIMIENTO DE SALUD

Los planes de Mantenimiento de Salud, se basan en:

1. **Morbilidad y mortalidad:** determinan los problemas de salud objeto de las actividades de promoción y prevención.

2. **Efectividad de la intervención preventiva:** la actividad preventiva debe modificar de un modo favorable la Historia Natural de la patología que se quiere prevenir.
3. **Acciones preventivas individualizadas:** de acuerdo con los factores de riesgo encontrados en el paciente.
4. **Recomendaciones de las Autoridades Mayores en Mantenimiento de Salud:** American Cancer Society, USA Preventive Service Task Force, Canadian Task Force, Center Disease for Prevention and Control (CDC), entre otros.

Las actividades de Mantenimiento de Salud se pueden clasificar en:

1. **Intervenciones de tamizaje:** aplicar al paciente una prueba que permite identificar aquellos individuos con un **diagnóstico probable** de una determinada patología (cuando la prueba tamiz fue positiva). En este caso nuestro paciente debe pasar por una prueba **Standard Gold** que permite, en caso de resultar positiva, establecer el **diagnostico certero** de la patología en cuestión.
2. **Intervenciones educativas y de consejo:** para promover estilos de vida saludable.
3. **Inmunizaciones:** vacunación activa (con vacunas) o pasiva (con suero hiperimmune).
4. **Quimioprofilaxis:** uso de medicamentos en personas no enfermas pero si a riesgo con el fin de evitar que ellas se enfermen.

El objetivo principal es evitar que el individuo enferme o muera a causa de problemas que son susceptibles de intervenir cuando aún tienen posibilidad de tratamiento curativo, tenga o no manifestaciones clínicas.

El tamizaje debe cumplir con los siguientes requisitos (1):

1. Para la enfermedad a tamizar:

- Afectar significativamente la calidad y la cantidad de vida.
- Ser un problema de salud pública.
- Disponibilidad de métodos aceptables de tratamiento
- Tener un período asintomático suficientemente largo durante el cual el diagnóstico y el tratamiento reduzcan considerablemente la morbilidad y/o mortalidad
- El tratamiento en el período asintomático conlleva un mejor resultado que aquel que se retrasa hasta que los síntomas aparezcan.

2. Para la prueba tamiz:

- Tener valores aceptables de sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo.
- Para la aplicación no se requiere de equipo sofisticado y puede ser hecha por un profesional especializado, por un profesional general o por personal auxiliar entrenado. Las dos características anteriores aseguran la sostenibilidad económica de los programas de tamizaje.
- Ser aceptable para los pacientes

3. Para la población:

- Accesibilidad
- Cumplimiento con los requerimientos del programa en cuanto a pruebas y tratamientos subsiguientes.

DATOS POBLACIONALES Y DE MORTALIDAD EN LA ADULTEZ TEMPRANA

Cada etapa del Ciclo Vital Individual se caracteriza por retos biológicos, psicológicos y sociales. Siguiendo a Pappalia (2), la Adulthood Temprana está entre los 20 y los 40 años, las capacidades físicas se encuentran al máximo, la gente abandona el hogar de origen, inicia trabajos o actividades profesionales, opta por el matrimonio o establece otras relaciones íntimas, tiene hijos y los cría y se compromete en actividades sociales significativas. En resumen y de acuerdo con Ericsson (3), se debe resolver la tarea normativa "Intimidad versus aislamiento"

En el año 2005 los jóvenes representaron aproximadamente el 30,7% de los 41.468.384 colombianos, las mujeres

son el 51,6% de los jóvenes y los hombres el 48,4% (4).

Las tasas de mortalidad de los jóvenes son bajas en comparación con los otros grupos poblacionales y la mayoría de las muertes son debidas a Causas Externas. En la mayoría de los países de Latinoamérica los accidentes de tráfico son la causa más importante de mortalidad en este grupo etáreo (5).

De acuerdo con el DANE (6) en el 2005 fallecieron en Colombia 180.536 personas, de las cuales 24.648, el 13,6% eran AT. Las Causas Externas son las primeras con el 68,4% de estas muertes. Del total de defunciones en AT, 19.348 ocurrieron en los hombres (78,4%) y 5.300 en mujeres (21,6%). Entre las Causas Externas los homicidios ocupan el primer lugar (Tabla 1).

En los hombres se observa que la mortalidad por Causas Externas supera a las otras, en tanto que en las mujeres la distribución es más uniforme, destacándose las Causas Externas y los tumores como las principales (Tabla 2).

MATERIALES Y MÉTODOS

El año de internado es el último del pregrado de medicina de la Facultad de Ciencias de La Salud de La Universidad del Cauca. Contempla una pasantía de 8 semanas por el Primer Nivel, en la que se desarrollan actividades de Medicina Familiar, entre ellas tamizar factores de riesgo en AT de una familia seleccionada.

Aplicando los siguientes criterios de inclusión, el rotante selecciona la familia a partir de sus pacientes de consulta externa:

- Residencia en el área urbana donde se sitúa la Institución Prestadora de Servicios (IPS)
- Ser usuaria habitual de los servicios de salud que presta la IPS.
- Manifestar su acuerdo con el programa firmando un Consentimiento Informado (Anexo No 1)

Se aplicó la Guía de Mantenimiento de Salud del Adulto Joven (GAJ), diseñada a partir de una revisión juiciosa de las recomendaciones que dan las Autoridades Mayores en Mantenimiento de Salud (7). Los riesgos se identificaron aplicando cuestionarios validados y utilizando las técnicas estandarizadas del examen físico de los pacientes En los

anexos 2 y 3 se presentan la GAJ y el instructivo para diligenciarla.

Las siguientes condiciones fueron tamizadas en los AT del PMF en 2007:

- Abuso del consumo de alcohol: cuestionario CAGE (8)
- Tabaquismo, uso o abuso de drogas ilícitas, actividad sexual insegura, hábitos nutricionales, actividad física, higiene oral, riesgo de accidentes por vehículo automotor, riesgo para hepatitis B y riesgo para VIH.
- Esquemas de vacunación completos para tétanos y para rubéola, que son las que contempla el Plan de Atención Básica del Ministerio de Protección Social.
- Sobrepeso u obesidad: obteniendo el Índice de Masa Corporal (IMC)
- Tensión arterial
- Examen clínico de dientes y encías.

El médico interno es tutorado semanalmente por un docente Médico Especialista en Medicina Familiar, actividad en la que se orienta y supervisa el cumplimiento de tareas.

Tabla 1. Causas externas de mortalidad en AT. Colombia 2005

CAUSA	No	%
Accidentes de tránsito y transporte	2.349	13,9
Caídas	205	1,2
Ahogamientos.	271	1,6
Otros accidentes	503	2,9
Suicidio	936	5,5
Homicidio	11.239	66,6
Guerra	554	3,2
Sin determinar	640	3,7
Resto CE	169	1,0
TOTAL	16.866	100

Con los siguientes parámetros se categorizaron los datos recolectados en la GAJ:

- CONSUMO DE ALCOHOL: En el cuestionario CAGE dos respuestas SI: "Abuso de Alcohol"; una o ninguna respuesta SI: "No Abuso del Alcohol".
- CONSUMO DE DROGAS: una o más respuesta SI: Abuso de Drogas; ninguna respuesta SI: No abuso de drogas.
- TABAQUISMO: si respondió "todos los días o todas las semanas". NO TABAQUISMO: si respondió "ocasionalmente" o "no fumo".
- COMPORTAMIENTO SEXUAL: Sexo seguro es aquel que protege de adquirir una Enfermedad de Transmisión Sexual y que previene de embarazo no deseado. SEXO INSEGURO: cuando respondió SI en alguno de los subítems 2, 4, 6, 7, 8 o respondió NO en el 9. SEXO SEGURO: cuando respondió NO a cualquiera de los subítems 2, 4, 6, 7, 8 o SI al 9.
- TAMIZAJE NUTRICIONAL: se otorgan dos puntos por cada respuesta "Todos los días", un punto por cada respuesta "algunos días", y cero puntos por cada respuesta "no consume". Nutrición Balanceada: 7-14 puntos. Nutrición No balanceada: < o igual a 6 puntos. El consumo alto o moderado de azúcar refinado, dulces o golosina o de grasas, clasifica como nutrición no balanceada, sin tener en cuenta el puntaje ya citado.
- ACTIVIDAD FISICA: de acuerdo a la valoración del paciente se clasifica en Inactivo o Sedentario, Moderadamente Activo o Muy Activo.
- INDICE DE MASA CORPORAL (IMC).con la escala recomendada por la OMS (9) (Tabla 3).
- PRESION ARTERIAL (PA). utilizando la clasificación propuesta por el VII JNVC (10) (Tabla 4).
- SALUD ORAL: se clasifican los pacientes en normal o anormal de acuerdo con el examen físico de dientes y encías y/o por prácticas adecuadas o inadecuadas de higiene oral. Higiene oral normal es cepillado de

Tabla 2. Causas mortalidad en AT según genero. Colombia 2005

CAUSA	Hombres	%	Mujeres	%	Total
Infecciones	1.358	7,0	602	11,3	1.960
Tumores	792	4,0	1.131	21,3	1.923
Cardiovasculares	747	3,8	558	10,5	1.305
Causa externa	15.232	78,7	1.634	30,8	16.866
Demás causas	1.219	6,3	1.375	25,9	4.554
Total	19.348	100	5.300	100	24.648

dientes después de cada comida y uso de seda dental. INMUNIZACIONES: Esquema completo de vacunación: para tétanos-difteria (Td) el paciente respondió SI al subítem de tétanos-difteria y para rubéola el paciente respondió SI al subítem “vacuna contra la rubéola (mujeres)” o al subítem “refuerzo de triple viral en la niñez (preescolar y escolar)”. Esquema incompleto Td: el paciente respondió NO o NO SABE al subítem de Td. Esquema incompleto de rubéola: el paciente respondió NO o NO SABE al subítem “vacuna contra la rubéola (mujeres)” o al subítem “refuerzo de triple viral en la niñez (preescolar y escolar)”.

- **RIESGO DE ACCIDENTES POR VEHÍCULO AUTOMOTOR EN ADULTOS. (RAVA)** En los subítems 1, 2, 3 y 5 se dan de 0 puntos si respondió “casi siempre”, un punto cuando respondió “a veces” y dos puntos cuando respondió “casi nunca”. En el subítem 4 se otorgan 2 puntos cuando respondió “casi siempre”, un punto cuando respondió “a veces” y 0 puntos cuando respondió “casi nunca”. De cero puntos si respondió “no aplica” en cualquiera de los subítems. Riesgo bajo: menor o igual a tres puntos. Riesgo Medio: entre 4 y 6 puntos. Riesgo Alto: entre 7 y 10 puntos.
- **RIESGO PARA INFECCION POR VIH Y RIESGO PARA HEPATITIS B (HB):** de acuerdo con la valoración de los datos de la GAJ.

Las características sociodemográficas se obtuvieron a partir del familiograma, instrumento de la Medicina Familiar validado y que se diseñó a cada familia seleccionada.

RESULTADOS

Se tamizaron 63 AT, 62% mujeres y 38% hombres, pertenecieron a 55 familias, con una proporción de 1,14 jóvenes por familia. El rango de edad osciló entre 20 y 40 años, el promedio de edad fue de 29,4 años.

Las características socio demográficas predominantes fueron: en estado civil, la unión libre (49%); en escolaridad la secundaria completa (27%) y en régimen de seguridad social el subsidiado (40%) (Tabla 5).

Carga de riesgos

En la población estudiada (hombre y mujeres) se realizaron 830 pruebas tamiz, de las cuales un 33% resultaron

positivas para los 14 riesgos tamizados. La nutrición no balanceada y el consumo insuficiente de frutas y verduras son los más prevalentes (81 y 69% respectivamente), en tanto que el abuso de drogas ilícitas, el abuso del alcohol, el tabaquismo, el riesgo para VIH, la actividad sexual insegura, el riesgo para Hepatitis B y el riesgo de accidentes por vehículo automotor, se situaron por debajo del 20%. (3%,5%,5%, 9%, 12%, 13% y 14% respectivamente). Entre estas dos categorías extremas se localizaron la no inmunización con el biológico Td, el sedentarismo, la Prehipertensión Arterial, la salud oral inadecuada y el sobrepeso u obesidad (22%, 22%, 24%, 24% y 26% respectivamente) (Tabla 6).

Abreviaturas: RAVA: Riesgo para Accidentes por Vehículo Automotor, SUO: Sobrepeso u Obesidad, NNB: Nutrición No Balanceada, CIFV: Consumo Insuficiente de Frutas y Verduras, SDT: Sedentarismo, PHTA: Prehipertensión Arterial, AA: Abuso de Alcohol, TBQ: Tabaquismo, ADI: Abuso de Drogas Ilícitas, ASI: Actividad Sexual Insegura, SOI: Salud Oral Inadecuada, ITd: esquema de inmunización inadecuado con Td, HB: riesgo para Hepatitis B, VIH: riesgo para VIH.

El 95% de los AT informaron tener vida sexual activa. El 82% de los AT usaban algún método de planificación familiar, siendo los más frecuentes en su orden: esterilización quirúrgica femenina (22%), DIU (14%), preservativo (12%) y métodos hormonales (10%). La abstinencia en las relaciones sexuales fue del 6%. El 45% de las pacientes activas sexualmente no se habían practicado la citología de cérvix en el último año. Por otra parte, un 39% de las mujeres tuvo esquema incompleto de vacunación contra la rubéola.

Carga de riesgos según género

Con significancia estadística, los hombres superaron a las mujeres en el riesgo de accidentes por vehículo automotor ($p<0,005$), en abuso de alcohol ($p<0,05$), tabaquismo ($p<0,1$) e infección por VIH ($p<0,05$). Aun cuando no hubo diferencia estadísticamente significativa, las mujeres superaron a los hombres en sobrepeso u obesidad, sedentarismo, prehipertensión arterial y hepatitis B (Tabla 7).

Abreviaturas: RAVA: Riesgo para Accidentes por Vehículo Automotor, SUO: Sobrepeso u Obesidad, SDT: Sedentarismo, PHTA: Prehipertensión Arterial, AA: Abuso de Alcohol, TBQ: Tabaquismo, ADI: Abuso de Drogas Ilícitas, ASI: Actividad Sexual Insegura, HB: riesgo para Hepatitis B, VIH: riesgo para VIH.

Tabla 3. Escala recomendada por la OMS para cálculo del IMC

CATEGORÍA	PARÁMETRO
Obesidad	IMC > o = a 30
Sobrepeso	IMC entre 25 y 29
Peso normal	IMC entre 18,5 y 24.9
Delgadez	IMC < 18,5

Tabla 4. Clasificación de la Hipertensión propuesta por el VV JNVC

CATEGORÍA	PARÁMETRO
PA normal	< a 120/80
Prehipertenso	120-139/81-89
Hipertensión 1	140-159/90-99
Hipertensión 2	> o = a 160/100

ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

1. Los hallazgos obtenidos en el PMF y la carga de los problemas de salud que soportan los jóvenes, nos deben hacer pensar en términos de factores de riesgo e intervención temprana. Repasemos brevemente la situación de salud de los AT:

- Un promedio de 17.000 jóvenes fallecen cada año en Colombia por Causas Externas (11).
- El 32,3% de la población Colombiana entre 18 y 64 años tienen sobrepeso, el 13,6% son obesos y el 57,4% son sedentarias (12).
- Tres de cada veinte personas entre los 18 y 29 años de vida usó alguna vez en su vida sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco o drogas ilícitas). El abuso del alcohol y la dependencia a esta sustancia son los principales, seguido por la dependencia a la nicotina y por el abuso de drogas ilícitas, principalmente la marihuana

(13). El alcohol y el uso de drogas contribuyen con más del 40% de las muertes en accidentes por vehículo automotor (14). Las enfermedades relacionadas con el tabaquismo no se manifiestan en la AT, sino en la adultez media o tardía luego de años de consumo.

- La edad promedio de la primera relación sexual en mujeres de 25 a 49 años fue a los 18,3 años, en tanto que ellas tienen su primer hijo a una edad promedio de 21,8 años. El 100% de las mujeres conoce algún método de planificación familiar, pero el 78% actualmente lo usa. Los métodos anticonceptivos de uso más frecuente son en su orden: esterilización femenina (31,2%), anticonceptivos hormonales (15,5%), dispositivo intrauterino (11,2%) y preservativo 7,1%. Por otra parte, el 86,1% de mujeres en el último año se ha hecho una citología de cérvix (15).
- Se estima que 19 millones nuevas Infecciones de Transmisión Sexual ocurren anualmente en Estados Unidos, la mitad de las cuales ocurre entre los 15 a 24 años de edad (16). En 2005, el SIDA cobró la vida de 2.430 jóvenes colombianos, el cáncer de cérvix produjo 2005 fallecimientos, se reportaron 4.824 nuevos casos de VIH/SIDA y 1525 de sífilis congénita (17).
- El 98.4% de la población de Colombia de 12-69 años utiliza cepillo y crema dental para limpiar sus dientes; el 37.4% usa la seda dental y el 16.5% el enjuague bucal. La prevalencia de caries y de enfermedad periodontal entre las personas de 15 a 44 años es del 76% y del 50,2%, respectivamente (18).
- Colombia presenta una epidemia moderada para HB (prevalencia 2-7%). La vacuna antihepatitis B fue incorporada al esquema regular en Colombia a partir de 1993. El grupo etáreo de mayor incidencia ha sido el de 15 a 44 años, debido principalmente factores de riesgo tales como vida sexual activa y exposición laboral y/o ocupacional (19).
- El total de casos notificados de infección por VIH y sida a nivel nacional, desde 1983 hasta el 31 de diciembre de 2005, fue de 54.805. La tasa de incidencia para la última década (1995-2004) de 7,85 casos por 100.000 habitantes (20).

2. La cultura machista impulsa a los hombres a asumir comportamientos que nuestra sociedad valora como demostraciones de virilidad y osadía y esto podría explicar las diferencias de género encontradas en la exposición a algunos de los factores de riesgo en este y otros estudios (21,22). El hecho de que algunos riesgos resultaron con una prevalencia igual entre hombres y mujeres o mayor en ellas, implicaría que están asumiendo conductas más liberales y propias del comportamiento de los hombres, tendencia que está siendo cada vez más frecuente (23).

Tabla 5. Características sociodemográficas en AT. PMF 2007. Popayán

CARACTERÍSTICA	No	%
Soltero	13	21
Casado	9	14
Unión Libre	31	49
Separado	10	16
TOTAL	63	100
Primaria Completa	14	22
Primaria Incompleta	4	6
Secundaria Completa	17	27
Secundaria Incompleta	15	24
Técnica	6	10
Universitaria	7	11
TOTAL	63	100
Subsidiado	25	40
Vinculado	16	25
Contributivo	17	27
Desplazado	3	5
Especial	2	3
TOTAL	63	100

Se necesitan más investigaciones que profundicen en las relaciones existentes entre género y salud.

3. La población de Colombia pasa por la transición demográfica, lo que conlleva un cambio de la epidemiología con incremento de la morbilidad por causas externas y por las enfermedades crónicas y degenerativas y, disminución del impacto de las enfermedades infecciosas de curso corto (24). Por otra parte, la consulta preventiva representa un porcentaje menor del total de consultas que se atienden en el Primer Nivel, lo que significa que las personas acuden a las IPS(s) cuando la enfermedad ya ha sobrepasado el Horizonte Clínico de su Historia Natural (25,26). De acuerdo con lo anterior, es necesario replantear el modo usual de atención: ahora, es más válido que el personal de salud sea proactivo en la búsqueda y contención de riesgos y no esperar a que los pacientes lleguen al consultorio con síntomas y signos de una enfermedad avanzada.

4. La adultez temprana es una etapa sana en términos de morbilidad y mortalidad (27), sin embargo los AT están afectados por factores de riesgo para su salud y seguridad. Los riesgos incrementan la probabilidad de aparición de consecuencias adversas para la salud y la supervivencia personal, su utilidad es que son observables o identificables antes de que se produzca el hecho que predicen (28).

Un Principio de la Medicina Familiar es aprovechar todo contacto con el paciente para educar y prevenir y específicamente en el grupo de los jóvenes se deben fomentar las conductas que disminuyan la probabilidad de desarrollar

Tabla 6. Carga de riesgos en AT. PMF 2007. Popayán

RESULTADO/ RIESGO	Positivo	%	Negativo	%	TOTAL
RAVA	14	23	47	77	61
SUO	26	44	33	56	59
NNB	43	69	19	31	62
CIFV	50	81	12	19	62
SDT	22	39	35	61	57
PHTA	24	43	32	57	56
AA	5	8	57	92	62
TBQ	5	8	54	92	59
ADI	3	5	58	95	61
ASI	12	21	45	79	57
SOI	24	39	38	61	62
ITd	22	35	40	65	62
HB	13	24	42	76	55
VIH	9	16	46	84	55
TOTAL	272	33	558	67	830

enfermedades crónicas en la adultez. La consejería preventiva en AT como mínimo debe contener los siguientes aspectos:

- **Actividad física:** al menos 30 minutos de ejercicio de moderada a vigorosa intensidad la mayor parte de los días de la semana, pero preferiblemente todos los días (29).
- **Nutrición saludable:** limitar la ingesta total de calorías, disminuir el consumo de azúcar y grasas de origen animal y consumir cinco porciones de vegetales y frutas por día (30).
- **Actividad Sexual Segura.**
- **Abuso de sustancias:** evitar la intoxicación aguda por alcohol o drogas dada la asociación de este comportamiento con morbilidad y mortalidad. Reforzar conductas saludables tales como no fumar y no consumir drogas ilícitas.
- **Factores medioambientales:** importancia del uso del cinturón de seguridad y del casco cuando se conduce. Utilizar los medios de protección recomendados cuando se hace deporte. Evitar actividades potencialmente peligrosas bajo la influencia de las drogas o el alcohol. Generar espacios para abordar la prevención de la morbilidad y mortalidad por violencia, en los que se discutan aspectos tales como la resolución no violenta de conflictos, el comportamiento o respuesta cuando la violencia ocurre, la protección y seguridad personales y las acciones comunitarias para prevenir la violencia juvenil.

5. La salud de los jóvenes es un elemento crucial para el progreso social, económico y político de los países latinoamericanos. Los jóvenes y adolescentes representan un potencial para el desarrollo de los países por esta razón, los gobiernos deben considerar como prioritario invertir en ellos, especialmente en salud y educación (31). Si los gobiernos invierten ahora en salud y en educación superior o técnica para sus jóvenes, cuando éstos se integren a la fuerza laboral, su productividad contribuirá al incremento significativo de los niveles del Producto Global Interno, como ocurrió en los países del este asiático (32).

Tradicionalmente, los programas de salud centran sus esfuerzos en la Prevención Secundaria y Terciaria y no en un enfoque de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. Los programas de atención secundaria o terciaria intervienen al final de la cadena de sucesos que conducen a la morbilidad y mortalidad. Descentrarnos de la enfermedad y pensar en términos de factores de riesgo y de factores protectores permite la intervención integral del proceso salud-enfermedad.

REFERENCIAS

1. **Primary Care Medicine.** Massachusetts General Hospital. Boston Massachusetts. abril 1997. Tercera edición
2. **Papalia D, Wenkods S., Duskin R.** Desarrollo Humano. 9ª ed. McGraw-Hill. Ciudad de México 2004
3. **Erikson HE.** Childhood and Society. New York. Norton, 1964.
4. **DANE.** República de Colombia. Censo 2005
5. **Maddaleno M, Morillo P. Infante-Espínola F.** Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud pública* 2003; 45 (1).
6. **DANE.** República de Colombia. Estadísticas Vitales 2005
7. **Department of the Human Services.USA,** Agency for Health Care and Research and Quality, US Preventive Services Task Force. The Guide To Clinical Preventive Service. 2007
8. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994:179.
9. **World Health Organization.** Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO/NUT/98.1. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1998.
10. **U. S. Department of Health and Human Services,** National Institutes of Health National Heart, Lung, and Blood Institute The seven Report of the Joint Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *NIH Publication* No. 04-5230. August 2004
11. **DANE** 2005. Opus cit.
12. **ICBF.** República de Colombia. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. 2005
13. **Ministerio de Protección Social de Colombia, OMS, FES.** Estudio Nacional de Salud Mental. 2003
14. **Department of the Human Services.USA ,** Agency for Health Care Research and Quality. US Preventive Task Force. 2007. Opus cit.
15. **Profamilia.** Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta nacional de demografía y salud 2000. Bogotá. Printex impresores Ltda.2005
16. **Meyers D.** USPSTF Recommendations for STI Screening. *Am Fam Physician* 2008; 77(6):819-824.
17. **Ministerio de protección Social de Colombia.** Indicadores de Salud 2006
18. **Oficina de Epidemiología. Ministerio de Protección Social.** III estudio nacional de salud bucal – ENSAB III. 2000
19. **Ministerio de La Protección Social de Colombia** Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Hepatitis B. Bogotá 2007

20. El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). ONUSIDA. Infección por VIH y Sida en Colombia. Estado del Arte 2000-2005
21. **González J M, Better M, Navarro X, Silvera H, Bolívar T, Villegas L.** Factores de riesgo para la salud en estudiantes universitarios del Caribe Colombiano. Corporación Educativa Mayor Simón Bolívar. Barranquilla Colombia 2000
22. **Brugulat P, Séculi E, Fusté J.** Estado de salud y género en Cataluña. Una aproximación a través de las fuentes de información Gac Sanit, 2001 - easp.es
23. **Guarnizo Herreño CC.** Equidad de género en el acceso a los servicios de salud. *Universidad Nacional de Colombia.* 2003
24. **DANE.** Estadísticas Vitales 2004. Proyecciones de Población
25. **Carmichael LP, Carmichael JS.** The relational model in family practice. *Marriage Fam Rev* 1981; 4: 123-33.
26. **Bromet A, Herrera J.** Evaluación de los modelos de atención en el cuidado primario en salud. *Colombia Médica* 1994; 25:7-9
27. **Papalia D, Wenkods S., Duskin R.**(2004 opus cit).
28. **Suárez E. y Krauskopf D.** El enfoque de Riesgo y su Aplicación a las Conductas en la Adolescencia. Una Perspectiva Psicosocial. OPS. Washington. 1992
29. **American College of Sports Medicine position stand.** The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adults. *Med Sci Sports Exerc* 1998;30:975-91
30. **U.S. Department of Agriculture.** U.S. Department of Health and Human Services. Nutrition and your health: dietary guidelines for Americans. Washington, D.C.: U.S. Department of Agriculture, U.S. Department of Health and Human Services, 2005.
31. **DANE** (2005) opus Cit.
32. **Blum B.** Youth and development. Ginebra: World Health Organization, 1999.