



**Universidad Abierta Interamericana**  
**Sede Regional Rosario**  
**Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud**

**Título:** *“LA IMPORTANCIA DEL EXAMEN PERIÓDICO DE SALUD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS”*

**Alumno:** Uema, Alberto Ariel

**Tutor:** Dra. Marcela Agostini

**Fecha de presentación:** octubre de 2008

# Índice

Índice	1
Resumen	2
introduccion	4
Marco teórico	7
Problema	32
Objetivos	32
Material y métodos	33
Resultados	35
Discusión	53
Conclusion	58
Bibliografía	600
Anexo	67

## **RESUMEN**

En el trabajo “ La Importancia Del Examen Periódico De Salud En Alumnos Universitarios las patologías que se estudiaron para dicho grupo etario son Cáncer de mama y se hizo hincapié en lo valioso que es empezar con el examen clínico para prevenir estas patologías, Papanicolau (Cáncer de cuello de útero), cultivo de flujo para infección por *Chlamydia*, Perfil lipídico para prevención de *enfermedades cardiovasculares*, Prueba de Tuberculina para Tuberculosis, ELISA (Enzimoimmunoanálisis) para HIV, VDRL para Sífilis, PCR para Hepatitis B y C ;Toma de la presión arterial para detectar Hipertensión Arterial, Electrocardiograma fundamental en la prevención de complicaciones de patologías no diagnosticadas como es la hipertensión arterial y por ultimo debido a la presencia de una población en la cual hay un alto porcentaje de fumadores una Radiografía de tórax sería una herramienta muy útil en pesquizaje en el Cáncer de pulmón.

Prosiguiendo una línea de investigación epidemiológica en los Exámenes Periódicos de Salud, se realizó una encuesta consentida de carácter anónimo en las facultades de Medicina, Abogacía, Ingeniería en Analistas de Sistemas y Kinesiología a alumnos de 18 a 30 años de edad.

La encuesta se realizó a 200 estudiantes universitarios .Esta consistía en 10 preguntas. Luego se calculó el porcentaje global, como así también se compararon los porcentajes entre las distintas facultades.

Se encontró que del total de la población encuestada (n=200), el 53,5% corresponde al sexo masculino y el 46,5% al sexo femenino.

En cuanto a la edad el 42% corresponde al intervalo de 22 a 25 años; el 34% al intervalo de 26 años o más y el 24% al intervalo de 21 años o menos.

La población de sexo femenino (n=93), el 91,4% refiere haberse realizado un examen periódico de salud. Del total de la población de sexo masculino (n=107), el 72,9% refiere haberse realizado un examen periódico de salud.

La relación entre examen periódico de salud y sexo es altamente significativa ( $p=0,001$ ). Es decir, que los estudiantes de sexo femenino tienen más probabilidades de haberse realizado un examen periódico de salud que aquellos estudiantes de sexo masculino.

## INTRODUCCIÓN

La Importancia Del Examen Periódico de salud es que esta es la actividad sanitaria individual mas completa de la vigilancia de la salud. Es la herramienta más importante en cuanto al tema prevención en salud. Se puede definir como el contacto clínico protocolizado entre el individuo y el médico o personal de salud, y se completa con diversas pruebas.

El tipo de examen y prueba se realiza en función a los riesgos que el paciente esta expuesto. La realización del mismo tiene como fin detectar de manera temprana afecciones inaparentes para evitar su desarrollo o comenzar tempranamente su tratamiento, y se ha demostrado sin lugar a dudas que constituye el método más eficaz para el cuidado y promoción de la salud y calidad de vida.

Se encuentra comprobada científicamente la importancia del examen en cuanto a la prevención de enfermedades pero también surgen diversos inconvenientes para realizarlos. Uno de los problemas es el costo. La ética profesional es otro de los problemas.

Tres equipos de expertos han evaluado la gama completa de servicios preventivos: el Destacamento de Fuerzas Canadiense (Talk Force Canadian) en el Examen periódico de la salud <sup>1</sup>, Destacamento de fuerzas de los Estados Unidos<sup>2</sup>, y la Universidad Americana de Médicos (American College of Physicians)<sup>3</sup>. Los tres insisten en la búsqueda comprensiva de literatura, los artículos del fondo que evalúan la evidencia críticamente, claro razonamiento para sus recomendaciones, y revisión por médicos

especialistas. Este trabajo refleja al igual que en el estudio realizado por Arbelaez M, Ocampo MC y Montolla llamado Evaluación De La Reacción De Tuberculina En Estudiantes De La Salud que la falta de información y realización de esta prueba es similar al realizado en la Universidad Abierta Interamericana sin importar la carrera que la persona estudie.

También se hace notar como en el trabajo realizado en Córdoba por Nigro D., Vergittini y Kurchnir E. sobre La Epidemiología De La Hipertensión Arterial que la falta de control se asocia a la alta prevalencia de la enfermedad.

Para referirnos de una manera completa y correcta al tema no podemos dejar de lado la historia del mismo.

Y sería importante referir que en 1.861 el medico Británico Horace Dobell, experto en tuberculosis y enfermedades del tórax , propuso un argumento para el examen periódico de las personas sanas. La noción central de su tesis consistía que las enfermedades eran precedidas por “estados fisiológicos de baja salud preexistentes”, y la idea de que los esfuerzos terapéuticos serían más efectivos en estos estadios tempranos. Proponía una exhaustiva historia clínica, un meticuloso examen físico y el uso de tests de laboratorio. Ideas similares emergieron en los Estados Unidos con el cambio de siglo. El primer argumento que aparece en la literatura fue el del médico George Gould presentara ante el 55º Meeting anual de la AMA. Propuso “exámenes biológicos personales” como un método para incrementar el conocimiento científico de las etapas tempranas de la historia natural de la enfermedad. En los tardíos 1800 y tempranos 1900 fue promovido el examen periódico de niños en edad escolar, como una vía para detectar impedimentos físicos y enfermedades contagiosas. En 1915 la National

Tuberculosis Association designó una semana para que todas las personas tengan un examen físico general. Esto popularizó los exámenes anuales como una herramienta para el diagnóstico temprano de enfermedades en general y de tuberculosis en particular. La innovadora orientación intelectual hacia el diagnóstico temprano y las manifestaciones de los estados fisiológicos precedentes proveyeron las raíces conceptuales del examen periódico de salud en sus etapas tempranas. Los conceptos rectores fueron científicos y humanitarios. Avanzó el conocimiento científico y la prevención de enfermedades que aún no se comprendían completamente o no se trataban adecuadamente.

## MARCO TEÓRICO

Entre los adultos jóvenes, hay que explorar cuidadosamente la posible existencia de enfermedades de índole infecciosa, cardiovascular y neoplasias.

Durante toda la adolescencia, el énfasis en la prevención de las enfermedades infecciosas se basa en las vacunas como así también en la prevención de accidentes y la muerte prematura, se presta especial atención a los riesgos de salud derivados de la actividad sexual; los hábitos de alto riesgos como el tabaquismo y el consumo de drogas.<sup>1-2-3-4</sup>

En este grupo etario, los exámenes de salud recomendados son los que tienen como objetivos detectar precozmente la presencia de:

- . Cáncer de mama
- . Cáncer cervical (cuello de útero)
- . Infección genital por *chlamydia*.
- . Colesterol elevado.
- . Tuberculosis.
- . HIV.
- . Sífilis.
- . Hepatitis B y C.
- . Hipertensión arterial.
- . Cáncer de pulmón.



## **Cáncer de mama**

Si bien la prevalencia de cáncer de mama no es alta a esta edad es muy importante empezar la educación y concientización en cuanto a la importancia preventiva del examen clínico como en el auto examen mamario en este grupo etario, ya que sería muy útil para que en adelante las mujeres asistan al consultorio con menos temor y pudor.

El cáncer de mama es la segunda causa de muerte en las mujeres. Se recomienda el siguiente régimen de detección:

- Auto examen mamario mensual, a partir de los 20 años
- Exploración por el médico, cada 3 meses, en todas las mujeres de 20 a 39 años.

### **Recomendación:**

EL examen periódico de mamas debe efectuarse cada:

1. Dos años hasta los 50 años. Después cada año.<sup>1</sup>

## **Cáncer de cuello de útero**

La frecuencia del examen depende de la presencia de factores de riesgo para el cáncer cervical (edad temprana de relaciones sexuales con varias parejas y la presencia papiloma virus humano)<sup>5</sup>. El Papanicolaou presenta una sensibilidad del 20 al 45 % y una especificidad 70 al 90% muy variable dependiendo de la calidad y experiencia en la toma del citológico y su lectura de laboratorio<sup>6</sup>.

La citología o prueba de Papanicolaou es la principal prueba de detección y prevención del cáncer cervical.

### **Recomendación:**

- Debe realizarse una citología cada 3 años en las mujeres que son activas sexualmente.
- Debe hacerse una exploración más frecuente es decir una citología anual al inicio de la actividad sexual o a los 18 años. Después de 3 exámenes anuales seguidos negativos, se puede recomendar un régimen de citologías menos frecuente.<sup>7</sup>

El Papanicolau debe realizarse desde:

1. Desde el comienzo de la actividad sexual 2 tomas en 2 años, durante los 2 primeros años, desde los 70 años, cada 2 años.<sup>1, 2,3</sup>
2. Desde el comienzo de la actividad sexual 2 tomas en 2 años, durante los 2 primeros años. Después cada 3 años hasta los 35 años, y después cada 5 años hasta los 74 años.<sup>1, 2,3</sup>
4. Desde el comienzo de la actividad sexual o desde los 18 años 1 toma al principio. Después cada 1 a 3 años hasta los 65 años.<sup>1, 2,3.</sup>

### **Infección por *Chlamydia***

Las mujeres adolescentes entre 15 y 19 años tienen la prevalencia más elevada de infección. Aunque la mayoría de infectados no tiene síntomas.

Las infecciones genitales por *Chlamydia* han tenido un gran impacto en las últimas década. La OMS ha hecho estudios y considera que a cada año se producen en el mundo cerca de 90.000.000 de infecciones genitales por *Chlamydia* y las mujeres quedan estériles como consecuencia de las secuelas crónicas de estas<sup>5</sup>.

### **Recomendación:**

- Debe examinarse a todas las mujeres jóvenes sexualmente activas de menos de 20-25 años de edad, al menos anualmente.

- Debe examinarse a todas las mujeres que se suponga en riesgo, tanto si están embarazadas como si no.
- Deben examinarse anualmente a las mujeres de 20 años de edad o mayores con uno o más factores de riesgo: nuevo compañero sexual, múltiples compañeros sexuales, no empleo de anticonceptivos de barrera.
- Hay que examinar a todas las mujeres con infección en el cuello del útero y a todas las embarazadas.
- Todas las mujeres embarazadas asintomáticas de 25 años o más jóvenes.
- Las mujeres embarazadas con riesgo elevado de infección.<sup>5</sup>

#### **Colesterol elevado.**

Si bien la determinación rutinaria del colesterol no es necesaria para todos los jóvenes, se recomienda para los jóvenes adultos con un familiar padre o abuelo con colesterol elevado o con enfermedad cardiovascular prematura, antes de los 50 años de edad.

La ATP III 2002 (Tercer Informe del Programa Nacional de Educación en Colesterol del NHLBI de los EEUU)<sup>8</sup>, recomienda:

Debe examinarse el colesterol total, colesterol LDL, colesterol HDL y triglicéridos): en todos los de 20 años y mayores, al menos una vez cada 5 años.

- Una medición más frecuente es recomendable si existen factores de riesgo conocidos, como tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes, obesidad o sobrepeso, una historia familiar de enfermedad cardíaca prematura, colesterol total elevado, colesterol LDL elevado o colesterol HDL bajo.<sup>9.10.</sup>

## **Recomendación:**

Debe efectuarse un examen.

1. Cada año hasta los 70 años.<sup>1,2,3.</sup>
2. Se recomienda 1 vez en los hombres entre los 35 y los 49 años de edad.<sup>1,2,3.</sup>
3. Se recomienda en hombres de mediana edad.<sup>1,2,3</sup>

Se recomiendan las siguientes determinaciones:

- Perfil lipídico. Un análisis de sangre realizado tras 9-12 horas de ayuno, en el que se determina el colesterol total, el colesterol C-LDL, el colesterol C- HDL y los triglicéridos.<sup>11</sup>

## **Tuberculosis**

Aunque no se recomienda la detección generalizada de la tuberculosis, sí es recomendable en base individualizada si existen factores de riesgo conocidos. Se recomienda la prueba cutánea de tuberculina en personas en riesgo, en las personas que están en contacto con VIH-positivos, que reciben terapia inmunosupresora, o que tienen una radiografía de tórax sospechosa. Cerca de un tercio de la población mundial está infectada con *Mycobacterium Tuberculosis* y en riesgo de desarrollar la enfermedad. Cada año más de ocho millones de personas padecen tuberculosis (TBC) y alrededor de dos millones mueren. La pandemia de SIDA ha tenido gran impacto sobre la distribución de esta enfermedad, ya que la infección por el VIH contribuyó a incrementar significativamente la incidencia mundial de TBC.

.Otro factor que contribuye al aumento de la TBC y de las tasas de mortalidad es la emergencia de nuevas cepas de M. tuberculosis

resistentes a algunas o a todas las drogas antituberculosas disponibles. Esta resistencia es causada principalmente por los tratamientos deficientes, ya sea por falta de adherencia del enfermo o por discontinuidad en la provisión de los medicamentos. La TBC resistente a las drogas es más difícil y más cara de tratar. En Argentina, el esquema de tratamiento completo con drogas esenciales que provee el Programa Nacional de Control de TBC cuesta 20 US\$. Un esquema con drogas de reserva para un paciente multirresistente (resistente por lo menos a isoniazida y rifampicina) incrementa el costo entre 100 y 200 veces, según el tipo de tratamiento utilizado. Por otra parte, los tratamientos alternativos deben ser administrados durante no menos de 18 meses, y presentan serios problemas de intolerancia o efectos adversos indeseables.<sup>12, 13</sup>

## **HIV**

Según los datos de ONUSIDA, “la mitad de las nuevas infecciones por el VIH a escala mundial se producen en jóvenes de 15 a 24 años”. En la misma línea un informe publicado en México tras el Segundo Encuentro Universitario sobre VIH/sida concluyó en que, en ese país, cerca del 50 por ciento de los nuevos casos de VIH/sida corresponde a jóvenes de entre 10 y 24 años de edad. En Argentina las cifras continúan esta tendencia. Según los datos del INDEC, más del 35 por ciento de los casos de VIH informados entre 2000 y 2005 afectan a jóvenes de entre 15 y 29 años.

El VIH tipo 1 es un retro virus humano que infecta a los linfocitos y otras células portadoras de la proteína CD4, así como un coreceptor pertenecientes a las quimosinas. La infección lleva a leucopenia y disminución de las células T CD4, alteración de la inmunidad celular y

activación de las células b poli clónales. Con el tiempo, esta disfunción inmunitaria da origen al sida, que se caracteriza por infecciones oportunistas y neoplasias. La mediana del periodo de incubación son 10 años.<sup>14</sup>

### **Recomendación**

Para ser más efectivos en la evaluación del paciente debe preguntarse, si la persona tiene en su vida factores que la hagan vulnerable a infectarse.

Es importante aclarar que la mayoría de la gente infectada con el HIV no se siente enferma y no se da cuenta que está infectada. La infección puede transmitirse a través de las relaciones sexuales o de la sangre.

Una mujer infectada, a su vez, puede infectar a su bebé durante el embarazo, parto o lactancia.

Dentro de las preguntas debe incluirse:

- Antecedentes de exposición a sangre o sus productos, como por ejemplo hemofilia, cirugías previas o transfusiones.
- Antecedentes de drogadicción: por ejemplo qué drogas utilizó en los últimos 10 años y con cuantas personas compartió o comparte agujas.
- Antecedentes sexuales: cuántas parejas sexuales, cuantos hombres, qué tipo de actividad sexual practica y si tuvo enfermedades de transmisión sexual.
- Antecedentes de sus parejas sexuales: si alguna de sus parejas actuales o previas consume o consumía droga, o es HIV (+).

Si el objetivo de la encuesta es saber si tiene factores de riesgo, y por el interrogatorio éstos son negativos, es un buen momento para brindarle información acerca del HIV, y decirle que si no presenta factores que lo

pongan en riesgo de una infección no es necesario que se haga el estudio del HIV, salvo que la persona expresamente quiera que se solicite.<sup>15.16.17.</sup>

### **Recomendaciones para la prevención de la infección HIV:**

Debe dejarse en claro que la transmisión es a través del sexo, sangre y de la madre embarazada a su hijo.

- Abstinencia de drogas o programa de rehabilitación de drogas..
- Limitar el número de parejas sexuales.
- Uso de preservativos durante todo el acto sexual.
- No compartir agujas ni jeringas.
- No donar sangre o sus productos, tejidos, órganos o espermatozoides hasta que no se confirmen los resultados del estudio.

Debe aclararse que en el caso de que el estudio sea positivo, las parejas sexuales o bien que comparten agujas necesitarán estudiarse para ver si están infectados.

Es importante también definir claramente en esta consulta, cuándo y dónde tiene que buscar el resultado.<sup>15.17.</sup>

### **Métodos de detección:**

La detección se realiza por enzimoimmunoanálisis (ELISA) y una inmunotransferencia (Western blot) positiva (con, al menos, 2 de las siguientes bandas: p24 gp21, gp120/160). No se debe informar al paciente un único ELISA positivo hasta confirmar con la inmunotransferencia.<sup>15,16.17</sup>

### **SÍFILIS**

La sífilis es una enfermedad sistémica causada por *Treponema pallidum*, bacilo

Gram negativo, que se transmite preferentemente por contacto sexual. También se puede transmitir a través del contacto directo con sangre infectada y de la madre al hijo durante el embarazo. La infección natural es exclusiva del ser humano.

La sífilis ha sido dividida en etapa precoz y tardía, cuyo límite se sitúa convencionalmente en 1 año. Esta división tiene importancia epidemiológica por la posibilidad de transmisión de la enfermedad ya que las lesiones cutáneo mucosas de las formas precoces son contagiosas y las manifestaciones de las formas tardías no lo son. Siempre deben realizarse esfuerzos en precisar la etapa clínica para determinar tratamiento correcto, pronóstico y seguimiento correspondiente.<sup>15-16.</sup>

. La evolución natural de la enfermedad tiene un curso variable en diferentes pacientes, un tercio de los infectados evolucionan espontáneamente hacia la recuperación total sin tratamiento, un tercio permanece en etapas latentes de la enfermedad que se evidencia solamente con test serológicos reactivos y en el tercio restante, la enfermedad evoluciona hacia la etapa destructiva (sífilis terciaria).

En la sífilis terciaria, que por lo general se desarrolla muchos años después de la infección primaria en pacientes no tratados o tratados inadecuadamente, se produce un deterioro progresivo principalmente del sistema cardiovascular, nervioso central y óseo.<sup>17, 18</sup>

. Otro punto es la importancia de la detección y tratamiento oportuno de la sífilis, permite evitar el daño destructivo que esta enfermedad ocasiona en las personas no tratadas, disminuir el riesgo de adquirir otras infecciones



como el VIH, y evitar los efectos devastadores de la sífilis materna en el feto.<sup>18</sup>

. En cuanto a la mejora en la gestión de casos de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) es una de las intervenciones que, como se ha demostrado científicamente, reducen la incidencia de la infección en la población general. Si las intervenciones se orientan específicamente hacia un determinado grupo de población con alta probabilidad de transmisión, la costo-eficacia se hace aún mayor.<sup>19</sup>

Por su lado la OMS recomienda que los países establezcan y utilicen protocolos nacionales de tratamiento estandarizados para las infecciones de Transmisión Sexual. En el caso de pacientes adolescentes, existe la posibilidad de ejercer una influencia sobre los futuros comportamientos sexuales y las conductas tendientes a la búsqueda de un tratamiento durante un estadio crítico del desarrollo.<sup>20</sup>

También se ha demostrado, que el riesgo de transmisión de VIH en cada relación sexual sin protección aumenta de 50 a 300 veces en las enfermedades que cursan con úlceras genitales.<sup>21</sup>

.Otros estudios han demostrado que ciertas poblaciones (las personas que ejercen el comercio sexual, los hombres que tienen sexo con hombres, los consumidores de drogas y las personas privadas de libertad) tienen mayor prevalencia de Infecciones de transmisión sexual que la población general. Los comportamientos sexuales de riesgo, la marginación y discriminación de estas poblaciones contribuyen a aumentar el riesgo de contraer estas infecciones.<sup>22</sup>

Existen dos tipos de exámenes de laboratorio, que permiten realizar el diagnóstico de sífilis, los no treponémicos, que se utilizan preferentemente como técnicas de detección diagnóstico y seguimiento: RPR y VDRL y los treponémicos, que se utilizan como medio de confirmación diagnóstica.<sup>17</sup>

La prueba del VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) constituye una técnica serológica con la suficiente sensibilidad y especificidad para complementar el diagnóstico de sífilis y analizar la respuesta al tratamiento específico. Su costo y complejidad la hacen ideal para el estudio de esta enfermedad de transmisión

sexual en grandes masas de población.

Aunque VDRL y RPR (Rapid Plasma Reagin) tienen similar validez, dada la sensibilidad, para realizar el seguimiento debe usarse la misma prueba, por ejemplo, VDRL o RPR y hacerlo en el mismo laboratorio. Por lo anterior, y como RPR a menudo presenta los títulos ligeramente más elevados que VDRL, no son comparables entre sí.<sup>23</sup>

### **Recomendaciones.**

Frecuencia con que se debe realizar este examen.

Debido a que la detección de la enfermedad tiene distintas poblaciones blanco, la frecuencia recomendada también es diferente.

Realizar exámenes de VDRL o RPR por una vez al momento de hacerse el examen periódico de salud a todas las personas mayores de 15 años con conductas sexuales de riesgo.

Ofrecer control periódico y derivar al Centro de Infecciones de Transmisión Sexual.

**Valores que indican que el examen está alterado.**

Se considera caso probable toda serología no treponémica (VDRL o RPR) reactiva a títulos elevados <sup>24</sup>. El diagnóstico se realiza mediante exámenes de confirmación (treponémicos) y la correlacionan entre la clínica y los antecedentes epidemiológicos.

### **Hepatitis B y C:**

El virus de la Hepatitis B (VHB) es un Hepadnavirus y el de la Hepatitis C (VHC) es un Hepacivirus perteneciente a los calicivirus. La hepatitis es un grave problema de salud pública mundial, la cual afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo, aunque la prevalencia es muy variable entre las distintas zonas geográficas. Produce una mortalidad, a nivel mundial, de medio millón de personas por año <sup>25</sup>.

La vía de transmisión sexual es importante tanto para el VHB (40%) como para el VHC (20%). Otras formas de transmisión incluyen el uso de drogas endovenosas, transfusiones de sangre, madre-hijo, el uso de tatuajes o piercing y el riesgo ocupacional en trabajadores de la salud <sup>26, 27</sup>.

Es importante conocer su clínica ya que se puede presentar de forma asintomática. Las formas sintomáticas son variables: agudas con síntomas inespecíficos (anorexia, náuseas, malestar general ictericia), crónicas con persistencia del antígeno de superficie (HBsAg) y pruebas de funcionalismo hepático alteradas, siendo más propensas a desarrollar Carcinoma hepatocelular y cirrosis hepática. <sup>25, 26, 27.</sup>

El diagnóstico puede ser serológico, por PCR VHB, determinación del genotipo y de la carga viral tanto para la infección por el VHB como por VHC.

### **Recomendaciones**

La prevención de la infección por el VHB se hace mediante la vacuna contra VHB, administrándose 3 dosis (0-1-6 meses); mientras que la vacuna contra el VHC se encuentra actualmente en fase de experimentación II; es decir, no existe actualmente en el mercado.<sup>25,27</sup>

### **- HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

La Hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica que, librada a su curso natural, produce daño orgánico irreversible que causa invalidez o muerte prematura. Su importancia radica en su rol precursor de enfermedad cardiovascular (ECV). Se considera hipertensa a una persona que presenta una presión arterial (PA) persistentemente elevada, =140/90 mm Hg. Por muchos años, estos valores han sido considerados la línea divisoria entre una presión “normal” y una “presión arterial alta”, o al menos han sido ampliamente aceptados como el límite superior en el cual se sustentaría una vida segura<sup>28</sup>. Los niveles de Presión Arterial considerados “normales” han ido cambiando a través del tiempo, en la medida que han aparecido nuevos estudios y tratamientos que permiten reducir estas cifras. Estudios prospectivos han concluido que el riesgo empieza cuando la presión arterial sistólica (PAS) excede los 120 mm Hg. y la presión arterial diastólica (PAD) es superior a los 80 mm Hg.<sup>29</sup>

Es muy importante detectar la HTA tempranamente ya que es ésta un factor de riesgo conducente a enfermedad coronaria, enfermedad cardíaca congestiva, ataque cerebral, ruptura de aneurisma aórtico, enfermedad renal y retinopatía.

Estas complicaciones están entre las enfermedades más comunes y de mayor gravedad en la población adulta.

La detección oportuna de la HTA, su manejo integral y los esfuerzos exitosos para disminuir los niveles de Presión Arterial permiten prevenir la morbilidad, la mortalidad y disminuir el riesgo cardiovascular de las personas hipertensas bajo control.

La relación de PA y eventos cardiovasculares es continua, consistente e independiente de otros factores de riesgo cardiovasculares. En personas mayores de 50 años la PAS >140 mm Hg. es un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular mucho más importante que la presión arterial diastólica. El riesgo relativo de la HTA es mayor en la enfermedad cerebro vascular que en la enfermedad coronaria.

La OMS informa que la presión arterial >115mm Hg. de PAS es responsable del 62% de la enfermedad cerebro vascular y del 49% de la enfermedad isquémica cardíaca, con pequeñas variaciones por sexo.

El tratamiento adecuado de la HTA produce una disminución del riesgo cerebro vascular. Se estima que una disminución de 10-14 mm Hg. en la presión arterial sistólica y de 5-6 mm Hg. en la presión arterial diastólica reduce alrededor de un 40% los accidentes cerebro vasculares y un 15% la enfermedad coronaria.

Entre 30 a 50% de las personas con HTA etapas 1 o 2 (Clasificación JNC VI) presenta hipertrofia del ventrículo izquierdo (HVI) y en formas más severas de HTA ocurre en un 65%. Si la HVI no se trata o no es bien tratada, se convierte en el mayor factor de riesgo para la miocardiopatía dilatada e insuficiencia cardíaca.<sup>30</sup>

En un estudio realizado por Benetos y Cols. en 8.893 hipertensos pareados por edad y sexo con 25.880 personas normotensas, se encontró que el

aumento de la mortalidad cerebro vascular a 12 años de los hipertensos se debe principalmente al mayor nivel de presión arterial sistólica que tienen incluso bajo tratamiento, lo que sugiere que este mayor riesgo podría ser drásticamente reducido con un buen control de la presión arterial sistólica<sup>31</sup>.

Otro estudio randomizado y controlado realizado por el Hypertension Detection and Follow-Up Program de Estados Unidos en alrededor de 11.000 hipertensos de ambos sexos demostró que aquellos con presión arterial diastólica entre 90 y 109 mm Hg en tratamiento farmacológico tuvieron una reducción estadísticamente significativa de 17% en la mortalidad a 5 años por todas las causas en relación al grupo control.

Aquellos con presión arterial diastólica entre 90 y 104 mm Hg. experimentaron una reducción del 20% en la mortalidad.<sup>32</sup>

Aunque no hay ensayos clínicos prospectivos aleatorios que hayan probado de forma concluyente los beneficios del tratamiento en personas hipertensas con presión arterial sistólica entre 140 -159 mm Hg., la terapia no se debería obviar en ellos en base a la edad.

En relación a la presión arterial diastólica , no hay evidencias definitivas sobre el incremento del riesgo con el tratamiento agresivo (curva en J) a menos que descienda a más de 55-60mm Hg. con éste.<sup>30</sup>

Las revisiones sistemáticas han encontrado evidencia de calidad en los siguientes aspectos:

- El principal factor determinante de beneficio del tratamiento de la hipertensión es el riesgo absoluto pre-tratamiento de patología cardiovascular.
- El tratamiento farmacológico reduce la presión arterial.

- Los hombres de edad media con promedios de presión arterial diastólica entre 90 y 114 mm Hg experimentan una reducción significativa en la morbilidad (hemorragia cerebral, falla cardíaca congestiva) después del tratamiento con medicamentos antihipertensivos <sup>32</sup>.

- En personas mayores de 60 años con una presión arterial sistólica superior a 160 mm Hg, la reducción de esta presión disminuye la mortalidad total así como los eventos cardiovasculares fatales y no fatales.

Los ensayos de tratamientos con fármacos han encontrado una mayor reducción de la presión arterial en comparación con los ensayos de cambios en los hábitos de vida, aunque no se encontró ninguna comparación directa <sup>33</sup>.

El mejor examen es la medición de la presión arterial por técnica indirecta estandarizada, realizada por personal capacitado. El instrumento estándar recomendado para la medición es el esfigmomanómetro de mercurio y estetoscopio. También se pueden usar equipos digitales (automáticos o semiautomáticos) validados por la Advancement of Medical Instrumentation o la British Hypertension Society. Estos deben ser revisados cada 6 meses, calibrándolos contra un esfigmomanómetro de mercurio, utilizando una llave en Y.

No pueden existir más de 4mm Hg de diferencia entre ambos instrumentos. Los desperfectos deben ser reparados en los servicios técnicos correspondientes. <sup>30, 32,34</sup>

Antes de la medición, las personas deben haber evacuado la vejiga y descansado por al menos 5 minutos. Si han hecho ejercicio físico intenso, han fumado o tomado café o alcohol durante la última media hora, deben

prolongar el reposo durante 30 minutos. Si han tomado medicamentos que pueden elevar los niveles de presión arterial o están con dolor al momento del examen, se debe dejar

constancia en la ficha clínica.

.Otro estudio que no debe dejarse de lado es el electrocardiograma (ECG) debe incluirse en la estrategia de evaluación clínica, ya que ofrece una importante información tanto en el seguimiento clínico como en la estratificación del riesgo del hipertenso puede poner en evidencia: presencia de criterios de hipertrofia ventricular izquierda, trastornos del ritmo (fibrilación auricular) y de la conducción (bloqueo auriculoventricular, bloqueo de rama izquierda) y signos sugestivos de cardiopatía isquémica (alteraciones del segmento ST-T).

### **Valores que indican que el examen está alterado**

Valores iguales o mayores a 140 mmHg en la presión arterial sistólica y 90 mm Hg en la presión arterial diastólica.

A partir de la publicación del VII Report del Joint National Committee 2003, que simplifica la clasificación del JNC VI, se introduce una nueva categoría: la prehipertensión:

### **Clasificación de la presión Arterial en Adultos de 18 y más años.**

Categoría Sistólica (mm Hg) Diastólica (mm Hg)

Normal <120 y <80

Pre-hipertensión 120-139 u 80-89

HTA Etapa 1 140-159 o 90-99

HTA Etapa 2 >160 o >100



El riesgo CV aumenta a partir de valores de 115/75 mm Hg y se dobla con cada incremento de 20/10 mm Hg en la presión arterial sistólica y presión arterial a diastólica, respectivamente. Las personas normotensas mayores de 55 años tienen un 90% de posibilidades de desarrollar HTA.

### **Recomendaciones**

Frecuencia con qué se debe realizar este examen:

1. Cada 2 años.<sup>1, 2,3</sup>
2. Cada 5 años, o en cada visita al médico hasta los 64 años, y cada 2 años desde los 65.<sup>123</sup>
3. Periódicamente.<sup>1, 2,3</sup>

### **El examen periódico para hipertensión ha sido recomendado en:**

Personas =21 años.<sup>28</sup>

También se recomienda la medición de la presión arterial en niños y adolescentes durante la consulta médica<sup>29</sup>.

Adultos con presión arterial normal pueden tomarse la presión arterial cada dos años si las últimas lecturas de la presión arterial diastólica y presión arterial sistólica están bajo 85 y 140 mmHg, respectivamente, y anualmente si la última presión arterial diastólica estaba entre 85-89 mmHg y/o PAS entre 130-139 mm Hg.<sup>30</sup>

Las personas confirmadas como hipertensas deben recibir consejería para mantener el peso corporal dentro de límites normales, aumentar el nivel de actividad física, reducir la ingesta de sal, aumentar el consumo de frutas y verduras.

Conducta a seguir si el examen está alterado.

Si se encuentran valores iguales o sobre 140 mm Hg de presión arterial sistólica y/o 90 mm Hg de presión arterial diastólica, es necesario referir a la persona al médico o a un establecimiento de salud para que se le realice un “perfil de presión arterial” que permita determinar si es y es preciso repetir la medición de presión arterial nuevamente en días distintos y en las condiciones estandarizadas ya descritas.

Las personas con presión arterial sistólica PAS entre 120-139 mm Hg o presión arterial diastólica entre 80-89 mm Hg son consideradas prehipertensas y debe promoverse en ellas un cambio más saludable en el estilo de vida para prevenir la enfermedad cardiovascular y el desarrollo de la HTA; sin embargo, a los pacientes diabéticos o aquellos con insuficiencia renal con prehipertensión, se les indicará además tratamiento farmacológico antihipertensivo y órgano protector.<sup>30</sup>

## **Cáncer de pulmón**

### **INTRODUCCION**

El cáncer de pulmón es uno de los tumores más frecuentes en el mundo; representa el 22% de todos los cánceres del hombre y el 8% de todos los cánceres de la mujer, aunque esta frecuencia, en ella, se está incrementando trágicamente debido al aumento del consumo de cigarrillo<sup>35</sup>. Estos cambios sociales que la mujer ha tenido en las últimas décadas, han provocado que la relación hombre/mujer variara de 10:1 en los últimos 60 años a 1,3:1 en la actualidad<sup>36</sup>.

El cáncer de pulmón persiste como un desafío para la medicina, porque a pesar de los avances en las técnicas de diagnóstico y en los recursos terapéuticos, continúan siendo magros los resultados del tratamiento, evidenciados por las escasas curaciones con relación a la cantidad de enfermos asistidos <sup>37</sup>.

Otro punto importante es la sobrevida de los pacientes con enfermedad avanzada se ha incrementado modestamente en los últimos treinta años y solo curan aquellos individuos con enfermedad resecable, quienes constituyen la minoría <sup>38</sup>.

En el año 2000 en Argentina se produjeron 55.492 muertes por tumores, 91.506 por causas cardiovasculares y 31.972 por enfermedades respiratorias, representando entre todas éstas el 64% de las muertes totales del país (248.896).

En este momento la prevalencia de tabaquismo en Argentina se encuentra entre las más altas de la Sudamérica casi a 46% en los hombres en la edad de la población económicamente activa<sup>38</sup>.

## **ETIOLOGIA**

Clásicamente se consideraba la edad, el sexo, la etnia y el tabaquismo como grandes factores predictivos del cáncer pulmonar <sup>38</sup>. En la actualidad es conocida la relación entre el cáncer de pulmón y el hábito de fumar, especialmente en los cánceres microcíticos y escamoso. El riesgo de desarrollar cáncer de pulmón es unas 10 veces mayor en los fumadores de cigarrillo con respecto a los no fumadores, encontrándose en relación directa con la duración y cantidad de cigarrillos consumidos. Pero además

de auto dañarse, el fumador, perjudica a otros exponiéndolos a la inhalación pasiva

del humo del cigarrillo. Lo que nos lleva a inferir que el cáncer de pulmón es potencialmente prevenible.

Otros factores relacionados son el asbesto que aumenta el riesgo 4 veces en los no fumadores, especialmente del adenocarcinoma, y 90 veces el riesgo de desarrollar un carcinoma escamoso en los fumadores.<sup>37,38 39,40, 41.</sup>

### **Clínica**

Durante la mayor parte de su evolución, el cáncer pulmonar es silencioso desde el punto de vista clínico. La presencia de síntomas significa que la enfermedad esta avanzada y el pronóstico es peor que cuando se diagnostica por una anomalía radiológica asintomática. Los síntomas se dividen en 4 categorías:

- Los que se deben al crecimiento local del tumor: tos, disnea, dolor torácico, expectoración, hemoptisis, etc. El crecimiento paulatino puede llevar a una obstrucción bronquial con la consiguiente atelectasia, neumonía y ocasionalmente absceso pulmonar. El paciente desarrolla signos característicos de esta afección, es decir, fiebre, leucocitosis y, en los casos de compromiso pleural, dolor tipo puntada de costado. La disnea puede depender además de la falta de ventilación de los segmentos, lóbulos o incluso del pulmón en su totalidad.

Los que son producidos por la invasión del tumor en las estructuras adyacentes: disfonía, síndrome de la vena cava superior, etc. El compromiso del mediastino puede traer manifestaciones de obstrucción traqueal, compromiso esofágico con disfagia, parálisis recurrencial,

parálisis del nervio frénico, etc. En un tumor del vértice pulmonar con invasión del opérculo torácico el paciente refiere cervicobraquialgia en el territorio cubital (Síndrome de Pancoast Tobías). También puede existir signos de irritación simpática (Pourfour du Petit) o de anulación (Claude Bernard-Horner). A nivel pericárdico se puede hallar taponamiento por derrame con arritmias o falla cardíaca.

El bloqueo linfático puede producir derrame pleural y linfagitis carcinomatosa.

Los que se deben a metástasis: adenopatía, hepatomegalia, convulsiones, dolor óseo, fracturas, etc.

Los síntomas paraneoplásicos son: de origen neurológico (degeneración cerebelosa y encéfalo mielitis); de origen muscular (miositis y miastenia); dermatológico (acantosis nigricans, esclerodermia, dermatomiositis); esquelético (hipocratismo digital, uñas en vidrio de reloj y osteoartropatía hipertrofiante); vascular (tromboflebitis migratoria) y metabólico (Sind. de Cushing, retención hídrica por hipersecreción de hormona antidiurética, hipercalcemia por secreción de una hormona similar a la parathormona).

Otros síntomas generales que se suelen encontrar son la pérdida de peso, anorexia, fiebre y astenia.<sup>42, 43.</sup>

## **Diagnóstico**

El diagnóstico se puede dividir en tres etapas:

1-Diagnóstico histológico:

Citología del esputo: con buena técnica y por lo menos 5 muestras se llega al diagnóstico citológico en el 40-85% de los casos y los falsos positivos oscilan entre el 1 y el 3%. Es preferible obtener las muestras después de la

broncoscopia . Cuando más central es el tumor mayor será la eficacia de la citología.

Broncoscopia : un 30% de los tumores, por el hecho de ser periféricos, no son accesibles por este método, pero junto con el lavado y cepillado bronquial y las biopsias endobronquiales se obtiene el diagnóstico hasta en el 90% de los casos.

Biopsia transbronquial, punción transtorácica y aspirado con aguja fina :

Estos métodos sirven para el diagnóstico histológico en tumores no accesibles o periféricos. Se describen un 15% de falsos negativos. Todos estos métodos deberían acompañarse de microscopía electrónica, Inmunohistoquímica, citometría de flujo, genética molecular y cultivos celulares (estos últimos con la finalidad de evaluar la quimiosensibilidad).

39,43

2-Diagnóstico de extensión local:

**Radiografía de tórax (Rx)** (frente y perfil): las imágenes preceden en meses a la sintomatología, pero al ser visibles, está demostrando que el tumor ya cumplió el 75% de su ciclo. Las imágenes pueden ser de opacidad nodular, atelectasia, ensanchamiento hilar, derrame pleural, derrame pericárdico, etc. Hay que prestar atención a las estructuras óseas, sobretodo en los tumores apicales. Puede ser dificultosa la observación de tumores o ganglios centrales. Las radiografías oblicuas y descentradas de vértice muestran mejor ciertos tumores de ubicación apical.

Tomografía axial computarizada: permite observar ambos hilios, el mediastino y el compromiso pleural; así como la respuesta al tratamiento y recaídas; Este método permite considerar la resecabilidad quirúrgica y

predecir el compromiso ganglionar con una sensibilidad del 80 al 95% y una especificidad del 65%. La Tomografía cerebral y abdominal se pedirá cuando haya signos y síntomas que así lo justifiquen, aunque es conveniente siempre realizar TAC cerebral en el oat cell, aún en el asintomático.<sup>39,41</sup>

La Tomografía de alta resolución y la Tomografía helicoidal permiten detectar lesiones pequeñas menores de 1cm. (4-5mm.) determinar su densidad, localización y evaluación, y posibilitan el estudio citológico por medio de la punción con aguja fina guiadas.<sup>44</sup>

Mediastinoscopia: es el sistema de diagnóstico más exacto y útil para comprobar el compromiso ganglionar. Se la utiliza en los casos en los que el diagnóstico por otros métodos haya fracasado.

Otros métodos: mediastinotomía, videotoracoscopia y toracotomía exploradora: se utilizan cuando todos los métodos anteriormente mencionados no llegan al diagnóstico. Pacientes grandes fumadores con obstrucción al flujo de aire demostrable por espirometría presentan en un gran porcentaje neoplasias de estadios 0 y I por esputo con radiografía normal.<sup>38</sup>

Es una necesidad hoy en día informar y alertar a las personas tanto interesadas en la medicina como a la población en general de este tema tan importante, como es el examen periódico de salud, ya que es un tema que engloba lo científico con lo cultural y dando la importancia que corresponde podremos llegar mejor a la población. Es muy importante saber que esta información es esencial en la prevención como en diagnóstico y de esta manera poder comenzar un tratamiento adecuado temprano. Entonces así

podremos prevenir las complicaciones en dicha población, siendo el individuo participe de la sociedad en forma activa a esta edad, entonces no sólo se colabora con la medicina científica, sino también con la sociedad, brindando de esta manera un ser mas saludable que pueda cumplir su función de una manera mas efectiva tanto en el ámbito laboral como en el económico ya que produciría menos gastos en salud a su empleador. También es fundamental resaltar la falta de estudios randomizados sobre el tema. Por último debo decir que es interesante conocer cuanto saben los estudiantes de las distintas facultades sobre el tema en cuestión y poder fomentar la responsabilidad en el tema salud.



## **PROBLEMA**

¿Con qué frecuencia los estudiantes universitarios se realizan un control periódico de salud?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Conocer la frecuencia con la cual estudiantes entre 18-30 años se realizan un examen periódico de salud.

### **Objetivos específicos**

- Identificar cuales son los exámenes periódicos de salud que más frecuentemente se realizan.
- Conocer el por qué no se realizan los exámenes periódicos de salud.
- Detectar la frecuencia de cuánto conocen acerca del tema y qué importancia le dan al mismo.
- Comparar entre las distintas facultades para analizar las diferencias en la realización de los exámenes periódicos de salud.
- Indagar con cuánta información acerca del examen periódico de salud arriban del colegio primario o secundario.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó adelante un estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo en base a los datos obtenidos de una encuesta realizada a estudiantes universitarios de la Universidad Abierta Interamericana de las carreras de Medicina, Abogacía, Kinesiología y Analista en Sistemas, durante los meses de septiembre y octubre de 2008.

Las encuestas se realizaron sobre alumnos regulares de las respectivas carreras, con una edad comprendida entre los 18 y los 30 años. Se recolectaron 50 encuestas por cada carrera, quedando conformada la muestra por un total de 200 encuestas.

El método para acceder a la información fue una encuesta, utilizando como instrumento de recolección y registro de datos un cuestionario impreso.

El cuestionario se presentó como un formulario escrito, con preguntas abiertas y cerradas (dicotómicas y de opción múltiple). El cuestionario fue de carácter anónimo y administrado por un encuestador capacitado para tal fin.

El instrumento fue probado, para determinar su calidad y validez, posteriormente se realizó las correcciones que se consideraron pertinentes, para la confección del instrumento definitivo (anexo 1).

Previo a la implementación de la encuesta se solicitó el consentimiento de los encuestados.

### Variables en estudio:

- Carrera: Medicina, Derecho, Kinesiología, Analista de Sistemas.
- Sexo: femenino o masculino.
- Edad: en años cumplidos al momento de la encuesta.

- ¿Se realizó alguna vez examen periódico de salud?: sí o no.
  - Si la respuesta fue no: ¿por qué?: falta de información, miedos, bajos recursos económicos, otros.
  - En caso de respuesta afirmativa, especificar: examen clínico *para cáncer de mama, Papanicolau, Cultivo de flujo vaginal en búsqueda de Chlamydia Trachomatis*, perfil lipídico, prueba de tuberculina, VIH por ELISA, VDRL, PCR (Hepatitis B y C), medición de la presión arterial, ECG, radiografía de tórax.
- ¿Cada cuánto tiempo se realiza un examen de salud?: especificando cantidad de años.
- ¿Es importante realizarse un examen periódico de salud?: sí o no.
- ¿Conoce la importancia del examen periódico de salud?: sí o no. Especificando: preventivo, diagnóstico, terapéutico.
- ¿Le enseñaron en la escuela primaria o secundaria sobre el tema?: sí o no.

Los datos obtenidos se volcaron en una base de datos de Microsoft Excel. Los datos se tabularon para su presentación (ver anexo). Para su análisis se confeccionaron tablas y gráficos, se utilizaron medidas de resumen de tendencia central (media aritmética, mediana, modo) y de dispersión (desvío estándar) y técnicas estadísticas descriptivas (distribuciones de frecuencias, promedios, porcentajes) e inferenciales (prueba chi cuadrado y test exacto de Fisher).

## RESULTADOS

### ➤ Sexo

**Tabla 1:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas del sexo de la población encuestada, según carrera.

	Sexo			
	femenino		masculino	
	f	%	f	%
Medicina	31	62,0%	19	38,0%
Derecho	26	52,0%	24	48,0%
Kinesiología	25	50,0%	25	50,0%
Analista en Sistemas	11	22,0%	39	78,0%
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>(46,5%)</b>	<b>107</b>	<b>(53,5%)</b>

Del total de la población encuestada ( $n=200$ ), el 53,5% corresponde al sexo masculino y el 46,5% al sexo femenino. En Medicina el 62% corresponde al sexo femenino y el 38% al sexo masculino. En Derecho el 52% corresponde al sexo femenino y el 48% al sexo masculino. En Kinesiología el 50% corresponde al sexo femenino y el 50% al sexo masculino. En Analista en Sistemas el 78% corresponde al sexo masculino y el 22% al sexo femenino.

### ➤ Edad

La población encuestada presenta un promedio de 24 años con un desvío estándar de 3,3 años, una mediana de 24 años y un modo de 22 años.

**Tabla 2:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la edad de la población encuestada.

	Edad	
	f	%
= 21 años	48	24,0%
22 a 25 años	84	42,0%
= 26 años	68	34,0%
<b>Total</b>	<b>200</b>	

El 42% corresponde al intervalo de 22 a 25 años; el 34% al intervalo de 26 años o más y el 24% al intervalo de 21 años o menos.

➤ **Examen periódico de salud**

**Tabla 3:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la realización del examen periódico de salud en la población encuestada, según carrera.

¿Se realizó alguna vez un examen periódico de salud?				
	sí		no	
	f	%	f	%
Medicina	38	76,0%	12	24,0%
Derecho	42	84,0%	8	16,0%
Kinesiología	41	82,0%	9	18,0%
Analista en Sistemas	42	84,0%	8	16,0%
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>(81,5%)</b>	<b>37</b>	<b>(18,5%)</b>

Del total de la población encuestada, el 81,5% refiere haberse realizado un examen periódico de salud. De los alumnos de Medicina el 76% refiere haberse realizado un examen periódico de salud. De los alumnos de Derecho el 84% refiere haberse realizado un examen periódico de salud. De los alumnos de Kinesiología el 82% refiere haberse realizado un examen periódico de salud. De los alumnos de Analista de Sistemas el 84% refiere haberse realizado un examen periódico de salud.

➤ **Examen periódico de salud y sexo**

**Tabla 4:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la realización del examen periódico de salud en relación al sexo de la población encuestada.

Examen periódico de salud y sexo				
	femenino		masculino	
	f	%	f	%
sí	85	91,4%	78	72,9%
no	8	8,6%	29	27,1%
<b>Total</b>	<b>93</b>		<b>107</b>	

Del total de la población de sexo femenino (n=93), el 91,4% refiere haberse realizado un examen periódico de salud y el 8,6% refiere que no. Del total de la población de sexo masculino (n=107), el 72,9% refiere haberse realizado un examen periódico de salud y el 27,1% refiere que no. La relación entre examen periódico de salud y sexo es altamente significativa ( $p=0,001$ ). Es decir, que los estudiantes de sexo femenino tienen más probabilidades de haberse realizado un examen periódico de salud que aquellos estudiantes de sexo masculino.

➤ **Justificación de la no realización del examen periódico de salud**

**Tabla 5:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la no realización del examen periódico de salud en la población encuestada.

¿Por qué no?		
	f	%
Falta de información	10	20,0%
Miedos	2	4,0%
Bajos recursos económicos	1	2,0%
Otros motivos	25	50,0%

Del total de la población que refiere no haberse realizado un examen periódico de salud (n=37), el 50% refiere por otros motivos; el 20% por falta de información; el 4% por miedos y el 2% por bajos recursos.

➤ **Examen clínico. Cáncer de mama**

**Tabla 6:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la realización del examen clínico para el cáncer de mama en la población encuestada.

Cáncer de mama. Examen clínico		
	f	%
sí	36	42,4%
no	49	57,6%
<b>Total</b>	<b>85</b>	

Del total de mujeres que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=85), el 57,6% no realizó el examen clínico para el cáncer de mama.

**Tabla 7:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la realización del examen clínico para el cáncer de mama en la población encuestada, según carrera.

<b>Cáncer de mama. Examen clínico</b>					
	<b>sí</b>		<b>no</b>		<b>Total</b>
	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	
<b>Medicina</b>	14	48,3%	15	51,7%	<b>29</b>
<b>Derecho</b>	13	54,2%	11	45,8%	<b>24</b>
<b>Kinesiología</b>	2	9,1%	20	90,9%	<b>22</b>
<b>Analista en Sistemas</b>	7	70,0%	3	30,0%	<b>10</b>

Del total de estudiantes de Medicina que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=29), el 51,7% no realizó el examen clínico para el cáncer de mama y el 48,3% realizó el examen clínico para el cáncer de mama.

Del total de estudiantes de Derecho que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=24), el 54,2% realizó el examen clínico para el cáncer de mama y el 45,8% no realizó el examen clínico para el cáncer de mama.

Del total de estudiantes de Kinesiología que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=22), el 90,9% no realizó el examen clínico para el cáncer de mama y el 9,1% realizó el examen clínico para el cáncer de mama.

Del total de estudiantes de Analista de Sistemas que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=10), el 70% realizó el examen clínico para el cáncer de mama y el 30% no realizó el examen clínico para el cáncer de mama.

➤ **Papanicolau. Cáncer de cérvix**

**Tabla 8:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la realización del PAP en la población encuestada.

PAP		
	f	%
<b>sí</b>	67	78,8%
<b>no</b>	18	21,2%
<b>Total</b>	<b>85</b>	

Del total de mujeres que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=85), el 78,8% se realizó el PAP.

**Tabla 9:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la realización del PAP en la población encuestada, según carrera.

PAP					
	sí		no		Total
	f	%	f	%	
<b>Medicina</b>	25	86,2%	4	13,8%	<b>29</b>
<b>Derecho</b>	16	66,7%	8	33,3%	<b>24</b>
<b>Kinesiología</b>	18	81,8%	4	18,2%	<b>22</b>
<b>Analista en Sistemas</b>	8	80,0%	2	20,0%	<b>10</b>

Del total de estudiantes de Medicina que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=29), el 86,2% realizó el PAP y el 13,8% no realizó el PAP.

Del total de estudiantes de Derecho que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=24), el 66,7% realizó el PAP y el 33,3% no realizó el PAP.

Del total de estudiantes de Kinesiología que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=22), el 81,8% realizó el PAP y el 18,2% no realizó el PAP.

Del total de estudiantes de Analista de Sistemas que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=10), el 80% realizó el PAP y el 20% no realizó el PAP.



➤ **Cultivo de flujo vaginal para *Chlamydia Trachomatis***

**Tabla 10:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la realización del cultivo de flujo vaginal en la población encuestada.

<b>Cultivo de flujo vaginal (Chlamydia)</b>		
	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>sí</b>	14	16,5%
<b>no</b>	71	83,5%
<b>Total</b>	<b>85</b>	

Del total de mujeres que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=85), el 83,5% no se realizó el cultivo de flujo vaginal para *Chlamydia Trachomatis*.

**Tabla 11:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la realización del cultivo de flujo vaginal en la población encuestada, según carreras.

<b>Cultivo de flujo vaginal (Chlamydia)</b>					
	<b>sí</b>		<b>no</b>		<b>Total</b>
	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	
<b>Medicina</b>	4	13,8%	25	86,2%	<b>29</b>
<b>Derecho</b>	5	20,8%	19	79,2%	<b>24</b>
<b>Kinesiología</b>	4	18,2%	18	81,8%	<b>22</b>
<b>Analista en Sistemas</b>	1	10,0%	9	90,0%	<b>10</b>

Del total de estudiantes de Medicina que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=29), el 86,2% no realizó el cultivo de flujo vaginal y el 13,8% realizó el cultivo de flujo vaginal. Del total de estudiantes de Derecho que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=24), el 79,2% no realizó el cultivo de flujo vaginal y el 20,8% realizó el cultivo de flujo vaginal. Del total de estudiantes de Kinesiología que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=22), el 81,8% no realizó el cultivo de flujo vaginal y el 18,2% realizó el cultivo de flujo vaginal.

Del total de estudiantes de Analista de Sistemas que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=10), el 90% no realizó el cultivo de flujo vaginal y el 10% realizó el cultivo de flujo vaginal.

➤ **Perfil lipídico**

**Tabla 12:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la realización del perfil lipídico en la población encuestada.

Perfil lipídico		
	f	%
sí	46	28,2%
no	117	71,8%
<b>Total</b>	<b>163</b>	

Del total de encuestados que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=163), el 71,8% no se realizó el perfil lipídico.

**Tabla 13:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la realización del perfil lipídico en la población encuestada, según carreras.

Perfil lipídico					
	sí		no		Total
	f	%	f	%	
<b>Medicina</b>	14	36,8%	24	63,2%	<b>38</b>
<b>Derecho</b>	10	23,8%	32	76,2%	<b>42</b>
<b>Kinesiología</b>	13	31,7%	28	68,3%	<b>41</b>
<b>Analista en Sistemas</b>	9	21,4%	33	78,6%	<b>42</b>

Del total de estudiantes de Medicina que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=38), el 63,2% no realizó el perfil lipídico y el 36,8% realizó el perfil lipídico. Del total de estudiantes de Derecho que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=42), el 76,2% no realizó el perfil lipídico y el 23,8% realizó el perfil lipídico.

Del total de estudiantes de Kinesiología que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=41), el 68,3% no realizó el perfil lipídico y el 31,7% realizó el perfil lipídico. Del total de estudiantes de Analista de Sistemas que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=42), el 78,6% no realizó el perfil lipídico y el 21,4% realizó el perfil lipídico.

➤ **Prueba de tuberculina**

**Tabla 14:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la realización de la prueba de tuberculina en la población encuestada.

Prueba de tuberculina		
	f	%
sí	6	3,7%
no	157	96,3%
<b>Total</b>	<b>163</b>	

Del total de encuestados que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=163), el 96,3 % no se realizó la prueba de tuberculina.

**Tabla 15:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la realización de la prueba de tuberculina en la población encuestada, según carrera.

Prueba de tuberculina					
	sí		no		Total
	f	%	f	%	
<b>Medicina</b>	1	2,6%	37	97,4%	<b>38</b>
<b>Derecho</b>	1	2,4%	41	97,6%	<b>42</b>
<b>Kinesiología</b>	1	2,4%	40	97,6%	<b>41</b>
<b>Analista en Sistemas</b>	3	7,1%	39	92,9%	<b>42</b>

Del total de estudiantes de Medicina que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=38), el 97,4 % no realizó la prueba de tuberculina y el 2,6% realizó la prueba de tuberculina.

Del total de estudiantes de Derecho que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=42), el 97,4 % no realizó la prueba de tuberculina y el 2,6% realizó la prueba de tuberculina.

Del total de estudiantes de Kinesiología que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=41), el 97,4 % no realizó la prueba de tuberculina y el 2,6% realizó la prueba de tuberculina.

Del total de estudiantes de Analista de Sistemas que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=42), el 92,9 % no realizó la prueba de tuberculina y el 7,1% realizó la prueba de tuberculina.

➤ **ELISA para VIH**

**Tabla 16:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la realización de ELISA para VIH en la población encuestada.

ELISA (VIH)		
	f	%
sí	47	28,8%
no	116	71,2%
<b>Total</b>	<b>163</b>	

Del total de encuestados que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=163), el 71,2% no se realizó ELISA para VIH.

**Tabla 17:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la realización de ELISA para VIH en la población encuestada, según carreras.

ELISA (VIH)					
	sí		no		Total
	f	%	f	%	
Medicina	13	34,2%	25	65,8%	<b>38</b>
Derecho	13	31,0%	29	69,0%	<b>42</b>
Kinesiología	8	19,5%	33	80,5%	<b>41</b>
Analista en Sistemas	13	31,0%	29	69,0%	<b>42</b>

Del total de estudiantes de Medicina que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=38), el 65,8 % no realizó el ELISA para VIH y el 34,2% sí lo realizó.

Del total de estudiantes de Derecho que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=42), el 69% no realizó el ELISA para VIH y el 31% sí lo realizó.

Del total de estudiantes de Kinesiología que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=41), el 80,5 % no realizó el ELISA para VIH y el 19,5% sí lo realizó.

Del total de estudiantes de Analista de Sistemas que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=42), el 69% no realizó el ELISA para VIH y el 31% sí lo realizó.

#### ➤ VDRL para Sífilis

**Tabla 18:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la realización de VDRL para sífilis en la población encuestada.

VDRL		
	f	%
sí	6	3,7%
no	157	96,3%
<b>Total</b>	<b>163</b>	

Del total de encuestados que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=163), el 96,3% no se realizó la VDRL para sífilis.

**Tabla 19:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la realización de VDRL para sífilis en la población encuestada, según carrera.

	VDRL				Total
	sí		no		
	f	%	f	%	
Medicina	0	0,0%	38	100,0%	38
Derecho	1	2,4%	41	97,6%	42
Kinesiología	3	7,3%	38	92,7%	41
Analista en Sistemas	2	4,8%	40	95,2%	42

Del total de estudiantes de Medicina que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=38), el 100% no realizó la VDRL.

Del total de estudiantes de Derecho que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=42), el 97,6% no realizó la VDRL y el 2,4% sí lo realizó.

Del total de estudiantes de Kinesiología que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=41), el 92,7% no realizó la VDRL y el 7,3% sí lo realizó.

Del total de estudiantes de Analista de Sistemas que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=42), el 95,2% no realizó la VDRL y el 4,8% sí lo realizó.

➤ **PCR para Hepatitis B y C**

**Tabla 20:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la realización de PCR para Hepatitis B y C en la población encuestada.

PCR (Hepatitis B y C)		
	f	%
sí	18	11,0%
no	145	89,0%
<b>Total</b>	<b>163</b>	

Del total de encuestados que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=163), el 89% no se realizó PCR para Hepatitis B y C.

**Tabla 21:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la realización de PCR para Hepatitis B y C en la población encuestada, según carreras.

PCR (Hepatitis B y C)					
	sí		no		Total
	f	%	f	%	
<b>Medicina</b>	5	13,2%	33	86,8%	<b>38</b>
<b>Derecho</b>	2	4,8%	40	95,2%	<b>42</b>
<b>Kinesiología</b>	4	9,8%	37	90,2%	<b>41</b>
<b>Analista en Sistemas</b>	7	16,7%	35	83,3%	<b>42</b>

Del total de estudiantes de Medicina que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=38), el 86,8% no realizó la PCR para hepatitis B y C y el 13,2% sí la realizó.

Del total de estudiantes de Derecho que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=42), el 95,2% no realizó la PCR para hepatitis B y C y el 4,8% sí la realizó.

Del total de estudiantes de Kinesiología que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=41), el 90,2% no realizó la PCR para hepatitis B y C y el 9,8% sí la realizó.

Del total de estudiantes de Analista de Sistemas que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=42), el 83,3% no realizó la PCR para hepatitis B y C y el 16,7% sí la realizó.

#### ➤ **Presión arterial**

**Tabla 22:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la medición de la presión arterial en la población encuestada.

Presión arterial		
	f	%
sí	74	45,4%
no	89	54,6%
<b>Total</b>	<b>163</b>	

Del total de encuestados que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=163), el 54,6% no realizó la medición de la presión arterial.

**Tabla 23:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la medición de la presión arterial en la población encuestada, según carreras.

Presión arterial					
	sí		no		Total
	f	%	f	%	
Medicina	24	63,2%	14	36,8%	38
Derecho	12	28,6%	30	71,4%	42
Kinesiología	21	51,2%	20	48,8%	41
Analista en Sistemas	17	40,5%	25	59,5%	42

Del total de estudiantes de Medicina que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=38), el 63,2% realizó la medición de la presión arterial y el 36,8% no realizó la medición de la presión arterial.

Del total de estudiantes de Derecho que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=42), el 71,4% no realizó la medición de la presión arterial y el 28,6% realizó la medición de la presión arterial.

Del total de estudiantes de Kinesiología que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=41), el 51,2% realizó la medición de la presión arterial y el 48,8% no realizó la medición de la presión arterial.

Del total de estudiantes de Analista de Sistemas que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=42), el 59,5% no realizó la medición de la presión arterial y el 40,5% realizó la medición de la presión arterial.

➤ **Electrocardiograma**

**Tabla 24:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la realización de ECG en la población encuestada.

ECG		
	f	%
sí	119	73,0%
no	44	27,0%
<b>Total</b>	<b>163</b>	



Del total de encuestados que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=163), el 73% se realizó un electrocardiograma.

**Tabla 25:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la realización de ECG en la población encuestada, según carreras.

ECG					
	sí		no		Total
	f	%	f	%	
Medicina	29	76,3%	9	23,7%	38
Derecho	35	83,3%	7	16,7%	42
Kinesiología	23	56,1%	18	43,9%	41
Analista en Sistemas	32	76,2%	10	23,8%	42

Del total de estudiantes de Medicina que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=38), el 76,3% realizó el ECG y el 23,7% no lo realizó.

Del total de estudiantes de Derecho que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=42), el 83,3% realizó el ECG y el 16,7% no lo realizó.

Del total de estudiantes de Kinesiología que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=41), el 56,1% realizó el ECG y el 43,9% no lo realizó.

Del total de estudiantes de Analista de Sistemas que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=42), el 76,2% realizó el ECG y el 23,8% no lo realizó.

➤ **Radiografía de tórax**

**Tabla 26:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la realización de radiografía de tórax en la población encuestada.

Radiografía de tórax		
	f	%
sí	34	20,9%
no	129	79,1%
<b>Total</b>	<b>163</b>	

Del total de encuestados que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=163), el 79,1% no se realizó una radiografía de tórax.

**Tabla 27:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la realización de radiografía de tórax en la población encuestada, según carreras

Radiografía de tórax					
	sí		no		Total
	f	%	f	%	
Medicina	8	21,1%	30	78,9%	38
Derecho	7	16,7%	35	83,3%	42
Kinesiología	7	17,1%	34	82,9%	41
Analista en Sistemas	12	28,6%	30	71,4%	42

Del total de estudiantes de Medicina que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=38), el 78,9% no realizó la radiografía de tórax y el 21,1% la realizó.

Del total de estudiantes de Derecho que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=42), el 83,3% no realizó la radiografía de tórax y el 16,7% la realizó.

Del total de estudiantes de Kinesiología que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=41), el 82,9% no realizó la radiografía de tórax y el 17,1% la realizó.

Del total de estudiantes de Analista de Sistemas que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=42), el 71,4% no realizó la radiografía de tórax y el 28,6% la realizó.

➤ **Porcentaje de realización de los diferentes estudios**

**Tabla 28:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas del porcentaje de realización de los diferentes estudios del examen periódico de salud correspondientes para cada sexo en la población encuestada.

% de realización		
	f	%
menos del 75%	156	95,7%
75% o más	7	4,3%
<b>Total</b>	<b>163</b>	

Del total de encuestados que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=163), el 95,7% realizó menos del 75% de los estudios correspondientes para el sexo (8 en el caso del sexo femenino y 6 en el sexo masculino) y el 4,5% realizó el 75% o más de los estudios correspondientes para el sexo.

Cabe destacar que un solo caso correspondiente al sexo masculino presenta un porcentaje de realización del 100%.

➤ **Porcentaje de realización de los diferentes estudios y sexo**

**Tabla 29:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas del porcentaje de realización de los diferentes estudios del examen periódico de salud según sexo en la población encuestada.

% de realización y sexo				
	femenino		masculino	
	f	%	f	%
menos del 75%	84	98,8%	72	92,3%
75% o más	1	1,2%	6	7,7%
<b>Total</b>	<b>85</b>		<b>78</b>	

Del total de encuestados de sexo femenino que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=85), el 98,8% realizó menos del 75% de los estudios correspondientes para el sexo.

Del total de encuestados de sexo masculino que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=78), el 92,3% realizó menos del 75% de los estudios correspondientes para el sexo.

La relación porcentaje de estudios realizados y sexo es muy significativa ( $p=0,05$ ). Es decir, que los estudiantes de sexo masculino tienen más probabilidades de haber realizado el 75% o más de los estudios del examen periódico de salud que los estudiantes de sexo femenino.

➤ **Frecuencia del examen de salud**

**Tabla 30:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la frecuencia de realización del examen periódico de salud en la población encuestada.

<b>¿Cada cuánto tiempo se realiza un examen de salud?</b>		
	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>1 año</b>	102	62,6%
<b>2 años</b>	43	26,4%
<b>3 años</b>	8	4,9%
<b>4 años</b>	6	3,7%
<b>5 años</b>	4	2,5%
<b>Total</b>	<b>163</b>	

Del total de encuestados que refieren realizar el examen periódico de salud (n=163), el 62,6% refiere una frecuencia de 1 año; el 26,4% de 2 años; el 4,9% de 3 años; el 3,7% de 4 años y el 2,5% de 5 años.

➤ **Importancia del examen periódico de salud**

**Tabla 31:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la importancia del examen periódico de salud en la población encuestada.

<b>¿Es importante realizarse un examen periódico de salud?</b>		
	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>sí</b>	195	97,5%
<b>no</b>	5	2,5%
<b>Total</b>	<b>200</b>	

Del total de estudiantes encuestados (n=200), el 97,5% considera que es importante realizarse un examen periódico de salud.

**Tabla 32:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la importancia del examen periódico de salud en la población encuestada.

Tipo de importancia del examen periódico de salud		
	f	%
preventivo	163	93,7%
diagnóstico	31	17,8%
terapéutico	4	2,3%

Del total de estudiantes que considera que es importante realizarse un examen periódico de salud (n=195), el 93,7% refiere la importancia preventiva; el 17,8% la importancia diagnóstica y el 2,3% la importancia terapéutica.

➤ **Información acerca del examen periódico de salud recibida en la escuela primaria o secundaria**

**Tabla 33:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si recibió información en la escuela primaria o secundaria sobre la importancia del examen periódico de salud en la población encuestada.

¿Le enseñaron en la escuela primaria o secundaria sobre el tema?		
	f	%
sí	76	38,0%
no	124	62,0%
<b>Total</b>	<b>200</b>	

El 62% de la población considera que no recibió en la escuela primaria o secundaria información acerca de la importancia del examen periódico de salud.

## DISCUSIÓN

Rovesti S. en su trabajo nos muestra como en Italia se solicita a los ingresantes algunos controles de salud. <sup>(45)</sup> Hursidic- Radulivic A, nos muestra en su trabajo la importancia que en Croacia le adjudican al examen de salud ya que en este país se encuentra implementado desde el año 1993 al ingreso del estudio secundario. <sup>(46)</sup> En nuestro país esta política de ingreso no se encuentra establecida lo cual condice con el bajo número de exámenes que la población estudiantil de las carreras estudiadas presentan.

El cáncer es la segunda causa de muerte, en los países occidentales, después de los trastornos cardiovasculares.

En relación al cáncer de mama se han realizado muy pocos estudios en poblaciones de estudiantes universitarios. El que se detalla a continuación es un estudio guiado por el Power fatalism model, en comparación de percepciones sobre el cáncer de mama y las fuentes de información sobre el tema en cuestión. Se tomaron muestras aleatorias (n: 158) en estudiantes de enfermería y no estudiantes (edad media de 24 años) de todas las muestras. Son pocos los estudiantes de enfermería que informaron de la obtención de información sobre las percepciones comunes sobre el cáncer. Se necesita más investigación para entender como la percepción de los estudiantes de enfermería podría influir en su capacidad para prestar atención a estos pacientes. <sup>(47)</sup> Es importante comentar que en nuestro trabajo las mujeres que se realizan un examen de salud el 57% omite la realización de un estudio de mama. La carrera que más realiza control de mama es derecho en un 54% y la que menos lo realiza es Kinesiología con un 9%. En el año 2000 el 9.5% de las defunciones en nuestro país fueron por cáncer de mama. <sup>(48)</sup>.

El 4.5% de las defunciones fueron causadas por cáncer de cuello de útero en el año 2000 según los datos del ministerio de Salud de Argentina. <sup>(48)</sup>. Los datos nos mostraron que el 78% se realizó el test de Papanicolau. La carrera que más se realizó fue Medicina con el 86%.

Debido a falta de información sobre las enfermedades de transmisión sexual en universitarios debemos analizar con estudios en adolescentes. El comportamiento sexual de los adolescentes da lugar a un alto riesgo de infección por HIV y otras enfermedades de transmisión sexual. .Para evaluar las variaciones de los riesgos se hizo una comparación de los factores de riesgo del HIV entre los hispanos de Estados Unidos y República Dominicana .El estudio se realizó en 1175 estudiantes de escuelas secundarias.

Las respuestas se compararon con la información de los centros para el control y prevención de enfermedades de los Estado Unidos. Hubo diferencias significativas en cuanto a la información sobre el HIV en la escuela, sobre las discusiones sobre el tema en el hogar, la edad de primera experiencia sexual, el uso de condón. Los resultados muestran que los adolescentes de ambos países están en situación de riesgo, pero con diferentes factores de mediación. Insuficiente uso de condón y la pronta iniciación de relaciones sexuales en la República Dominicana mientras que en Estado Unidos estas están más vinculados a el uso de alcohol y drogas. <sup>(49)</sup>. Nuevamente nos encontramos con que el 83% no se realizaron cultivo de flujo vaginal para *Chlamydia Trachomatis*. El 90% de los estudiantes de la carrera de Analistas de Sistema no se realizó dicho estudio.

El 71% del total no se realizó test de ELISA para HIV, siendo la carrera de medicina quien más lo realizó 34% y Kinesiología con el 19% quien menos lo realizó.

El 96% no realizó nunca el test de VDRL.

El 62% de la población considera que no recibió en la escuela primaria o secundaria información acerca de la importancia del examen periódico de salud.

En comparación con el estudio en adolescentes se puede decir que el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual está vinculado a la educación que se trae de la escuela. En estudiantes universitarios la falta de exanimación para sífilis, *Chlamydia* y HIV es alarmante de acuerdo con los datos obtenidos en las encuestas lo que implicaría un incremento de las enfermedades de transmisión sexual en dicha población si continua esta tendencia.

Un estudio transversal se realizó en la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia para evaluar la respuesta a una prueba de la tuberculina entre los estudiantes de pregrado de las carreras medicina, odontología, enfermería y bacteriología en comparación con los estudiantes que seguían carreras no vinculadas con la salud. Los estudiantes se encontraban en diferentes años.

La muestra fue 273 estudiantes de programas de salud y 217 estudiantes no salud. No hubo diferencias entre los estudiantes de los programas de salud y de los programas de Non-health (no salud), independientemente de su nivel académico. Sin embargo hubo una proporción significativamente mayor de pruebas cutáneas positivas entre los estudiantes con una cicatriz de BCG. Estos resultados sugieren que estudiantes de pregrado de salud no disponen de amplios contactos con los pacientes con tuberculosis o con muestras clínicas de estos pacientes. No obstante, los resultados no descartan a la tuberculosis como un riesgo ocupacional.<sup>(50)</sup>



En comparación con el estudio que se realizó en Antioquia, Medellín, Colombia no podemos decir si hubo contacto o no de los estudiantes con la tuberculosis. Lo que sí llama la atención y podemos afirmar es la similitud en cuanto a la falta de realización de esta prueba, sin importar la carrera, ya que se encontraron diferencias mínimas entre los estudiantes de medicina, analistas en sistemas abogacía y kinesiología.

Chiang Salgado en su estudio mostró una alta prevalencia de sedentarismo y consumo de tabaco, asociado a un perfil lipídico de riesgo. Se deduce la necesidad imperiosa de diseñar programas de intervención con el fin de modificar el estilo de vida y prevenir la posible presencia de enfermedades cardiovasculares en la vida adulta de los jóvenes.<sup>(51)</sup> Es notorio la ausencia de la realización de un perfil lipídico en nuestra población lo cual hace mas difícil aún poder implementar políticas preventivas.

Nigro D. resalta la importancia en su trabajo de antecedente de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular e insuficiencia cardíaca en cuanto a la correlación con las cifras de TA, mostrando la menor frecuencia de estos eventos en pacientes con TA "ideal" (< 120/80 mmHg) con respecto a los individuos con TA "normal" (< 140/90 mmHg).<sup>(52)</sup> Distintos estudios epidemiológicos coinciden en que la prevalencia de hipertensión arterial (HTA) en la población occidental adulta se encuentra entre el 15% y el 30% 1-6. En nuestro país los datos epidemiológicos son escasos pero coincidentes con los porcentajes antes mencionados. La HTA es el mayor factor de riesgo de enfermedad cardiovascular, con prevalencia superior a las dislipemias, diabetes u otros importantes factores. El riesgo de eventos cardiovasculares es proporcional a los niveles de TA 7-10.

Del total de encuestados que refieren haberse realizado el examen periódico de salud (n=163), el 54,6% no realizó la medición de la presión arterial.

Comparando el trabajo realizado en Córdoba con el realizado en Rosario se puede decir que es alarmante la prevalencia de hipertensión arterial no diagnosticada siendo la toma de presión un método tan accesible para toda la población. En cuanto al electrocardiograma que sirve para evaluar la repercusión de dicha patología del total de la población lo realizaron el 73% y la carrera que más lo hizo fue Derecho con el 83%.

De la comparación de ambos trabajos <sup>(53-54)</sup> podemos decir que el índice de cáncer de pulmón está estrechamente relacionado con el hábito de fumar y la falta de control con la Radiografía de Tórax siendo este un elemento muy útil como de pesquizaje en dicha patología. En este trabajo se observó que del total de la población el 79% no se realizó dicho estudio. La carrera que más lo hizo fue la carrera Analista de Sistema y la menor Derecho.

## CONCLUSIÓN

- Se eligió el tema La Importancia Del Examen Periódico De Salud En Alumnos Universitarios ya que es un tema de gran magnitud en cuanto a importancia y pequeño tamaño en cuanto a su realización y conocimiento por parte de la población estudiada.
- Teniendo en cuenta en nivel socio económico, educación y acceso a información de los encuestados se llego a la conclusión que la falta de realización afecta a una case social con un buen estado económico.
- Se observó un bajo nivel de información acerca de la importancia de la realización del examen periódico de salud en las cuatro carreras estudiadas. Cabe destacar que la población femenina se realiza mas seguido el examen periódico de salud.
- Es de suma importancia destacar la poca información con la cual llegan los estudiantes a la facultad acerca del tema. Esto demuestra que hay que seguir con la ardua tarea de educar en escuelas primarias y secundarias mediante charlas y formación de jornadas dedicadas al tema.
- La importancia del tema es fundamental ya que se estarían previniendo patologías prevalentes y no actuando ante la enfermedad diagnosticada.
- Es una obligación hoy en día fomentar El Examen Periódico De Salud tanto los médicos como la población en general. Debemos

priorizar la prevención primaria en nuestro ámbito de salud gubernamental.

- También es nuestra responsabilidad alertar a la población tanto universitaria como profesional de la falta de control y así poder llevar a cabo estratégicamente la mejor forma de promover los Exámenes Periódicos de Salud.

## **Bibliografía**

1. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. ***The periodic health examination: 2. 1987 update.*** Can Med Assoc J 1988;138:618-626. [Medline]
2. Preventive Services Task Force. ***Guide to clinical preventive services: report of the U.S. Preventive Services Task Force.*** Baltimore: Williams & Wilkins, 1989.
3. EDDY DM. ED. ***Common Screening test. Philadelphia:*** American College of Physicians, 2008.
4. HAYWARD RSA, STEINBERG EP, FORD DE, ROIZEN MF, ROACH KW. ***Preventive care guidelines:*** 1991. Ann Intern Med 1991;114:758-783. [Erratum, Ann Intern Med 1991;115:332.]
5. EDDY DM. ***Screening forcervical cancer.*** Ann Intern Med 1990;113:214-226.(N England J Med 1999
6. GONZALE J. HENRÍQUEZ, MARTIN J. MORENO Y ASCUNCE ELIZAGA Farreras Rozman ***Epidemiología y prevención,*** pagina 1.319 Decimocuarta edición.
7. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Periodic health examination, 1991 update: 1. Screening for cognitive impairment in the elderly. Can Med Assoc J 1991;144:425-431.
8. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Periodic health examination, 1993 update: 2. Lowering the blood total cholesterol level to prevent coronary heart disease. Can Med Assoc J 1993;148:521-538.

9. HULLEY SB, NEWMAN TB, GRADY D, GARBER AM, BARON RB, BROWNER WS. ***Should we be measuring blood cholesterol levels in young adults?*** JAMA 1993;269:1416-1419. [Abstract].\_Extraido del Programa nacional de educación sobre el colesterol nacional colesterol Education Program JAMA1993;269.3015.
10. National Cholesterol Education Program. National Heart, Lung and Blood Institute, National Institutes of Health. "Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults(Adult Treatment Panel III)". NIH publication No. 02-5215, September2002
11. SMITH GD, SONG F, SHELDON TA. ***Cholesterol lowering and mortality:the importance of considering initial level of risk.*** BMJ 1993;306:1367- 1373.
12. DYE C, SCHEELE S, DOLIN P, PATHANIA V, RAVIGLIONE MC. ***Global burden of tuberculosis: estimated incidence, prevalence and mortality by country.*** JAMA 2000; 282: 677-8
13. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Dr. Emilio Coni - ANLIS Dr. Carlos G. Malbrán - Blas Parera 8260, (3000) Santa Fe; Laboratorio de Síntesis - Universidad de Pompeu Favra - Barcelona España; Departamento de Química Orgánica - Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas - Universidad Nacional del litoral Santa Fe, argentina.
14. Woraphot T y Tebas P. ***HIV SIDA*** Del manual Washington. Página 327-328 .
15. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2006. (N°RR-5511) OMS. Guía para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual,2005.

16. **CDC. Recommendations for HIV testing services for inpatients and outpatients in acute care hospital setting.** MMWR 1993; 42 (2): 1-6.
17. Comisión Nacional del SIDA. Ministerio de Salud. Norma Técnica para Manejo y Tratamiento de las Enfermedades de Transmisión Sexual. Ministerio de Salud, 2000. Modificada por Resolución Excenta N° 262 del 28 de Abril del 2006.
18. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted disease treatment guidelines 2006. (N°RR-5511)
19. CREESE A ET AL. **Cost-effectiveness of HIV/AIDS interventions in Africa: a systematic review.** Lancet, 2002, 359:1635–1642.
20. OMS. Guía para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, 2005.
21. ONUSIDA/ OMS. Situación de la epidemia de SIDA: diciembre de 2005 (ONUSIDA/05.19S).
22. ONUSIDA/ OMS. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA. 2006.
23. SÁEZ POZAS, NERY, DELGADO CABRERA, CARIDAD, ROMERO AHUMADA, FRANCISCO ET AL. **El diagnóstico de laboratorio de la sífilis: Revisión bibliográfica.** Rev Cubana Med Gen Integr, ene.-feb. 1997, vol.13, no.1, p.43-48. ISSN 0864-2125.
24. WHO Expert Committee on Venereal Diseases and Treponematoses. Sixth report. Geneva: WHO, 1986. (Technical Report Series;736).
25. Centers for Disease Control. 2002. **Sexually transmitted diseases treatment guidelines.** MMWR 2002;51/RR-6:1-77

26. Committee on Infectious Diseases American Academy of Pediatrics. 2000 Red book. Twenty-Fifth Edition.
27. NAMGYAL P. **Review: Impact of hepatitis worldwide.B immunization,** Europe and Journal of Hepatology 2003;39:S77
28. MANGER W, GIFFORD R JR., editors. 100 Questions and Answers about Hypertension. National Hypertension Association, by Blackwell Science, Inc. 2001
29. VI Report of the Joint National Committee on the Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC VI). Arch Intern Med 1997 Nov 24; 157(21):2413-46.
30. VII Report of the Joint National Committee on the Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure , (JNC VII), Arch Inter Med 2003, Hypertension. 2003; 42:1206-1252.
31. SAIEH C, ZEHNDER C, EDITORES. **Hipertensión Arterial** Editorial Mediterráneo Ltda., 2008.
32. Guide to Clinical Preventive Services. 2nd and 3rd Editions; Report of the U.S. Preventive Services Task Force, International Medical Publishing, Inc., Evidencia Clínica. 2000-2002.
33. BMJ Publishing Group; Centro Cochrane Iberoamericano; LEGIS, 1ra Edición 2002. Basada íntegramente en Clinical Evidence, edición 6, Diciembre 2001.
34. O'BRIEN E, ASMAR R, BEILIN L, IMAI Y, MALLION J, MANCIA G, ET AL. **European Society of Hipertensión recommendations for convencional, ambulatory and home blood pressure measurement** J Hypertens 2003; 21:821- 848.



35. GUIRAO M. **PET en el cáncer pulmonar**. Rev Argent Canc 2002; 30(1/2): 8-14.
36. GONZÁLEZ M, Mancebo D, Fuentes Valdés E. **Resultados del tratamiento quirúrgico del cáncer primario de pulmón de células no pequeñas en los estadios I y II**, Rev Cubana Cir 2003 ene-mar; 42(1).
37. BLANCO VILLALBA JC, SANTOS R, BATAGELJ E, LEHMANN O, MEDINA L, BLANCO VILLALBA M, VEGA P. **Experiencia en el tratamiento del Cáncer de Pulmón**. Revisión epidemiológica de los datos clínicos y patológicos. Rev Argentina Canc 2004; 32(1):32-40
38. ABRITTA A. **Actitud Médica, Prevención y Diagnóstico Precoz en Cáncer de Pulmón**. Rev Argent Canc 2000; 28(1): 5-7.
39. PUYOL J, PODESTÁ E, MALDONADO D, PAZOS C, JOVTIS S, MORERA F. **Tratamiento del carcinoma de pulmón de células no pequeñas, Visión Crítica de nuestra Experiencia**. Rev Argent Canc 1999; 22(3): 159-68.
40. BARROSO ÁLVAREZ M, PÉREZ CORRALES A. **Nuevos aspectos en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de pulmón tipo células no pequeñas**. Rev Cubana Oncol 2000; 16(1):13-21.
41. BUNN P. **Cáncer de pulmón: nuevas combinaciones en el tratamiento del cáncer avanzado de células pequeñas y no pequeñas**. Rev Argent Canc 1996; 24(2): 82-7.
42. PINO ALFONSO P, GASSIOT NUÑO C, HERNÁNDEZ LIMA L, HERNÁNDEZ PINO Y, MARTINEZ CRUZ N, VERDECIA RODRÍGUEZ M. **Estudio endoscópico de 500 pacientes con hemoptisis**. Rev Cubana Med 2002 ju1-ago; 41(4).

43. HOYO E, **Carcinoma de pulmón**. En: Ferraina P, Oria A, ed. Cirugía de Michans. 5º Edición. Buenos Aires: El Ateneo, 2000:358-70.
44. SAID ALUME H **Actualidad y perspectivas en el tratamiento del cáncer de pulmón**. *Pren Méd Argent* 2001; 88: 612-14.
45. ROVESTI S, CAVAZZUTI L, FAGGIANO D. **Health Certification requested for admission to degree courses in Italian university medical schools**. *Ann Ig.* 2006. Nov-Dec; 18 (6): 565-9.
46. HURSIDIC –RADULOVIC A; DECHOVIC - VUKRES V; **Medical examination prior to trade school admission**. *Lijec Vjesn.* 2005 Nov-Dec; 127 (11-12): 324-6.
47. POWE BD, UNDERWOOD S, CANALES M, FINNIE R. **Perception about breast cancer among college student: implication for nursing education**. *J. Nurs Educ.* 2005 Jun; 44 (6): 257-65-
48. Elaboración del Equipo en base a datos de la Dirección de Estadística e información de Salud de la Nación. Año 2000.
49. WESTHOFF WW, McDERMONTT RJ, HOLCOMB DR. **HIV risk behaviors: a comparison of US HISPANIC AND Dominican Republic youth**. *AIDS Educ Prev.* 1996 Apr; 8(2): 106-14.
50. ARBELAEZ MP, OCAMPO MC, MONTOYA J ET AL. **Evaluation of the tuberculin reaction in health ccupation students**. *Rev Panam Salud Pública.* 2000 Oct; 8(4):272-9.
51. CHIANG-SALGADO MT, CASANUEVA-ESCOBAR V, CID-CEA X, GONZÁLEZ-RUBILAR U, OLATE-MELLADO P, NICKEL-PAREDES F, REVELLO-CHIANG L. **Cardiovascular risk factor sin Chilean university students**. *Salud Publica Mex* 1999;41:444-451.

52. NIGRO D, VERGOTTINI J, KUSCHNIR E, ET AL. ***EPIDEMIOLOGIA DE LA HIPERTENSION ARTERIAL EN LA CIUDAD DE CORDOBA, ARGENTINA.***  
Rev Fed Arg Cardiol 28: 69-75, 1999.
53. JR HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ<sup>A</sup>; JA TAPIAS DEL POZO<sup>A</sup>; P MORENO CANELO<sup>B</sup>; A RODRÍGUEZ PUEBLA<sup>A</sup>; S PANIAGUA TEJO<sup>C</sup>; JC SÁNCHEZ MARCOS<sup>A</sup> . ***Incidencia del cáncer de pulmón en la provincia de Ávila. Año 2002 y tendencias en una década.*** Arch Bronconeumol. 2004;40:304-10.
54. TAMIN H, TERRO A, CASSEN H, ET AL. ***Tobacco use by university student, Lebanon 2001.*** Addiction. 2003. July; 198 (7):933-9.

## Anexo

### Anexo 1: Encuesta

“La importancia del examen periódico de salud en estudiantes universitarios”

(Subraya o redondea la respuesta correcta)

- 1) Sexo: - F / M
- 2) Edad: - 18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30
- 3) Carrera: - Medicina – Derecho – Kinesiología – Analista en Sistemas .
- 4) ¿Se realizó alguna vez examen periódico de salud:-  
SI / NO
- 5) ¿Cuál?:-
  - Cáncer de mama. Examen clínico
  - Cáncer cervical (cuello de útero). Papanicolau
  - Infección genital por chlamydia. Cultivo de flujo vaginal.
  - Colesterol elevado. Perfil lipídico
  - Tuberculosis. Prueba de tuberculina
  - HIV. Enzimoimmunoanálisis (ELISA)
  - Sífilis. VDRL
  - Hepatitis B y C. Reacción en cadena de Polimerasa (PCR)
  - Hipertensión arterial. Examen clínico toma de presión.
  - Electrocardiograma.
  - Cáncer de pulmón. Radiografía de tórax.
- 6) Si su respuesta fue NO, contesta:- ¿Porqué no?
  - Falta de información
  - Miedo
  - Bajos recursos económicos
  - Otros.
- 7) ¿Cada cuánto tiempo se realiza un examen de salud?  
1 año 2 años 3 años 4 años 5 años
- 8) Para vos, ¿Es importante realizarse un examen periódico de salud?  
SI / NO
- 9) ¿Conoces la importancia del examen periódico de salud?  
SI / NO  
Preventivo - Diagnóstico - Terapéutico

10) ¿Le enseñaron en la escuela primaria o secundaria sobre el tema?

SI / NO

Muchas Gracias.

## Anexo 2: Tabulación de los datos

	Carrera	Sexo	Edad	¿Se realizó alguna vez examen periódico de salud?											¿Cada cuánto tiempo se realiza un examen de salud?	¿Es importante realizarse un examen periódico de salud?	¿Conocés la importancia del examen periódico de salud?	¿Le enseñaron en la escuela primaria o secundaria sobre el tema?			
				Cáncer de mama. Examen clínico	PAP	Cultivo de flujo vaginal (Chlamydia)	Perfil lipídico	Prueba de tuberculina	ELISA (VIH)	VDRL	PCR (Hepatitis B y C)	Presión arterial	ECG	Radiografía de tórax					¿Por qué no?		
1	M	M	19	sí				no	no	no	no	no	sí	sí	no		2	sí	sí	P	sí
2	M	M	19	no												4		sí	sí	P	sí
3	M	M	23	sí				sí	no	sí	no	sí	no	no	no		1	sí	sí	P	no
4	M	M	22	no												4		sí	sí	P	no
5	M	M	21	sí				sí	sí	sí	no	no	sí	sí	sí		1	sí	sí	D,P	no
6	M	M	21	sí				no	no	no	no	no	sí	no	no		1	sí	sí	D,P	sí
7	M	M	27	no												4		sí	sí	P	no
8	M	M	26	no												1		sí	sí	P	no
9	M	M	30	sí				sí	no	sí	no	no	sí	sí	no		2	sí	sí	P	no
10	M	M	29	sí				sí	no	sí	no	no	sí	sí	no		2	sí	sí	P	no
11	M	M	28	sí				no	no	no	no	no	sí	sí	no		1	sí	sí	P	no
12	M	M	21	sí				no	no	no	no	no	no	sí	no		1	sí	sí	P	sí
13	M	M	23	no												4		sí	sí	P	no
14	M	M	25	no												4		sí	sí	D,P,T	no
15	M	M	30	sí				no	no	sí	no	no	sí	sí	no		4	no	no		no
16	M	M	23	no												4		sí	sí	P	no
17	M	M	27	no												4		no	no		no
18	M	M	26	no												4		sí	sí	P	sí
19	M	M	24	no												4		sí	sí	P	no
20	M	F	23	sí	no	sí	no	sí	no	no	no	no	sí	sí	sí		1	sí	sí	P	no
21	M	F	21	sí	sí	sí	no	no	no	no	no	no	no	no	no		1	sí	sí	P	sí
22	M	F	26	sí	no	sí	no	no	no	no	no	no	no	sí	no		1	sí	sí	P	no
23	M	F	23	sí	no	sí	no	no	no	sí	no	no	sí	sí	no		1	sí	sí	P	no
24	M	F	26	sí	no	sí	no	no	no	no	no	no	no	sí	no		1	sí	sí	P	no
25	M	F	23	sí	no	sí	no	no	no	sí	no	no	sí	sí	no		1	sí	sí	D,P	no
26	M	F	21	sí	sí	sí	no	no	no	no	no	no	no	no	no		1	sí	sí	D,P,T	sí
27	M	F	23	sí	no	sí	no	sí	no	no	no	no	sí	sí	sí		1	sí	sí	P	no
28	M	F	24	sí	no	no	no	no	no	no	no	no	no	sí	no		1	sí	sí	P	sí
29	M	F	27	sí	sí	sí	no	sí	no	no	no	no	sí	sí	sí		1	sí	sí	D,P	sí
30	M	F	27	sí	sí	sí	no	sí	no	no	no	no	no	no	no		1	sí	sí	D,P	sí
31	M	F	25	sí	sí	sí	sí	sí	no	no	no	no	sí	sí	no		1	sí	sí	P	no
32	M	F	30	sí	sí	sí	sí	sí	no	sí	no	no	sí	sí	no		2	sí	sí	P	no
33	M	F	23	sí	no	sí	no	sí	no	no	no	sí	sí	sí	no		1	sí	sí	P	sí
34	M	F	20	no												4		sí	sí	D,P,T	no
35	M	F	20	no												4		sí	sí	P	no
36	M	F	23	sí	no	sí	no	no	no	no	no	no	no	sí	no		3	sí	sí	P	no
37	M	F	24	sí	no	sí	no	no	no	no	no	no	no	sí	no		2	sí	sí	D,P	sí
38	M	F	21	sí	sí	sí	no	sí	no	sí	no	no	sí	no	no		1	sí	sí	P	sí
39	M	F	22	sí	sí	sí	no	no	no	sí	no	sí	sí	sí	sí		4	sí	sí	P	no
40	M	F	22	sí	sí	sí	no	no	no	sí	no	no	sí	sí	sí		1	sí	sí	P	no
41	M	F	22	sí	no	sí	no	no	no	sí	no	no	no	no	no		1	sí	sí	P	no
42	M	F	26	sí	sí	sí	no	no	no	no	no	no	sí	sí	no		1	sí	sí	P	sí
43	M	F	23	sí	sí	sí	no	no	no	sí	no	no	sí	sí	sí		1	sí	sí	P	no
44	M	F	20	sí	sí	sí	sí	sí	no	no	no	sí	sí	sí	sí		1	sí	sí	P	no
45	M	F	18	sí	no	no	no	no	no	no	no	sí	no	sí	no		2	sí	sí	P	sí
46	M	F	19	sí	no	no	no	sí	no	no	no	no	sí	sí	no		2	sí	sí	P	no
47	M	F	20	sí	no	sí	no	no	no	no	no	no	no	sí	no		1	sí	sí	P	sí
48	M	F	21	sí	no	sí	no	no	no	no	no	no	no	no	no		1	sí	sí	P	sí
49	M	F	19	sí	sí	sí	sí	no	no	no	no	no	sí	sí	no		1	sí	sí	P	sí
50	M	F	18	sí	sí	no	no	no	no	no	no	no	sí	no	no		1	sí	sí	P	no







181	A	M	22	sí				sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	2	sí	sí	P	no	
182	A	M	29	sí				no	no	sí	no	no	sí	sí	no	3	sí	sí	P	no	
183	A	M	23	sí				no	no	no	no	no	no	sí	no	1	sí	no		sí	
184	A	M	23	sí				no	no	no	no	no	no	sí	no	2	sí	sí	D	no	
185	A	M	20	sí				no	no	no	no	no	no	sí	no	2	sí	sí	P	no	
186	A	M	27	sí				no	no	sí	no	no	no	sí	no	2	sí	sí	P	no	
187	A	M	30	sí				sí	no	sí	no	no	no	sí	no	1	sí	sí	P	no	
188	A	M	26	sí				no	no	no	no	no	no	sí	no	2	sí	sí	P	sí	
189	A	M	23	sí				no	no	no	no	no	no	sí	no	2	sí	sí	P	sí	
190	A	F	27	sí	no	sí	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1	sí	sí	P	no	
191	A	F	24	sí	sí	sí	no	no	no	sí	no	no	no	no	sí	1	sí	sí	P	no	
192	A	F	24	sí	sí	sí	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1	sí	sí	P	sí	
193	A	F	24	sí	no	no	no	no	no	no	no	no	no	sí	no	1	sí	sí	P	sí	
194	A	F	24	sí	sí	sí	no	no	no	sí	no	no	no	no	sí	1	sí	no		no	
195	A	F	28	sí	sí	sí	sí	no	no	no	no	no	sí	sí	no	1	sí	sí	D,P	sí	
196	A	F	24	no												4		sí	sí	P	sí
197	A	F	29	sí	sí	sí	no	no	no	no	no	no	no	no	no	2	sí	sí	D,P	sí	
198	A	F	30	sí	no	no	no	no	no	no	no	no	sí	sí	no	1	sí	no		no	
199	A	F	27	sí	sí	sí	no	sí	no	no	no	sí	sí	sí	sí	1	sí	sí	P	no	
200	A	F	27	sí	sí	sí	no	sí	no	sí	no	no	sí	sí	sí	1	sí	sí	P	no	

**Referencias:**

¿Por qué no?:1-falta de información, 2-miedos, 3-bajos recursos económicos, 4-otros motivos

¿Conocés la importancia del examen periódico de salud?: D-diagnóstico, P-preventivo, T-terapéutico