

T1149

TO
C1134
C11

**PATOLOGIAS MÁS FRECUENTES Y HABITOS EN LOS ESTUDIANTES DEL
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO EN EL PRIMER PERIODO DE
2007.**

INTEGRANTES

**BELKIS PALACIOS PALACIOS
DIANA PALACIOS
MARIA JULIANA RUBIO NARANJO**

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA
"UNICOC"
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
BOGOTÁ, D.C.**

2008
PATOLOGIAS MÁS FRECUENTES Y HABITOS EN LOS ESTUDIANTES DEL
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO EN EL PRIMER PERIODO DE
2007.

INTEGRANTES

BELKIS PALACIOS PALACIOS
DIANA PALACIOS
MARIA JULIANA RUBIO NARANJO

ASESOR CIENTÍFICO
Dr. JULIO A. JIMENEZ
Médico General

ASESOR METODOLÓGICO
Dra. MARTHA LUCIA CAYCEDO
Odontóloga, Especialista en Epidemiología

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA
"UNICOC"
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
BOGOTÁ, D.C.
2008

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a nuestras familias,
Padres, esposos, hijos y hermanos.
Por el apoyo incondicional,
Por el esfuerzo, personal y
Por su inmensa colaboración

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Colegio Odontológico Colombiano, y todo su cuerpo docente y administrativo, así con el grupo interdisciplinario de profesionales, quienes nos aportaron todo el bagaje de conocimientos necesarios para realizar y culminar con éxito el presente trabajo de investigación.

CONTENIDO

Pág

1.	ASPECTOS TEORICOS CIENTIFICOS	16
1.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.2.	JUSTIFICACIÓN	16
1.3.	PROPÓSITO	17
1.4.	MARCO TEORICO	17
1.5.	OBJETIVOS	50
1.5.1	GENERAL	50
1.5.2	ESPECIFICOS	50
2	ASPECTOS METODOLOGICOS	51
2.1	Tipo De Estudio	51
2.2	Objeto De Estudio	51
2.3.	POBLACIÓN DE ESTUDIO	51
2.3.1	Muestra	51
2.4	Criterios de selección	51
2.4.1	Criterios de inclusión	51
2.4.2	Criterios de exclusión	52
2.5	Variables	52

2.6	PROCEDIMEINTO	53
3.	RESULTADOS	56
4.	DISCUSION	60
5.	CONCLUSIONES	64
3	RECOMENDACIONES	66
	BIBLIOGRAFIA	67

INTRODUCCIÓN

La salud es definida como el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones. Incluye las condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado (1).

Durante los últimos años, los cambios sociales, políticos, económicos, culturales y especialmente los avances científicos han modificado el panorama del proceso salud – enfermedad en los jóvenes (2).

Anteriormente las enfermedades infecciosas predominaban mundialmente como fuentes principales de morbilidad y mortalidad, sin embargo los descubrimientos de Louis Pasteur en el ámbito bacteriológico, dieron inicio a la erradicación de las enfermedades infecciosas y actualmente las vacunas efectivas para prevenir enfermedades como la viruela, rubéola y sarampión ha dado como resultado la erradicación total de enfermedades altamente contagiosas (viruela) (3).

Hoy en día prevalecen los factores sociales, de comportamiento y medioambientales, como causa principal de morbilidad y mortalidad entre la población juvenil (4). A diferencia de otros sectores poblacionales, las causas de mortalidad y morbilidad entre jóvenes están asociadas claramente a factores sociales, y los indicadores más elevados están concentrados en las denominadas “causas externas” (homicidios, suicidios y accidentes de tránsito) (5). Claramente la población estudiantil del Colegio Odontológico Colombiano se encuentra dentro de éste grupo de alto riesgo, por lo cual cabe preguntarse ¿Cuáles son las enfermedades que se presentan con mayor frecuencia en los estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano en el primer periodo de 2007?

En las diferentes regiones del mundo las cinco causas principales de muerte entre los jóvenes incluyen heridas no intencionales, SIDA, enfermedades infectocontagiosas, homicidios, guerra y heridas intencionales, suicidio y heridas autoinfligidas (6).

El mundo se encuentra ahora en las puertas de la segunda revolución epidemiológica: la conquista de las enfermedades no infecciosas. Estas enfermedades no sólo son la principal causa de mortandad en los países industrializados, sino que también han adquirido cada vez mayor importancia en las naciones en vías de desarrollo (7) en Estados Unidos, entre 1968 y 1978 la edad promedio de muertes por enfermedades coronarias del corazón descendió en un 25% y la edad promedio de muerte por apoplejía descendió en un 38%. (8)

Cerca de 300 millones de mujeres sufren de enfermedades a corto y largo plazo y afecciones relacionadas con la inadecuada asistencia médica durante el período de embarazo y post-parto. Cerca de un 90% de estas muertes suceden en la región del África Subsahariana y Asia (9).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó en un estudio que la contaminación a largo plazo proveniente de vehículos en Austria, Francia y Suiza ocasionó anualmente un total de 21.000 muertes prematuras extra, relacionadas con complicaciones respiratorias y cardíacas. (10)

La OMS estima que el 13% de las 600,000 muertes, aproximadamente, relacionadas con embarazos a nivel mundial resulta de abortos inseguros. En América Latina, el 21% de las muertes maternas se atribuye al aborto inseguro (11).

Se ha observado como factores de riesgo conductuales son una de las causas principales de la mortalidad y morbilidad en jóvenes, el hábito de fumar por ejemplo, se ha definido como la principal causa evitable de mortalidad, pues

ocasiona más defunciones que el SIDA, el consumo del alcohol y los accidentes de tránsito.(12)

Hugo Grisales y colaboradores, 2003, en un estudio adelantado en la universidad de Antioquia revela que: "En la mortalidad de los jóvenes hubo predominio de las causas externas, las enfermedades transmisibles y los tumores. Se observó una ganancia total en la esperanza de vida de 4.49 años. Se presentó una pérdida en la esperanza de vida juvenil debida al grupo de enfermedades transmisibles y al de tumores, 0.07 y 0.28 años respectivamente, mientras que los grupos de causas externas y del sistema circulatorio se asociaron con una ganancia en la esperanza de vida juvenil de 0.52 y 0.002 años respectivamente". (13)

Según informe de la UNICEF con motivo del Día Internacional de la Salud de la Mujer, cada minuto 110 mujeres en el mundo sufren alguna complicación de salud relacionada con el embarazo, 380 resultan embarazadas y otras 190 enfrentan un embarazo no deseado o no planificado. Hoy morirán no menos de 1,600 mujeres por complicaciones durante el embarazo (la mayoría de ellas en países en vía de desarrollo) y así seguirá sucediendo día tras día, hasta alcanzar un total de 585,000 en el año. (14)

Actualmente no existe en el Colegio Odontológico un estudio de la prevalencia de las patologías que presentan sus estudiantes, por lo cual es muy importante establecer cuales son las patologías y hábitos más frecuentes que padecen los estudiantes y en que proporción, de esta manera será más sencillo establecer en futuras investigaciones planes de contingencia. La importancia de este estudio es proporcionar a la Universidad una información completa de las patologías y hábitos presentes en los estudiantes de la institución.

El objetivo general fue identificar las patologías y hábitos mas frecuentes en los estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano en el primer Periodo de 2007.

Los objetivos específicos fueron: identificar las características sociodemográficas de la población, Identificar cuales son las patologías mas frecuentes en los estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano, Identificar la percepción que tienen los estudiantes sobre el servicio médico que se presta en la institución e Identificar los hábitos mas frecuentes en los estudiantes del Colegio odontológico Colombiano.

1. ASPECTO TEORICO CIENTIFICO

1.1. PROBLEMA

La ciencia ha avanzado enormemente en cuanto a diagnóstico, prevención y tratamiento de enfermedades, como la migraña, sífilis, colon irritable, anemia, hipotiroidismo, hipertiroidismo, asma, entre otras, sin embargo en Colombia, no existen estudios científicos en cuanto a la prevalencia de estas enfermedades.

La población juvenil se encuentra altamente influenciada y amenazada por un sin número de enfermedades bastante comunes en nuestras días y su propagación parece ir en aumento quizás por la desinformación, con respecto a las mismas, los estudiantes del Colegio Odontológico no escapan a esta realidad, por lo anterior cabe preguntarse ¿Cuáles son las enfermedades que se presentan con mayor frecuencia en los estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano en el primer periodo de 2007?

1.2. JUSTIFICACION

Actualmente no existe en el Colegio Odontológico un estudio de la prevalencia de las enfermedades que presentan sus estudiantes, por lo cual es muy importante establecer cuales son las enfermedades más frecuentes que padecen los estudiantes y en que proporción, de esta manera será más sencillo establecer en futuras investigaciones planes de contingencia.

La importancia de este estudio es proporcionar a la Universidad una información completa de las enfermedades presentes en los estudiantes de la institución.

1.3. PROPOSITO

Este estudio pretende identificar las enfermedades presentes en los estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano.

1.4. MARCO TEORICO

Mortalidad en la población juvenil: La mortalidad está íntimamente relacionada con la variable edad y no se distribuye de una manera equitativa y al azar entre los diferentes grupos. Existe una incidencia de mortalidad mayor en los grupos de edades menores y en las personas adultas mayores. En general las probabilidades de morir son altas en los primeros años de vida y se reducen rápidamente hasta alcanzar niveles muy bajos entre los adolescentes (10 a 14 años) y luego comienza a aumentar gradualmente entre los adultos. Las probabilidades de morir aumentan rápidamente con la edad hasta alcanzar sus valores más altos entre los grupos de mayores de 60 años. Sin embargo, no se debe restar importancia al conocimiento de los grupos poblacionales considerados de menor riesgo de morir, como es el caso de los jóvenes, los cuales también presentan problemas característicos de salud, que sin el debido tratamiento pueden constituirse en grandes problemas de salud pública. (Ministerio de Salud, 1994).

A diferencia de otros sectores poblacionales, las causas de mortalidad y morbilidad entre las y los jóvenes están asociadas claramente a factores sociales, y los indicadores más elevados están concentrados en las denominadas "causas externas" (homicidios, suicidios y accidentes de tránsito). (Ministerio de Salud, 1994).

Actualmente, tanto en países desarrollados como en vía de desarrollo, se ha registrado un importante ascenso en las defunciones de esta población. Importantes investigaciones resaltan el hecho de que la incidencia de enfermedades como el SIDA, vienen atacando principalmente y de manera acelerada a los jóvenes, y que la agudización del conflicto social en diferentes áreas se ha manifestado con el aumento del número de muertes violentas, como accidentes de tránsito, homicidios y suicidios. (Ministerio de Salud, 1994).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) las principales causas de mortalidad comprende siete grandes grupos: Signos, síntomas y afecciones mal definidas, enfermedades transmisibles, tumores, enfermedades del sistema circulatorio, causas externas, todas las demás enfermedades. (Ministerio de Salud, 1994).

El análisis de la mortalidad, la morbilidad y otros indicadores tradicionales de salud de hombres y mujeres en la mayor parte de los países de las Américas indica una "desventaja masculina" que no se relaciona con el momento en que los datos fueron obtenidos. Hay claras diferencias entre los sexos en el sentido de que los hombres tienen menor esperanza de vida y mayor mortalidad en prácticamente todas las edades y por casi todas las causas. Sin embargo, los indicadores de morbilidad —medidos por la demanda de servicios y por los estudios de población sobre la mayor incidencia de episodios agudos de enfermedades, número de internaciones hospitalarias y duración de la convalecencia— indican una mayor frecuencia en las mujeres. (Ministerio de Salud, 1994).

La duración de la vida individual (longevidad) como característica específica de la especie humana no ha cambiado a lo largo del tiempo, pero el promedio de vida de la población está aumentando debido a la disminución de la mortalidad en edades más jóvenes, tanto en los hombres como en las mujeres. Sin embargo, la

proporción de longevos en la población masculina es menor que entre las mujeres en prácticamente todos los países de las Américas. En los países más desarrollados desde el punto de vista social, económico y de salud pública, como el Canadá y los Estados Unidos, hay un mayor porcentaje de ancianos que en los países en desarrollo y una diferencia más acentuada entre los sexos. Aunque no se cuenta con series históricas prolongadas de datos de la mayoría de los países de la Región, la dispersa y escasa información disponible permite verificar que la esperanza de vida de los hombres exhibe el mismo comportamiento que el promedio de vida. (Ministerio de Salud, 1994).

De manera general, en el perfil de la mortalidad masculina en las Américas se destacaron como causas más importantes las enfermedades cardiovasculares — sobre todo, la enfermedad isquémica del corazón— y los tumores malignos —en especial, de estómago, pulmón y próstata—. Las causas externas agregaron una característica importante a dicho perfil pues aparecieron siempre entre las cinco causas principales de muerte, especialmente los accidentes de vehículo de motor y los homicidios. Los factores de riesgo de estas causas se asocian a ciertos comportamientos o al nivel socioeconómico y estarían, por lo tanto, más ligados a los aspectos de género que a los biológicos. La hipótesis resulta útil cuando se buscan los factores socioculturales que puedan explicar las causas del perfil de la mortalidad masculina aunque en los niños, especialmente los menores de 1 año, todo indica que los factores biológicos son predominantes, si no los únicos. (Ministerio de Salud, 1994).

Morbilidad en la población juvenil: Morbilidad es el estudio de los efectos de una enfermedad en una población en el sentido de la proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinado. (Ministerio de Salud, 1994).

Dentro de las principales causas de morbilidad, los padecimientos de origen infeccioso como las infecciones respiratorias agudas, gastritis y las parasitosis continúan siendo de las primeras causas de enfermedad en adolescentes de 10 a 14 y de 15 a 19 años. Dentro de las diez primeras causas de defunción en el grupo de 10 a 14 años, se observa un predominio de lesiones accidentales (con una tasa de 3.53 por 100 000 habitantes); sin embargo, continúan apareciendo algunas de origen infeccioso como la neumonía (tasa de 1.89) y crónicas como la insuficiencia renal aguda (tasa de 0.81) y las neoplasias (tasa de 0.99). Las defunciones en el grupo de 15 a 19 años de edad se debieron en primer lugar a la agresión con disparo de otras armas de fuego no especificadas, con tasa de 3.69; seguida por las de peatón lesionado, con tasa de 3.57; y en tercer lugar las debidas a exposición a factores no especificados (accidentes) con una tasa de 3.32 por 100 000 habitantes, respectivamente. La mayoría corresponde a causas violentas o accidentales; entre las diez principales causas de defunción de este grupo de edad se encontraron las lesiones autoinfligidas intencionalmente por ahorcamiento, estrangulación o sofocación: "suicidios". (Ministerio de Salud, 1994).

La adolescencia como etapa crucial en la vida y el desarrollo humano, trae aparejada una serie de implicaciones para el individuo y para la salud pública, que deben ser tenidas muy en cuenta a la hora de enfrentar los grandes retos que tiene ante sí la humanidad a comienzos de este siglo. Actualmente la pubertad se inicia a edades más tempranas que en generaciones anteriores y en paralelo el inicio de las relaciones sexuales, lo cual trae aparejado en un gran número de casos la aparición de infecciones de transmisión sexual (ITS) en estas edades. Cada año 2 500 000 de adolescentes en los EE. UU. contraen ITS, lo cual consideran como una importante causa de morbilidad y potencialmente de mortalidad en estas edades. (Ministerio de Salud, 1994).

Una de las ITS más comunes en el mundo es la trichomonosis, enfermedad causada por *Trichomonas vaginalis*. Se plantea que aproximadamente 180000000 de personas se infectan anualmente por esta parasitosis, la cual está estrechamente asociada a otras ITS que tiene altas tasas de prevalencia al nivel mundial, que causan gran impacto en la comunidad, graves consecuencias económicas, sanitarias y sociales, fundamentalmente en la población juvenil menor de 30 años; muy en especial en los adolescentes donde, además, se suman difíciles problemas de prevención, dadas las dificultades que implican las modificaciones de pautas de comportamiento. (Donné 1836).

Si bien la comunidad internacional y los Estados nacionales reconocen la importancia de la salud de los y las jóvenes en el marco de la atención prioritaria para los sectores de la población más desprotegidos, el tema todavía aparece disperso en las agendas políticas. Dado el actual patrón de morbilidad juvenil estrechamente vinculada con fenómenos de tipo social, como la violencia y la rápida propagación del virus de inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA) –, urge establecer medidas de prevención y diagnóstico oportuno de acuerdo con las necesidades y características de la salud juvenil. Esto es aún más relevante al constatar que los elementos que están incidiendo en la salud de los jóvenes no se deducen necesariamente del nivel de desarrollo de los países, y muchas veces involucran variables de tipo cultural y psicológico determinantes de conductas de riesgo que afectan a la integridad física y emocional de este grupo etario. (Ministerio de Salud, 1994).

En general, la prevalencia de causas de muerte en los jóvenes es, con raras excepciones, bastante menor o una fracción de la de los adultos; incluso si entre estos últimos se considera solamente el tramo más activo, de 25 a 44 años. La probabilidad de morir de los jóvenes latinoamericanos a fines de la década de 1990 revelaba una reducción notable en países como Bolivia, Colombia, Perú y algunos centroamericanos, respecto del comienzo de la década de 1980 pese a

las vicisitudes de la dinámica económica y social latinoamericana de esa época (la llamada “década perdida”). (CELAJU, 1990),

Durante los años transcurridos desde entonces, el perfil epidemiológico y la incidencia de causas de mortalidad se modificaron a nivel mundial y en campos que afectan directamente a la juventud. La pandemia del VIH/ SIDA –aunque América Latina no es la región con mayor prevalencia, y el incremento de la violencia (que en algunos países latinoamericanos, como Colombia y El Salvador, alcanzan niveles catastróficos), son las dos causas más relevantes en el nuevo perfil regional de morbilidad y mortalidad de los jóvenes. Ambos fenómenos han concitado de tal manera la atención de instituciones abocadas al desarrollo y la preservación de la paz a escala global, que son hoy motivo de atención prioritaria en políticas de prevención dirigidas a la juventud en estas áreas. (Ministerio de Salud, 1994).

Actualmente la tasa de mortalidad para los jóvenes latinoamericanos, calculada en 134 por cada 100 mil, alcanza en promedio a poco más de la mitad de la de los adultos de 25 a 44 años, que es el grupo de edad consecutivo con mayor actividad laboral. Esto refleja una alta exposición de los jóvenes a enfermedades y situaciones de riesgo mortal. Al compararse con la tasa de mortalidad de los jóvenes españoles, de 49 por cada 100 mil, el promedio latinoamericano lo duplica con creces (134 por cada 100 mil), en tanto que ningún país de la región, considerado individualmente, se sitúa siquiera en el mismo nivel. Los países con menores tasas de mortalidad juvenil son Costa Rica, Argentina y Chile, con tasas entre 66 y 75 por cada 100 mil, seguidos de Panamá y Uruguay. En Colombia, la proporción de defunciones de los jóvenes de ambos sexos se aproxima más a la de los adultos entre 25 y 44 años, mientras que en el resto de los países la brecha de mortalidad entre jóvenes y este grupo de adultos es mayor. (Ministerio de Salud, 1994).

La ciencia avanza sin parar en cuanto al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que aquejan a la humanidad, sin embargo éstas persisten y generan resistencia a la terapia con la cual se combaten, algunas de las enfermedades que siguen presentándose en la población juvenil son las siguientes:

La gastritis es una inflamación del revestimiento del estómago. Aunque el revestimiento del estómago es bastante fuerte y puede resistir ácidos fuertes, el beber demasiado alcohol, comer alimentos picantes o fumar puede causar que el revestimiento se inflame y se irrite. (Braunwald F, Kasper H, Longo J, 2002).

La gastritis bacteriana es generalmente secundaria a una infección por organismos como el *Helicobacter pylori* (bacterias que crecen en las células secretoras de moco del revestimiento del estómago). No se conocen otras bacterias que se desarrollen en ambientes normalmente ácidos como el del estómago, aunque muchos tipos sí pueden hacerlo en el caso de que el estómago no produzca ácido. Tal crecimiento bacteriano puede causar gastritis de forma transitoria o persistente. (Braunwald F, Kasper H, Longo J, 2002).

La gastritis aguda por estrés, el tipo más grave de gastritis, es causada por una enfermedad o lesión graves de rápida aparición. La lesión puede no afectar al estómago. Por ejemplo, son causas frecuentes las quemaduras extensas y las lesiones que ocasionen hemorragias masivas. La gastritis erosiva crónica puede ser secundaria a irritantes como los fármacos, especialmente la aspirina y otros antiinflamatorios no esteroideos (AINE), a la enfermedad de Crohn y a infecciones bacterianas y víricas. Con este tipo de gastritis, que se desarrolla lentamente en personas que, por otra parte, gozan de buena salud, se pueden producir

hemorragias o ulceraciones. Es más frecuente en personas que abusan del alcohol. (Hak A, Pols H, Visser T, Drexhage H, 2000).

Los síntomas varían dependiendo del tipo de gastritis. Sin embargo, por lo general, una persona con gastritis sufre indigestión y molestias vagas en la parte alta del abdomen. (Hak A, Pols H, Visser T, Drexhage H, 2000).

Gastritis agudas: Se caracteriza por un infiltrado inflamatorio agudo de la mucosa que suele acompañarse de hiposecreción clorhidricopéptica transitoria. Sus causas son variadas como infecciones, tóxicos, por acción de sustancias corrosivas... etc. (Hak A, Pols H, Visser T, Drexhage H, 2000).

Gastritis crónicas: Hay atrofia glandular e hiposecreción gástrica. Presenta distintos grados de inflamación. Se distinguen fundamentalmente: Gastritis crónica superficial. Suele acompañar a la célula gástrica. Gastritis crónica atrófica. A veces relacionada con el cáncer de estómago y con la anemia perniciosa. (Hak A, Pols H, Visser T, Drexhage H, 2000).

Gastritis crónica hipertrófica. También llamada enfermedad de Menetrier, caracterizado por tener unos pliegues gástricos muy grandes.

Hay un tipo de gastritis especial que es la gastritis aguda hemorrágica, también llamada gastritis erosiva, úlcera aguda o de estrés. Se da muy frecuentemente en situaciones de estrés (Shock, quemados, grandes operados...). Se manifiesta por una hemorragia digestiva alta aguda e intensa. A veces requiere cirugía de urgencia, incluso se puede llegar a sacar todo el estómago. (Hak A, Pols H, Visser T, Drexhage H, 2000).

La Bulimia: se caracteriza por alternar períodos de restricción alimentaria, con episodios de ingestas copiosas, llamados atracones, y seguidos de vómitos autoinducidos o provocados por la misma paciente o por el uso de laxantes o diuréticos. Estos episodios de sobrealimentación descontrolada unen el descontrol y el placer. La presencia de este atracón es justamente lo que define a la enfermedad. (Hak A, Pols H, Visser T, Drexhage H, 2000).

Como síntoma, describe episodios incontrolables de comer en exceso. Como síndrome hace referencia a un conjunto consistente de síntomas entre los cuales destaca la preocupación por el peso y forma corporal, la pérdida de control sobre la ingesta y la adopción de estrategias que contrarresten los efectos engordantes de sus síntomas bulímicos. El paciente siente una necesidad imperiosa por ingerir grandes cantidades de comida, generalmente de elevado contenido calórico. Una vez que termina de comer, al paciente le invaden fuertes sentimientos de autorrepulsa y culpa. Ello le induce a mitigar los efectos, autoinduciéndose el vómito entre otras estrategias. (Hak A, Pols H, Visser T, Drexhage H, 2000).

La bulimia ha aumentado a una velocidad mayor que la anorexia durante los pasados cinco años. Un estudio de estudiantes de escuela secundaria reportó que 2.7% de las niñas y 1.4% de los niños presentaron comportamiento bulímico. Los estudiantes universitarios corren un riesgo inclusive mayor. Los cálculos de la prevalencia de la bulimia nervosa entre las mujeres jóvenes oscilan entre cerca de 3% a 10%. Algunos expertos sostienen que este problema está bastante subestimado ya que muchas personas con bulimia pueden ocultar la purgación y no es obvio a simple vista el que tengan un peso por debajo de lo normal. Algunos estudios reportan que el 80% de las estudiantes universitarias han comido excesivamente en algún momento; los jóvenes que ocasionalmente forzan el vómito después de comer demasiado, sin embargo, no se consideran bulímicos y casi siempre este comportamiento insalubre ocasional no continúa después de la juventud. (Hak A, Pols H, Visser T, Drexhage H, 2000).

Anorexia: Es una enfermedad mental que consiste en una pérdida voluntaria de peso, y un intenso temor a la obesidad. Los principales síntomas de la anorexia son: Rechazo a mantener el peso corporal por encima del mínimo adecuado para la estatura, llegando a situaciones de delgadez extrema, miedo intenso a engordar, incluso cuando el peso es muy bajo, sensación de estar gordo/a en general o en algunas partes del cuerpo, como nalgas, muslos, abdomen. Tienen una percepción de su cuerpo que no es real. Aunque estén realmente delgados/as, su espejo les dice que siguen estando gordos/as, aparecen otro tipo de problemas físicos que acompañan a la desnutrición, como es en el caso de las mujeres la retirada o el retraso de la menstruación, ejercicio físico excesivo, conducta alimentaria extraña: come de pie, corta los alimentos en pequeños trozos, incremento de las horas de estudios y disminución de las de sueño, todo ello puede producir en la/el enferma/o una serie de consecuencias físicas y de comportamiento: pérdida de peso alarmante, amenorrea (pérdida de menstruación), aparición de vello o intolerancia al frío, tensión baja, arritmias, aislamiento social, irritabilidad y pánico a ganar peso. (Ministerio de Salud, 1994).

La Anorexia nerviosa: definida como “el rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal (85% menor a lo esperable), miedo intenso a convertirse en obeso, alteración de la percepción del peso o la silueta. En las mujeres prepuberales, presencia de amenorrea (al menos tres ciclos consecutivos)”. Según el manual si la anorexia es acompañada de atracones (ver la definición más abajo), purgas y vómitos provocados se denomina entonces como anorexia del tipo compulsivo/purgatorio. (Ministerio de Salud, 1994).

El Hipotiroidismo: es una alteración de la glándula tiroides que ocasiona una disminución de la producción de Hormonas Tiroideas.

En el Hipotiroidismo se producen menos hormonas tiroideas, hay menos hormonas tiroideas en sangre y llegan menos hormonas tiroideas a los tejidos y esta falta de esa sustancia ocasiona desde pequeñas molestias, hasta graves

alteraciones. Eso significa que el tiroides y las hormonas tiroideas son muy importantes en el organismo. Veamos en qué manera. (Diez J J. and Iglesias P, 2004).

Se define como la alteración en que la TSH se encuentra elevada y las hormonas tiroideas, T3 y T4, dentro de la normalidad. Se trata, por tanto, de un concepto bioquímico y dentro de él hay varios grados en función del aumento de la TSH. Este trastorno ocurre en un porcentaje de población que varía entre el 5% y el 13,2% en los estudios realizados. Es más frecuente entre las mujeres a partir de los 40 años, grupo en el que se han encontrado prevalencias del 8-10%. En mujeres mayores de 60 años afecta a más del 12%, e incluso algunos estudios apuntan a que podría llegar al 30%. En los hombres la incidencia es inferior y se puede decir que la proporción respecto a las mujeres es de uno a cuatro. (Diez J J. and Iglesias P, 2004).

El hipotiroidismo es un estado de hipofunción tiroidea que puede ser debido a distintas causas y produce como estado final una síntesis insuficiente de hormonas tiroideas. (Diez J J. and Iglesias P, 2004).

Su prevalencia es del 2% en mujeres adultas y 0.1-0.2% en hombres adultos. El hipotiroidismo congénito afecta a 1 de cada 4000 recién nacidos (R.N.) Se puede producir por una alteración a cualquier nivel del Eje Hipotálamo- Hipofisario- Tiroideo. Puede clasificarse en:

Hipotiroidismo primario: Es la causa más frecuente de hipotiroidismo. Afecta al 1-3 % de la población general. Representa el 95% de todos los casos de hipotiroidismo. Se debe a una afectación primaria de la glándula tiroidea. (Diez J J. and Iglesias P, 2004).

hipofisaria (Secundario) ó hipotalámica (Terciario). Nos podemos referir a él en conjunto como Hipotiroidismo Central. Hipotiroidismo secundario y terciario:

Representan el 5% restante de las causas. Se debe a una alteración. (Diez J J. and Iglesias P, 2004).

El exceso de yodo también puede producir hipotiroidismo inhibiendo la organificación y la síntesis de T3 y T4 (Efecto Wolff Chaikoff). Esto es más importante en pacientes con patología tiroidea previa: Enfermedad de Graves eutiroidea, neonatos, tiroiditis autoinmune, tratamiento con I-131, etc. (Caraccio N, Ferrannini E, Monzani F, 2002).

Hipertiroidismo: Se utiliza el término tirotoxicosis para definir el síndrome clínico de hipermetabolismo que resulta cuando las concentraciones séricas de tiroxina libre (T4L), triiodotironina libre (T3L), o ambas, están elevadas. El término hipertiroidismo se usa cuando existe un aumento mantenido de síntesis y secreción de hormonas tiroideas en la glándula tiroidea. Por tanto ambos términos no son sinónimos. Aunque muchos pacientes con tirotoxicosis presentan, de hecho, hipertiroidismo, otros no (por ejemplo, aquellos en que la tirotoxicosis es debida a tiroiditis o a la administración exógena de hormona tiroidea en dosis superiores a las necesarias). La prevalencia de tirotoxicosis es aproximadamente del 1,9% en las mujeres adultas y del 0,16% en los hombres adultos. (Caraccio N, Ferrannini E, Monzani F, 2002).

El hipertiroidismo es una condición en la cual la glándula tiroides es superactiva y produce un exceso de hormona tiroidea. El hipertiroidismo es más común en las mujeres de 20 a 40 años pero los hombres también pueden desarrollar esta condición, asíndonos en las definiciones anteriores, podemos distinguir dos grandes grupos de tirotoxicosis en función de la presencia o no de hipertiroidismo asociado. (Caraccio N, Ferrannini E, Monzani F, 2002).

El diagnóstico se debe hacer demostrando el exceso de hormonas en la circulación. Los hallazgos bioquímicos se caracterizan por la presencia de

elevadas concentraciones de T4 libre y T3 libre con una TSH suprimida. Hay, sin embargo, algunas variantes:

Diabetes: La diabetes es un desorden del metabolismo, el proceso que convierte el alimento que ingerimos en energía. La insulina es el factor más importante en este proceso. Durante la digestión se descomponen los alimentos para crear glucosa, la mayor fuente de combustible para el cuerpo. Esta glucosa pasa a la sangre, donde la insulina le permite entrar en las células. (Ministerio de Salud, 1996).

Diabetes mellitus tipo 1:(a no debe usarse el término Diabetes Insulino dependiente). Característicamente se da en la época temprana de la vida y se debe a un déficit absoluto de insulina, dado por la destrucción de las células beta del páncreas por procesos autoinmunes o idiopáticos. Sólo cerca de 1 entre cada 20 personas diabéticas tiene diabetes tipo 1, la cual se presenta más frecuentemente en jóvenes y niños. Este tipo de diabetes se conocía como diabetes mellitus insulino dependiente o diabetes juvenil. En ella, las células beta del páncreas no producen insulina o apenas producen. En los primeros años de la enfermedad suelen quedar reservas pancreáticas que permiten una secreción mínima de insulina. (Ministerio de Salud, 1996).

Diabetes mellitus tipo 2. Se caracteriza por un complejo mecanismo fisiopatológico, cuyo rasgo principal es el déficit relativo de producción de insulina y una deficiente utilización periférica por los tejidos de glucosa (resistencia a la insulina). Se desarrolla a menudo en etapas adultas de la vida, y es muy frecuente la asociación con la obesidad; anteriormente llamada *diabetes del adulto*, *diabetes relacionada con la obesidad*, diabetes no insulino dependiente. Varios fármacos y otras causas pueden, sin embargo, causar este tipo de diabetes. Es muy frecuente la diabetes tipo 2 asociada a la toma prolongada de corticoides, frecuentemente asociada a la hemocromatosis no tratada. (Ministerio de Salud, 1996).

Hay cosas que se pueden hacer para asumir el control de la diabetes.

Planear las comidas y comer en forma correcta son partes fundamentales del control de los niveles de glucosa en la sangre, la presión arterial y el colesterol. Para planear las comidas y comer en forma correcta usted necesita entender la forma en que los diferentes alimentos afectan sus niveles de glucosa. Un buen plan de comidas tendrá en cuenta los alimentos que a usted le gustan y los que no le gustan, las metas para el control de peso y la actividad física diaria. Los profesionales de la salud pueden ayudarle a crear un plan de comidas personalizado.

La actividad física es muy importante en su lucha contra la diabetes. Tomar parte en un programa regular de entrenamiento físico puede mejorar los niveles de glucosa en la sangre de las personas mayores con diabetes. Un profesional de la salud puede ayudarle a planear un programa de actividad física que sea adecuado para usted. (Ministerio de Salud, 1996).

Es importante hacer un seguimiento para determinar si el plan de cuidados de la diabetes está funcionando bien. Mida los niveles de glucosa en la sangre y controle su presión arterial y niveles de colesterol. (Ministerio de Salud, 1996).

Enfermedades hepáticas: La función normal del hígado es esencial para la vida por su importante papel en la eliminación de productos tóxicos del organismo, síntesis y almacenamiento de nutrientes y su participación en la digestión de alimentos por medio de la producción de bilis. Cuando este órgano se enferma, hay una amenaza seria contra la salud e incluso la vida de las personas, de manera que no deben escatimarse esfuerzos en la prevención (cuando es posible) de las enfermedades hepáticas. Uno de los principales agresores del hígado es el alcohol, y el público en general debe estar conciente de esto, para controlar su consumo antes que ocasione daño irreversible al organismo. (Ministerio de Salud, 1996).

A pesar de su complejidad el hígado en verdad tiene pocas maneras de enfermarse y por ende muchas de las afecciones hepáticas (que atañen al hígado) comparten manifestaciones. (Ministerio de Salud, 1996).

El hígado puede inflamarse (hepatitis) de manera aguda (hepatitis aguda) o crónica (hepatitis crónica). La hepatitis puede ser de origen viral alcohólica o tóxica (otros fuera del alcohol y algunos medicamentos) o relacionada con enfermedades de tipo autoinmune o de autoagresión como ocurre en el lupus eritematoso o similares. (Ministerio de Salud, 1996).

El hígado acumula grasa de manera exagerada y se torna en "hígado graso" que se observa como una de las fases de la exposición o consumo crónico de alcohol (alcoholismo). Sin embargo, el hígado graso ocurre en pacientes obesos o diabéticos y en estados de malnutrición. (Ministerio de Salud, 1996).

En la fase avanzada de varias enfermedades hepáticas, como la hepatitis viral o la enfermedad del hígado debida al alcoholismo, el hígado se torna cirrótico. En la cirrosis (del griego *kirrhos*: parduzco por el color que toma) el tejido normal es destruido y reemplazado por tejido fibroso que cicatriza y endurece el órgano. Al mismo tiempo hay regeneración pero desordenada con formación de nódulos de tejido hepático pero anárquicos. (Ministerio de Salud, 1997).

Las mismas causas de hepatitis (virus, alcohol, autoinmunidad) pueden llevar a cirrosis. Pero hay otros tipos como la cirrosis biliar primaria que se debe a inflamación crónica y cicatrización o fibrosis de los pequeños conductos biliares. La cirrosis biliar secundaria ocurre en casos de obstrucción crónica de los grandes conductos biliares. Hay formas menos comunes de cirrosis como las asociadas a hemocromatosis (depósito de hierro), enfermedad de Wilson (depósito de cobre) y a deficiencia de alfa 1 antitripsina. Finalmente, hay cirrosis de causa desconocida (que se denomina criptogénica). (Ministerio de Salud, 1997).

Cuando se diagnostica una enfermedad del hígado (hepática o hepatopatía), el médico observa los síntomas del paciente y realiza un examen físico. Además, el médico puede solicitar una biopsia del hígado, exámenes de la función del hígado, una ecografía, una tomografía computarizada (su sigla en inglés es CT) y, o un estudio de imágenes por resonancia magnética (su sigla en inglés es MRI). (Ministerio de Salud, 1997).

A continuación, se enumeran algunos síntomas comunes de las enfermedades del hígado: Ictericia, Colestasis, Agrandamiento del hígado, Hipertensión portal, Várices esofágicas, Ascitis, Encefalopatía del hígado, insuficiencia del hígado. (Ministerio de Salud, 1997).

Epilepsia: La epilepsia tiene su origen en unos cambios breves y repentinos del funcionamiento del cerebro. Por esta razón, se trata de una afección neurológica, la cual no es contagiosa ni está causada por ninguna enfermedad o retraso mental. Algunas personas con retraso mental pueden experimentar ataques epilépticos, pero tener estos ataques no implica necesariamente el desarrollo de una deficiencia mental. La epilepsia es un trastorno provocado por el aumento de la actividad eléctrica de las neuronas en alguna zona del cerebro. La persona afectada puede sufrir una serie de convulsiones o movimientos corporales incontrolados de forma repetitiva. A esto se le llama "ataque epiléptico". Para considerar epiléptico a alguien, los ataques deben repetirse con cierta frecuencia (ataques recurrentes). La epilepsia tiene su origen en unos cambios breves y repentinos del funcionamiento del cerebro; por esta razón, se trata de una afección neurológica. Dicha afección no es contagiosa ni está causada por ninguna enfermedad o retraso mental. Algunas personas con retraso mental pueden experimentar ataques epilépticos, pero tener estos ataques no implica necesariamente el desarrollo de una deficiencia mental. (Ministerio de Salud, 1997).

Existen varias formas de presentación de las crisis epilépticas. Las crisis generalizadas pueden manifestarse con pérdida brusca de conocimiento con caída al suelo, contractura de los músculos de las extremidades y de la cara seguidas de sacudidas rítmicas. En otras oportunidades, especialmente en niños y adolescentes, las crisis se presentan con una pérdida de conocimiento, sin caída al suelo ni convulsiones, de segundos de duración, con rápida recuperación. La epilepsia es un trastorno con muchas causas posibles. Cualquier cosa que impida o distorsione el patrón de actividad neuronal normal puede conducir a la aparición de una crisis epiléptica. Se ha observado que algunas personas epilépticas tienen una cantidad más alta de neurotransmisores activos (sustancias encargadas de conducir el impulso nervioso entre las neuronas), lo cual incrementa la actividad neuronal. En otros se ha observado una cantidad baja de inhibidores de dichos neurotransmisores, lo cual también aumenta la actividad neuronal. En ambos casos aparece la epilepsia. (Ministerio de Salud, 1997).

Las crisis parciales pueden presentarse con sensaciones subjetivas extrañas o difíciles de describir o con fenómenos auditivos, visuales, sensación de hormigueo, etc. Estos síntomas pueden aparecer en forma aislada o dar paso a una pérdida de conocimiento con movimientos automáticos de la boca, de las manos o de otra parte del cuerpo. En otras oportunidades las crisis parciales pueden presentarse con sacudidas de una extremidad o de la mitad de la cara, sin pérdida de conocimiento. (Ministerio de Salud, 1996).

Hay tres métodos principales de diagnóstico de la epilepsia: Historia personal y médica del paciente. El médico la realiza obteniendo toda la información posible que pueda darle el afectado (características de los ataques epilépticos, qué le pasa momentos antes de que comience el ataque, etc.). Además añade otra, más científica, sobre la evolución de la persona (cómo le va el tratamiento, otras pruebas realizadas y sus resultados, etc.) (Ministerio de Salud, 1997).

En el caso de que se logre eliminar las crisis por un período prolongado esto no significa que las crisis epilépticas se encuentren curadas. En algunos casos es posible intentar retirar los medicamentos en forma paulatina después de un período de tratamiento prolongado. Esto debe efectuarse bajo estricta supervisión médica. (Ministerio de Salud, 1996).

Enfermedades inflamatorias del colon: Las enfermedades inflamatorias del intestino son trastornos crónicos en los que se inflama el intestino, ocasionando a menudo retortijones abdominales recurrentes y diarrea. (Ministerio de Salud, 1997).

Los dos tipos de enfermedad inflamatoria del intestino son la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa, que tienen muchas similitudes, siendo a veces difícil distinguir una de otra. No se conoce la causa de estas enfermedades. (Ministerio de Salud, 1997).

El cáncer de colon es una enfermedad en la que las células malignas se localizan en la porción intermedia y más larga del intestino grueso. Es un tipo de cáncer bastante común en muchos países, pero también resulta fácil de detectar, tiene un alto grado de curación y tarda mucho en desarrollarse. El colon, junto con el recto (porción final del intestino grueso), es el lugar donde se almacenan las heces antes de ser expulsadas al exterior a través del ano. Al encargarse de esta labor, acumula sustancias de desecho, por lo que es un lugar propicio para la aparición de un cáncer. Por eso es importante reducir el tiempo de acumulación al mínimo, adoptando una dieta equilibrada que facilite el tránsito intestinal al máximo. La enfermedad de Crohn (enteritis regional, ileítis granulomatosa, ileocolitis) es una inflamación crónica de la pared intestinal. (Ministerio de Salud, 1997).

Típicamente la enfermedad afecta a todo el grosor de la pared intestinal. Lo más habitual es que se manifieste en la porción más baja del intestino delgado (íleon) y el intestino grueso, pero puede ocurrir en cualquier tramo del tracto gastrointestinal desde la boca hasta el ano, incluso en la piel alrededor de éste. (Ministerio de Salud, 1996).

El colon irritable es un síndrome, es decir, un conjunto de síntomas y signos digestivos. Son alteraciones digestivas caracterizadas fundamentalmente por la presencia de dolor o malestar abdominal asociados a trastornos de la defecación (cambio en la frecuencia y/o consistencia de las deposiciones), en los cuales, a pesar de efectuar exámenes de laboratorio o de imágenes (endoscopías, radiografías, ecotomografías, scanner, etc), no se logra pesquisar trastornos estructurales del aparato digestivo. Estos síntomas se caracterizan por ser recurrentes o crónicos en el tiempo. (Ministerio de Salud, 1996).

Anemia: La anemia ocurre cuando su sangre no tiene suficiente hemoglobina. La hemoglobina es una proteína dentro de sus glóbulos rojos que transporta oxígeno desde sus pulmones hacia el resto del cuerpo. Una causa común de anemia es no tener una cantidad de hierro suficiente. La anemia es una alteración de la composición sanguínea entendida como la condición clínica determinada por una disminución de la masa eritrocitaria que condiciona una concentración baja de hemoglobina (según los parámetros estándares). Rara vez se registra en forma independiente una deficiencia de uno solo de estos factores. La anemia es una definición del laboratorio que entraña un recuento bajo de eritrocitos y un nivel de hemoglobina o hematocrito menor de lo normal. (Hernández Nieto L, Hernández García MT, Juncá Piera J, Vives-Corrons JL, Martín-Vega C, 2004).

La mayoría de los síntomas de la anemia se presentan como consecuencia de la disminución de oxígeno en las células o "hipoxia". Dado que los glóbulos rojos, a través de la hemoglobina, transportan oxígeno, la disminución en la producción o cantidad de estas células produce "hipoxia". Muchos de los síntomas no se

presentan si la anemia es leve, debido a que generalmente el cuerpo puede compensar los cambios graduales en la hemoglobina. (Adamson JW, 2005).

Generalmente, la anemia puede ser provocada por varios problemas, entre los que se incluyen: Infecciones, Ciertas enfermedades, Ciertos medicamentos y Nutrición deficiente. El tratamiento debe realizarse por vía oral con preparados de Hierro que contengan altas concentraciones de metal y durante períodos prolongados.(Adamson JW, 2005).

Ningún alimento contiene concentraciones suficientes de hierro para poder constituir un remedio práctico en los estados de carencia del mismo. La absorción de hierro intestinal es baja, aún en condiciones de absorción aumentada. Se requieren concentraciones muy elevadas de hierro en la luz intestinal para conseguir la absorción de la cantidad necesaria. (Adamson JW, 2005).

Se recomienda iniciar el tratamiento con 150-200 mg de Hierro elemental al día repartido en tres tomas (3-5 mg/ Kg/ día en niños). El preparado químico de mejor absorción es el sulfato ferroso. La absorción es máxima en ayunas y se incrementa con dosis altas de ácido ascórbico. Se informará al paciente de que se le oscurecerán las heces y de que es importante que cumpla el tratamiento. Como primera elección se debe huir de los preparados de Hierro complejos, con extractos proteicos, puesto que se absorben peor y son más caros (se debe exigir que contengan un mínimo de 40- 60 mg de Fe por vial); aunque producen menos efectos secundarios (epigastralgias, náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento...) Debe evitarse el tratamiento con Hierro oral en el ulcus péptico activo y en la enfermedad inflamatoria intestinal activa. (Adamson JW, 2005).

Migraña: La migraña, también llamada jaqueca, se caracteriza por dolores fuertes y palpitantes que normalmente afectan a un solo lado de la cabeza. Otros síntomas de la migraña a menudo incluyen náuseas y vómitos, distorsión de la

visión, vértigo e hipersensibilidad a la luz. Una migraña clásica es precedida por un aura en la cual la persona ve luces intermitentes, formas y colores distorsionados y otras ilusiones ópticas. (Grupo de estudio de cefaleas de la Sociedad Española de Neurología, 1999).

Las causas que precipitan el dolor son el estrés, insomnio, café, chocolate, vino tinto, embutidos, quesos añejos, salsa de soya y otros alimentos. Además del trabajo continuo en una sola postura incorrecta, como en la computadora. (Grupo de estudio de cefaleas de la Sociedad Española de Neurología, 1999).

El diagnóstico se realiza con el historial del cuadro clínico del paciente y su proceso evolutivo, descartándose enfermedades que pueden enmascarar estos síntomas de la migraña, con la exploración cerebral a través de la Tomografía Craneal Computada (TAC) y de la Resonancia Magnética (IRM) y así descartar patología tumoral y malformaciones arteriales principalmente. (Grupo de estudio de cefaleas de la Sociedad Española de Neurología, 1999).

En el tratamiento de la migraña hay varias fases: Primera fase. Usar el método preventivo o profiláctico con el uso de bloqueadores y antidepresivos. Segunda fase. Evitar los factores desencadenantes como son: Estrés, Cambios bruscos ambientales, Luz brillante o deslumbrante, Tabaco, Vinos rojos, Chocolate, Quesos fermentados, Edulcorantes con aspartame. Tercera fase: Atacar la crisis dolorosa con medicamentos analgésicos como ácido acetil salicílico, anti-inflamatorios, acetaminofén, los vaso-constrictores derivados de la ergotamina, en sus diferentes formas, los triptanos en sus diferentes modalidades. (Grupo de estudio de cefaleas de la Sociedad Española de Neurología, 1999).

Los diversos estudios encaminados a calcular la prevalencia han arrojado cifras muy dispares entre ellos (1,2-17%) debido probablemente a errores metodológicos y errores diagnósticos; actualmente se estima en un 4-6% de los varones y un 13-17% de las mujeres, siendo el global para ambos sexos alrededor del 13 %. La

relación varón/mujer es de 1:2,3. No se han observado diferencias en cuanto al nivel social, cultural o racial, pero sí dependiendo de la localización geográfica, siendo más prevalente en Norteamérica y Europa.

La edad de inicio puede ser sumamente variable, desde la infancia hasta por encima de la séptima década, pero lo más habitual es que se presente entre la adolescencia y los 30 años (80-85%), por lo que la prevalencia aumenta hasta los 40 años descendiendo conforme envejece la población.

Se encuentran antecedentes familiares en parientes de primer grado (abuelos, padres, hermanos e hijos) en el 70% de los casos sin que se haya podido establecer un patrón de herencia incluso tras estudios con gemelos homocigotos. (Grupo de estudio de cefaleas de la Sociedad Española de Neurología, 1999).

Uretritis: Es la inflamación o infección del conducto uretral, la cual se clasifica en gonocócica y no gonocócica, la primera provocada por *Neisseria gonorrhoeae* (causante de la gonorrea), y la segunda por la *Clamidia* (*Chlamydia trachomatis*) y otro germen que se conoce como *Ureaplasma urealyticum*. (Ministerio de Salud, 1996).

La infección se contrae generalmente por relaciones sexuales sin protección (preservativo o condón). En otras ocasiones pueden ser consecutivas a exploraciones instrumentales o la utilización de sondas que, por lo demás, son necesarias para el diagnóstico o tratamiento de múltiples estados patológicos del tracto urinario inferior. (Ministerio de Salud, 1996).

Ardentía al orinar y secreción uretral, que tan pronto el enfermo las denote debe acudir al médico de familia para que le indique la investigación apropiada (exudado uretral). En caso de uretritis gonocócica el período de incubación es de 3 a 10 días. Además de los señalados, se puede sentir dolor durante la micción y, en casos extremos, las manifestaciones de un proceso séptico (malestar general,

fiebre, ganglios inguinales) y, si se complica, dolor e inflamación del testículo. (Ministerio de Salud, 1996).

La uretritis, es el proceso inflamatorio o infeccioso localizado a nivel de uretra, bien diferente de la cistitis que es a nivel de la vejiga. (Ministerio de Salud, 1996).

Para el diagnóstico por los antecedentes que ofrecen el enfermo durante la historia clínica, el examen físico del médico y los estudios microbiológicos, como es el exudado uretral y cultivo de las secreciones. La presencia de diplococos Gram negativos intracelulares será el diagnóstico de certeza de la uretritis gonocócica. (Ministerio de Salud, 1996).

En cuanto a la prevalencia es mucho más frecuente en el hombre y su mayor incidencia se observa entre los 15 y 35 años de edad. En la mujer pasa inadvertida si no se hace un examen médico detenido. (Ministerio de Salud, 1996).

El tratamiento obligado es reposo sexual estricto, antibioticoterapia (penicilina y probenecid, amoxicilin o tetraciclina). En ocasiones otros gérmenes necesitan diferentes antibióticos. En caso de resistencia bacteriana se deben utilizar la Ceftriaxona, Cefexima o Ciprofloxacina. Se recomienda además el uso de la Doxiciclina en todos los esquemas por la presunta coinfección con *C. trachomatis* y *Ureaplasma Urealyticum*. (Ministerio de Salud, 1996).

Asma: es una enfermedad inflamatoria del aparato respiratorio que provoca dificultad en la respiración (disnea). Este término procede del griego 'âsthma [*jadeo*] + -ma (*griego*). No existe una definición precisa de la enfermedad asmática. La Estrategia Global para el Asma (GINA) la define: "Inflamación crónica de las vías aéreas en la que desempeñan un papel destacado ciertas células y mediadores. Este proceso se asocia a una hiperrespuesta de los bronquios que produce episodios de sibilancias (*pitos*), disnea (*sensación de falta de respiración*),

opresión torácica y tos, particularmente durante la noche o madrugada. Estos episodios se asocian generalmente con un mayor o menor grado de obstrucción al flujo aéreo a menudo reversible de forma espontánea o con tratamiento". (National Institutes of Health (NIH) ,1997).

El asma es una enfermedad frecuente cuya prevalencia varía mucho de un país a otro. Afecta alrededor del 3 al 7% de la población adulta, siendo más frecuente en edades infantiles. En niños es una de las más importantes enfermedades crónicas.

Es más frecuente en el sexo masculino, pero al llegar a la pubertad, esta relación cambia. En los últimos veinte años se ha registrado su aumento debido en parte a la contaminación ambiental y las consecuencias de esta. La alteración principal presente en los pacientes asmáticos de todas las edades es la hiperreactividad de las vías aéreas, lo cual condiciona la presencia de espasmo del músculo liso, incremento de la secreción mucosa e inflamación. Además, las vías aéreas de los pacientes asmáticos presentan habitualmente una respuesta anómala a los agentes colinérgicos, el aire frío y los estímulos inmunológicos.

Las infecciones virales, especialmente por virus sincitial respiratorio, parainfluenza y rinovirus, son los estímulos que con mayor frecuencia desencadenan los episodios de asma en los niños, especialmente en los menores de 5 años de edad. (National Institutes of Health (NIH) ,1997).

De por si, se habla que el asma es una enfermedad multifactorial, en donde fundamentalmente se desencadena por factores ambientales, y factores internos de la persona que pueden estar en relación con los antecedentes familiares. (National Institutes of Health (NIH) ,1997).

Se ha observado, que los siguientes factores pueden ser desencadenantes de una crisis asmática: El polvo de casa (que pueden contener ácaros y otros agentes alérgicos que se pueden inhalar) , La pelusa de los animales, El ejercicio (en una persona que no está acostumbrada a hacerlo), El humo de todo tipo (cigarrillos, de

los vehículos, fábricas, etc), El estrés, El polen de las plantas, El uso de algunos medicamentos: beta-bloqueadores y ácido acetilsalicílico, El aire frío o húmedo, Estos factores desencadenantes debería evitarlo cualquier persona con diagnóstico de Asma Bronquial. (National Institutes of Health (NIH) ,1997).

Pediculosis: Pediculosis a la infestación humana producida por el piojo. El hombre puede verse afectado por dos especies: *Pediculus humanus* var. *capitis*, el más extendido, muy frecuente en niños en edad escolar y que habita en el cuero cabelludo; *Pediculus humanus* var. *corporis*, que aparece principalmente en indigentes, personas hacinadas o con muy poca higiene, y afecta a distintas áreas del cuerpo; por último, *Phthirus pubis* o piojo púbico, llamado vulgarmente ladilla, que habita el pelo púbico, y que se considera una enfermedad de transmisión sexual (ETS). (Burkhart CG, 2004).

Los piojos miden entre 2 y 5 mm y son de color marrón oscuro. Los piojos del cuero cabelludo y del cuerpo son muy parecidos entre sí, y de forma más alargada que las ladillas. (Burkhart CG, 2004).

Los piojos de la cabeza y las ladillas pasan la mayor parte del tiempo fijados al cabello y descienden a la piel únicamente para alimentarse, cada 4-6 horas. Los piojos corporales viven entre los pliegues de la ropa y tienen predilección por las zonas más cálidas del cuerpo, principalmente cintura y abdomen. Los tres tipos son hematófagos, y cuando se alimentan inyectan con su saliva sustancias vasodilatadoras y anticoagulantes. (Burkhart CG, 2004).

Aunque en condiciones favorables los piojos pueden sobrevivir fuera del huésped hasta 3-4 días, en general no son capaces de hacerlo más allá de 15-20 horas, debido a la necesidad que tienen de alimentarse con tanta frecuencia. (Burkhart CG, 2004).

Los piojos no saltan ni vuelan, por lo que la transmisión se produce en la mayoría de los casos tras un contacto directo y prolongado con una persona infestada.

Esto se debe a que el parásito necesita un cierto tiempo para pasar de un mechón a otro (ya que sólo lo hace con los ganchos de su primer par de patas). Contrariamente a la creencia popular la transmisión a través de fómites – peines, gorros, objetos personales, etc.- tiene poca importancia epidemiológica, y tampoco se relaciona con una higiene deficitaria (de hecho los piojos tienen predilección por cabellos limpios). (Burkhart CG, 2004).

Los piojos de la cabeza y las ladillas pasan la mayor parte del tiempo fijados al cabello y descienden a la piel únicamente para alimentarse, cada 4-6 horas. Los piojos corporales viven entre los pliegues de la ropa y tienen predilección por las zonas más cálidas del cuerpo, principalmente cintura y abdomen. Los tres tipos son hematófagos, y cuando se alimentan inyectan con su saliva sustancias vasodilatadoras y anticoagulantes. (Burkhart CG, 2004).

Aunque en condiciones favorables los piojos pueden sobrevivir fuera del huésped hasta 3-4 días, en general no son capaces de hacerlo más allá de 15-20 horas, debido a la necesidad que tienen de alimentarse con tanta frecuencia. (Burkhart CG, 2004).

Los piojos no saltan ni vuelan, por lo que la transmisión se produce en la mayoría de los casos tras un contacto directo y prolongado con una persona infestada. Esto se debe a que el parásito necesita un cierto tiempo para pasar de un mechón a otro (ya que sólo lo hace con los ganchos de su primer par de patas). Contrariamente a la creencia popular la transmisión a través de fómites – peines, gorros, objetos personales, etc.- tiene poca importancia epidemiológica, y tampoco se relaciona con una higiene deficitaria (de hecho los piojos tienen predilección por cabellos limpios). (Burkhart CG, 2004).

El diagnóstico se basa en la búsqueda de piojos adultos o en su defecto liendres, que no indican necesariamente infestación activa. Solo deberían tratarse infestaciones activas (las que poseen piojos adultos). La búsqueda de los adultos

se ve facilitada si el cabello está húmedo, ya que los movimientos del parásito son más torpes. Nos ayudaremos cepillando el pelo mechón a mechón, con un peine normal o con liendres, desde la raíz hasta la punta. Se aconseja poner un paño blanco o una toalla sobre los hombros para visualizar mejor los piojos que van cayendo. Es conveniente hacer siempre una segunda revisión para descartar infestación parasitaria. Junto con la visión del parásito, podemos encontrar también lesiones de rascado, excoriaciones o reacciones alérgicas. (Burkhart CG, 2004).

El diagnóstico diferencial en cuero cabelludo debe hacerse principalmente con la caspa, mucho más fácil de desprender que las liendres. (Burkhart CG, 2004).

Virus del papiloma Humano: El virus del papiloma humano, papilomavirus o VPH causa una infección de transmisión sexual, por lo que es clasificado dentro del grupo de enfermedades venéreas o de transmisión sexual. La infección puede ser ocasionada por una de las más de cien cepas (tipos) diferentes de VPH que existen. (Benenson A, 2002).

El VPH es una numerosa familia de virus que afectan la piel, causando por lo general un crecimiento irregular de células o verrugas. Existen más de 60 tipos de VPH. Algunos tipos se transmiten por contacto no-sexual y son los que causan las verrugas en la piel. Muchos tipos de VPH se transmiten por vía sexual e infectan principalmente los genitales y el área anal. De los tipos que se transmiten por vía sexual, algunos causan cáncer y cambios pre-cancerosos en la cerviz, ano o la piel del pene o genitales de la mujer. Las verrugas genitales son los síntomas más comunes de la infección con VPH. Sin embargo, la mayoría de las infecciones con VPH no conllevan a las verrugas ni tampoco al cáncer, la mayoría de las infecciones se van por sí solas sin causar ningún tipo de síntomas. (Benenson A, 2002).

No hay un tratamiento recomendado para la mayoría de las infecciones con VPH. El tratamiento se recomienda únicamente si hay verrugas visibles o anormalidades detectadas por medio de Papanicolao. Ningún antibiótico u otros medicamentos matan el virus del VPH, el tratamiento consiste en destruir o quitar los tejidos anormales tales como verrugas, anormalidades celulares pre-cancerosas o formaciones cancerosas como tales. (Benenson A, 2002).

Incluso cuando estos tejidos son retirados o destruidos, el virus de VPH permanece en áreas aledañas. Así que a pesar que los síntomas de VPH pueden ser tratados, las infecciones con VPH generalmente no se pueden curar. La mayoría de las verrugas y anormalidades detectadas con Papanicolao eventualmente pueden irse por sí solas incluso si no se someten a tratamiento. (Benenson A, 2002).

El VPH puede diagnosticarse de varias maneras. La prueba mas especifica detecta un fragmento del virus en las células afectadas. La prueba de Papanicolaou puede detectar los cambios causados por el VPH en las células. Las células residuales de la prueba de Papanicolaou, el tejido obtenido mediante una biopsia, o un frotis de la piel también pueden someterse a exámenes en el laboratorio para detectar el VPH. Para poder detectar los cambios causados por el VPH en las áreas externas del cuerpo, puede aplicarse una, solución de vinagre a la vulva (el exterior de la vagina) por unos 2-5 minutos, lo cual puede causar un poco de ardor. El vinagre puede hacer que las áreas afectadas por el VPH se tornen de un color blanco por varios minutos. Estas pequeñas áreas pueden.

Entonces examinarse utilizando distintos instrumentos de aumento. Para poder detectar estos cambios en las partes internas del cuerpo, su proveedor de servicios de salud utilizara un colposcopio para examinar con lentes de aumento el cervix y las paredes de la vagina. Las células anormales se tornan color blanco cuando se les aplica la solución de vinagre. (Benenson A, 2002).

Herpes genital: El herpes genital es una enfermedad de transmisión sexual (ETS) causada por los virus del herpes simple tipo 1 (HSV-1) y tipo 2 (HSV-2). La mayoría de los herpes genitales son causados por el tipo HSV-2. La mayoría de las personas con HSV-1 o HSV-2 no presentan signos ni síntomas de la infección o presentan síntomas mínimos. Si se presentan signos, éstos usualmente aparecen en forma de ampolla o ampollas en los genitales o el recto o alrededor de los mismos. Las ampollas se rompen y dejan úlceras dolorosas (llagas) que pueden tardar de dos a cuatro semanas en curarse la primera vez que se presentan. Típicamente, puede presentarse otro brote semanas o meses después del primero, pero casi siempre es menos intenso y de más corta duración. A pesar de que la infección puede permanecer en forma indefinida en el organismo, la cantidad de brotes tiende a disminuir a medida que pasan los años. (Larsen SA, Norris SJ, Pope V., 1999)

La mayoría de personas infectadas con el HSV-2 no saben que tienen la infección. Sin embargo, si se presentan signos y síntomas durante el primer brote, éstos pueden ser bastante pronunciados. El primer brote ocurre generalmente dentro de las dos semanas siguientes a la transmisión del virus y las úlceras se curan típicamente dentro de dos a cuatro semanas. Otros signos y síntomas durante el episodio primario pueden incluir una segunda serie de úlceras y síntomas parecidos a la gripe, entre ellos fiebre e inflamación de las glándulas. Sin embargo, la mayoría de las personas con la infección por HSV-2 puede que nunca tengan úlceras o pueden tener signos muy leves de los cuales ni siquiera se dan cuenta o que confunden con picaduras de insectos o con otra afección de la piel. (Larsen SA, Norris SJ, Pope V., 1999)

La mayoría de las personas a quienes se les ha diagnosticado un primer episodio de herpes genital pueden esperar tener varios (típicamente cuatro o cinco) brotes (recurrencias sintomáticas) en un período de un año. Por lo general, estas recurrencias disminuyen en frecuencia a medida que pasa el tiempo. (Larsen SA, Norris SJ, Pope V., 1999)

Los signos y síntomas asociados al HSV-2 pueden variar ampliamente. Los proveedores de atención médica pueden diagnosticar el herpes genital mediante una inspección visual si el brote es típico y mediante la obtención de una muestra de la úlcera o de las úlceras que se envía para un análisis de laboratorio. Puede ser difícil diagnosticar las infecciones por HSV si no hay un brote (entre brotes). Los exámenes de sangre, que detectan la infección por HSV-1 o del VSH-2, pueden ser útiles, aunque los resultados no son siempre muy claros. (Larsen SA, Norris SJ, Pope V., 1999).

Si el diagnóstico es positivo, el médico podrá recetar antivirales para atenuarlo y ayudar a prevenir ataques recurrentes. También se pueden recetar antibióticos para infecciones bacterianas secundarias en las ampollas. De otro lado, la mujer que haya tenido o tenga herpes, debería hacerse anualmente una citología ya que esta enfermedad aumenta el riesgo de cáncer cervical. (Larsen SA, Norris SJ, Pope V., 1999).

Sífilis: La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual (ETS) provocada por la bacteria *Treponema pallidum*. A menudo se le ha llamado “la gran imitadora” porque muchos de sus signos y síntomas no pueden ser diferenciados de los de otras enfermedades. (LARSEN SA, 2000).

La sífilis es producida por el *Treponema pallidum* uno de los muchos microorganismos con forma espiral. Este agente fue descrito en 1905 por Schaudinn y Hoffman.

La sífilis es una infección generalizada causada por este agente que suele transmitirse por medio de las relaciones sexuales, en la que se alternan episodios de actividad interrumpidos por períodos de latencia, donde parece haberse superado la enfermedad. (LARSEN SA, 2000).

La única causa de la sífilis es el contacto con el *Treponema pallidum*, habitualmente a través de relaciones sexuales con personas infectadas. (LARSEN SA, 2000).

Las manifestaciones clínicas dependen del tipo de sífilis:

Sífilis Primaria: Chancro sifilítico: después de 10 días a 6 semanas del contagio, se presenta una ampolla no dolorosa que rápidamente se ulcera. Su consistencia cartilaginosa es característica. En el varón heterosexual suele localizarse en el pene, en el homosexual en el canal anal o recto, dentro de la boca o en los genitales externos, mientras que en la mujer, las áreas más frecuentes son: cuello uterino y los labios genitales mayores o menores. (LARSEN SA, 2000).

Sífilis Secundaria: Una semana a 6 meses después, se presentan erupciones con enrojecimiento en la piel y mucosas en forma simétrica, Inflamación generalizada de los ganglios linfáticos pero no dolorosa, En esta etapa pueden aparecer diferentes formas de la sífilis: con apoyas, escamas y mixtas. Habitualmente coexisten varias formas y durante las recaídas de la sífilis secundaria, suelen aparecer verrugas planas y otras lesiones de la piel. (LARSEN SA, 2000).

Sífilis Latente: infección sifilítica solo demostrable a través de pruebas de laboratorio. (LARSEN SA, 2000).

Sífilis tardía: Después de varios años y periodos de latencia sin tratamiento, resistente o incompleto, Sífilis que afecta el corazón y grandes vasos, Lesiones oculares tardías y Sífilis tardía benigna (Goma sifilítica). (LARSEN SA, 2000).

Sífilis Congénita: La inflamación de la mucosa nasal (rinitis), suele ser el signo más temprano, Presencia de lesiones en la piel y mucosas: ampollas, descamación superficial, etc, Inflamación simultanea de huesos y cartílagos (osteocondritis), Inflamación de huesos o su medula (osteítis u osteomielitis),

Crecimiento del hígado y bazo (Hepatoesplenomegalia), Alteraciones de ganglios y conductos linfáticos (linfadenopatías) y anemia. (LARSEN SA, 2000).

La sífilis puede curarse con penicilina. La penicilina se administra en forma de inyección. Si usted ha tenido sífilis por menos de un año solamente necesita ponerse una inyección. Si ha tenido sífilis por más de un año necesita ponerse tres inyecciones: una inyección a la semana durante tres semanas. Si usted es alérgico a la penicilina asegúrese de decirle a su médico. (LARSEN SA, 2000).

Si usted ha tenido un caso avanzado de sífilis es probable que necesite un tratamiento más fuerte. Usted puede recibir inyecciones de penicilina todos los días durante 10 días. Esto puede hacerse en el consultorio del médico o en la clínica. Unas pocas personas tienen que ir al hospital a que le pongan penicilina en las venas. (LARSEN SA, 2000).

prevalencia de enfermedades: El estrato medio es seropositivo antes de los 15 años en 65,4% ($p > 0,05$). Los anticuerpos contra la varicela mostraron una positividad global de 68.8%, iniciando con 50% en los niños de 1 a 4 años y llegando a 86,7% en el grupo de 30 a 39 años. A los 19 años la prevalencia acumulada es de 75%. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los estratos ($p < 0,05$). (LARSEN SA, 2000).

La hepatitis A en la ciudad es de endemividad intermedia, en el grupo de 10 a 14 años se encontró 62% de seropositividad. Las diferencias encontradas entre los estratos (particularmente entre el alto y el bajo), demuestran la relación que existe entre el mejoramiento de las condiciones económicas, la educación y la utilización adecuada de compartimientos sanitarios, con disminución de la prevalencia en las edades tempranas. En comparación con el Estudio Nacional de Salud, realizado por el Instituto Nacional de Salud en 1979, se observa que la situación ha mejorado, pasando de ser de endemividad alta a intermedia; se encontró sin embargo que la población afectada en mayor proporción por este virus es la de los

adolescentes y adultos jóvenes, grupos en los cuales, no hay que olvidar, existe un riesgo mayor de complicaciones como la hepatitis fulminante. (LARSEN SA, 2000).

Otro factor de riesgo a considerar en las regiones de endemicidad intermedia es la ocurrencia de brotes de hepatitis A .Experiencias previas han demostrado que las medidas de higiene son insuficientes para prevenir la propagación del brote, mientras que los programas de vacunación han demostrado ser muy efectivos en estos casos. La seroprevalencia es más baja en los estratos socioeconómicos medio y alto, lo que sugiere la necesidad de implementar programas de vacunación en niños, adolescentes y adultos jóvenes en particular en estas clases socioeconómicas. (LARSEN SA, 2000).

1.5. OBJETIVO

1.5.1. OBJETIVO GENERAL:

Identificar las patologías y hábitos más frecuentes en los estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano en el primer Periodo de 2007.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las características sociodemográficas de la población
- Identificar cuales son las patologías más frecuentes en los estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano.
- Identificar la percepción que tienen los estudiantes sobre el servicio médico que se presta en la institución.
- Identificar los hábitos más frecuentes en los estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano.

2. ASPECTOS METODOLOGICOS

2.1. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo transversal

2.2. OBJETO DE ESTUDIO

Prevalencia de patologías en estudiantes de pregrado del Colegio Odontológico Colombiano.

2.3. POBLACION DE ESTUDIO

Estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano matriculados oficialmente en el primer periodo de 2007.

2.3.1. Muestra: la muestra fue de 541 estudiantes elegida aleatoriamente por conveniencia.

2.4. CRITERIOS DE SELECCION

2.4.1 CRITERIOS DE INCLUSION

Estudiantes dispuestos a participar en la investigación

Estudiantes de todos los semestres que estén activos en el momento de la encuesta.

2.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSION

Estudiantes que no se encuentren presentes durante la realización de la encuesta.

Estudiantes que no deseen participar del estudio

Estudiantes que no se encuentren activos en la universidad durante la investigación.

2.5. VARIABLES

VARIABLE	OPERACIONALIZACION	TIPO DE VARIABLE
CARACTERÍSTICA SOCIODEMOGRAFICAS	AÑOS CUMPLIDOS	CUANTITATIVA
	F M	CUALITATIVA
	I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII-IX-X	CUANTITATIVA
	S-C-V-SEP-UL	CUALITATIVA
	1-2-3-4-5-6	CUANTITATIVA
PRACTICAS SEXUALES	SI NO	CUALITATIVA
ENFERMEDADES		CUALITATIVA
PERCEPCIÓN DEL SERVICIO MEDICO	BUENO	CUALITATIVA
	REGULAR	
	MALO	
EMBARAZOS	SI NO	CUANTITATIVO
ANTICONCEPTIVOS	SI NO	CUALITATIVO
TRATAMIENTO	SI NO	CUALITATIVO
HABITOS	DEPORTE	CUALITATIVA
	FUMAR	
	BEBIDAS ALCOHOLICAS	
	DROGAS ALUCINOGENAS	
DIETA BALANCEADA	SI NO	CUALITATIVA

2.6. PROCEDIMIENTO.

Esta investigación se llevo acabo por medio de encuestas realizadas a los estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano dentro de la institución, bajo los mismos parámetros: cada encuesta se realizó en las aulas de la institución en las horas de la mañana con autorización previa del docente que se encontrara en dicha aula, se expuso el carácter de dicha encuesta aclarando que era de carácter voluntario; el tiempo de desarrollo de la encuesta fue aproximadamente de 3 a 5 minutos donde no se manifestaron ningún tipo de duda y confusión en el alumnado.

Se realizó un estudio descriptivo transversal tomando como población los estudiantes de la institución matriculados en el primer periodo de 2007, teniendo en cuenta las siguientes variables: edad, género, raza, semestre, estrato, estado civil, número de hijos, iniciación de vida sexual, métodos anticonceptivos, embarazo no deseado, aborto y las diferentes patologías (gastritis, diabetes, alteraciones hepáticas, epilepsia, enfermedades del colon, anemia, migraña, uretritis gonocócica, asma, pediculosis, virus del papiloma humano, herpes genital y sífilis), así como hábitos frecuentes (deporte, fumar, alcohol y drogas).

La revisión bibliográfica se realizó bajo una búsqueda manual y electrónica, utilizando como instrumento de recolección de datos una encuesta elaborada por las investigadoras con un 100% de confiabilidad y validez y ante todo contando con el consentimiento de cada uno de los participantes de dicha investigación,

bajo un método estadístico de porcentaje para la tabulación y organización de los resultados.

1. Realización de prueba piloto: se realizó una prueba piloto para validar el Instrumento de recolección de datos, para ello se escogieron 10 estudiantes al azar, se les pasó la encuesta la cual fue desarrollada por los mismos, posteriormente se analizó si las preguntas eran claras, entendibles, bien formuladas y suficientes para establecer las enfermedades de mayor frecuencia en el Colegio Odontológico Colombiano.

2. Validación del instrumento: La encuesta se pasó una segunda vez entre los encuestados ya corregida y las preguntas fueron corroboradas, dando una coincidencia de 96%, con las respuestas consignadas en el primer formato, con lo que se validó el Instrumento

3. Aplicación: se tomaron las listas de clases por semestre y se acudió a aquellas de mayor concurrencia, como primera medida se pidió permiso al docente para entrar a la clase y formular la encuesta, se les explicó a los estudiantes en que consistía el estudio y todos los asistentes aceptaron hacer parte de él con lo que se les repartió la encuesta la cual fue diligenciada en su totalidad por ellos.

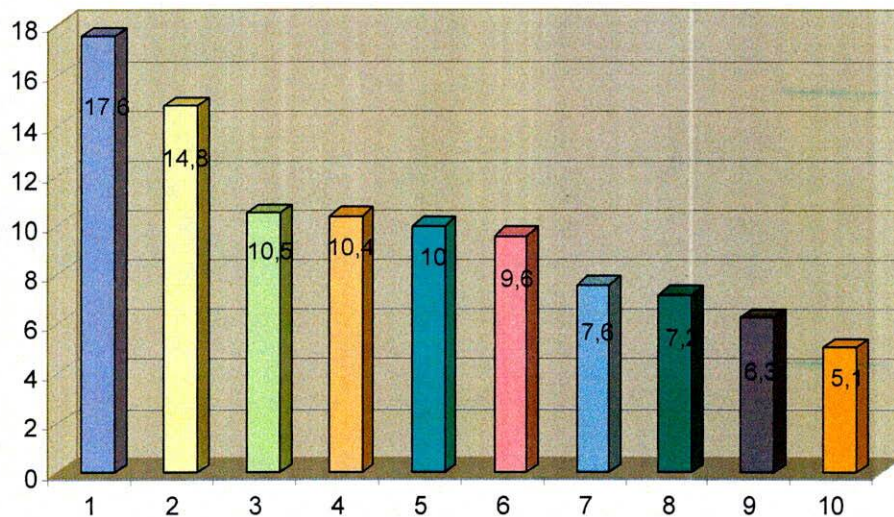
4. Tabulación: luego de recoger todas las encuestas, se procedió a tabular la información en hoja de cálculo, Microsoft Excel, en donde se contabilizó todas las encuestas por semestre y por pregunta de manera individual., los datos fueron consignados y totalizados en tabla.

5. Análisis de los datos: se realizó un estudio estadístico en el software SPSS versión 12.0, la prueba fue realizada con un nivel de significancia del 5% ($\alpha=0.05$). Se realizó estadística descriptiva, análisis de frecuencias simple, correlación de Spearman y prueba Chi cuadrado, con el fin de determinar si existe dependencia o asociación entre las variables.

3. RESULTADOS

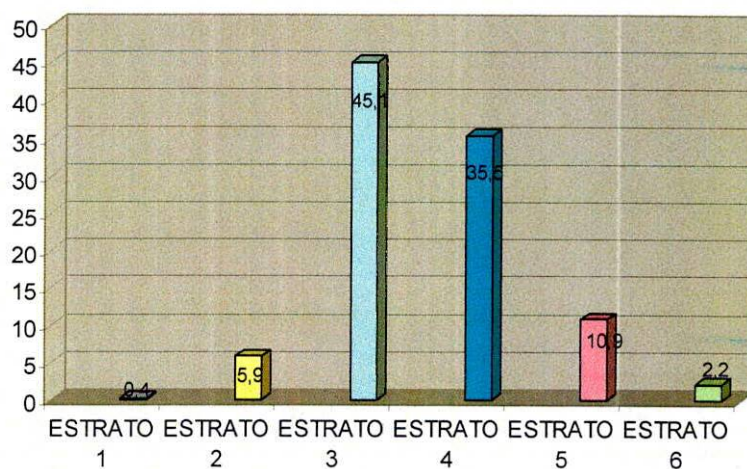
La muestra fue compuesta por 541 estudiantes con edad promedio de 21.44 +/- 2.6 años. El 79.9% fueron mujeres.

GRAFICO 1. Porcentaje de distribución por semestre de los estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano



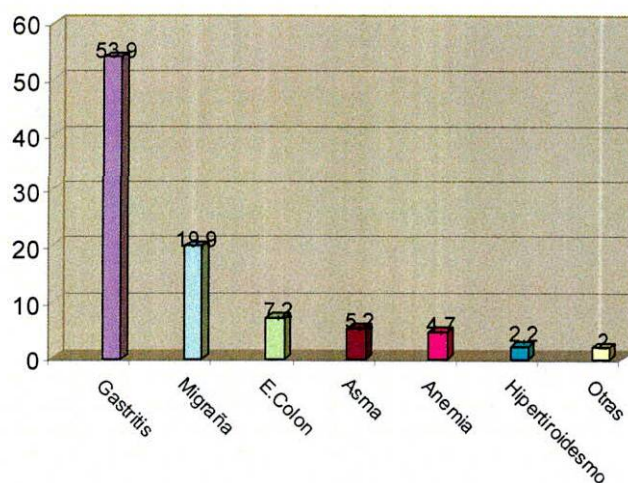
En el primer semestre hay mayor cantidad de estudiantes en un 17,6% y en décimo semestre en un 6,1% (Gráfico 1).

GRAFICO 2. Porcentaje de distribución por estrato de los estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano I período 2007.



El 45,1% de los estudiantes pertenecen al estrato 3, seguido del 35,5 % que pertenecen al estrato 4.

GRAFICO 3. Patologías más frecuentes en los estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano I periodo de 2007.

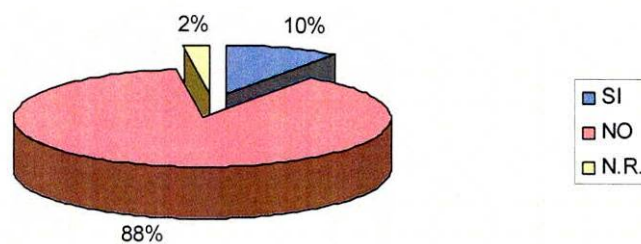


De las patologías que se presentaron con mayor frecuencia, la gastritis representa un 53% y en menor frecuencia el hipertirodismo con un 2,2%.

TABLA 1. Patologías poco frecuentes en los estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano I período 2007.

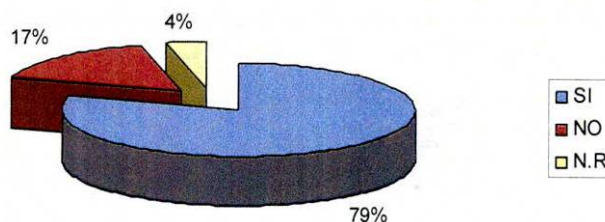
PATOLOGIA	No.	%
Hipotiroidismo	6	1,5
Bulimia	4	1,0
Epilepsia	3	0,7
Sífilis	3	0,7
Diabetes	2	0,5
VPH	2	0,5
Anorexia	1	0,2
Herpes Genital	1	0,2

GRAFICO 4. Estudiantes que han consultado el servicio médico del Colegio Odontológico Colombiano.



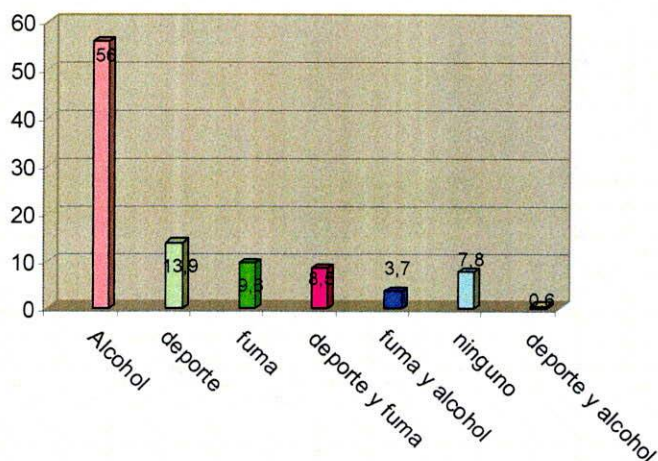
El 88% de los estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano, no ha recurrido al servicio médico de la Universidad, sólo un 10% ha consultado.

GRAFICO No. 5. Servicios necesarios en el Colegio Odontológico Colombiano.



El 79% de los estudiantes consideran necesarios y suficientes los servicios médicos del Colegio Odontológico Colombiano, el 17% considera que éstos no son suficientes.

GRAFICO No. 6. Hábitos reportados por los estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano I período 2007.



DISCUSION

En el estudio adelantado por el Dr. Luís Díaz Soto y colaboradores en 2001, sostienen que: “ Aproximadamente de cada 5 enfermos que sangran por el tubo digestivo alto, 1 ó 2 refieren tener antecedentes de gastritis o duodenitis crónica, hecho que demuestra un epitelio frágil y con tendencia fácil al sangrado, estos pacientes casi siempre no cumplen con las indicaciones de su medico y no abandonan los hábitos tóxicos, cigarrillo, café, alcohol” Los resultados dejan ver como en el Colegio Odontológico Colombiano, los estudiantes manifiestan presentar gastritis, y al mismo tiempo se reporta hábitos como, fumar, ingerir bebidas alcohólicas y alimentarse a deshoras, todos factores que favorecen la gastritis y que acentúan sus síntomas, de hecho se puede llegar a problemas sistémicos más graves producidos por una gastritis mal atendida, también se observa como la mayor parte los estudiantes que presentan ésta enfermedad no tienen tratamiento actualmente.

Según Luís Bello & P. Saavedra, 2003, en su estudio titulado “Evolución de la mortalidad y de los años de vida perdidos prematuramente relacionados con el consumo de alcohol en las Islas Canarias (1980-1998), sostienen que: “El consumo de alcohol se relaciona con una proporción importante de los accidentes de tráfico, laborales y domésticos, que ocasionan un gran número de

discapacidades, la mayoría de ellas en edades muy tempranas. Cada día es más frecuente la asociación entre el consumo de alcohol durante el fin de semana y los accidentes de tráfico". En los resultados obtenidos de ésta investigación se observa como en el Colegio odontológico el hábito de ingerir bebidas alcohólicas es frecuente en todos los semestres, indiscriminadamente del género y la edad de los estudiantes, de hecho las mujeres presentan niveles de consumo de alcohol y cigarrillo igual al de los hombres.

Según los datos citados por la OMS uno de cada dos fumadores morirá de una enfermedad relacionada con el tabaco, que ya mata a más de 4 millones de personas cada año y se calcula que, para 2020 hará lo propio con una media de 8,4 millones de personas. Con éste estudio se observó como los estudiantes de pregrado del Colegio Odontológico Colombiano, presentan de manera alarmante el hábito de fumar, y aunque éste estudio no precisa la cantidad de cigarrillos y el tiempo de ingesta del mismo, es una señal de alarma, pues el hábito de fumar se relaciona con múltiples enfermedades sistémicas y de alta tasa de mortalidad.

En el estudio titulado "Esperanza de Vida Ajustada por asma" adelantado por el Dr. Armando H y Colaboradores en 2002, en el Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascular, sostienen que: El efecto negativo de la morbilidad por asma fue ligeramente mayor en las mujeres que en los hombres, en los tres años estudiados. Según datos de la Comisión Nacional de Asma, la prevalencia de esta entidad es mayor en los hombres hasta los 25 años y a partir de esa edad, el sexo

femenino resulta el más afectado". Sin embargo los resultados del Colegio Odontológico Colombiano, indican que es más frecuente la presencia de ésta enfermedad en la población femenina independientemente de la edad, pero si se encuentra íntimamente relacionada con el hábito de fumar.

Según Daneman Y Gary Rodin, 2001, en el estudio titulado "Trastornos Alimentarios y otras Vulnerabilidades, una fase transitoria", manifiestan que "aproximadamente una de cada cuatro chicas con diabetes tipo 1 manifestará evidencias preocupantes de una alteración del apetito en algún momento de su adolescencia. No se ha encontrado una asociación similar entre los muchachos adolescentes con diabetes. Los datos destacan la magnitud del problema y la necesidad de encontrar estrategias para tratarlo". En los resultados del Colegio Odontológico Colombiano se observa como la presencia de enfermedades como la anemia, son frecuentes en el género femenino y en menor proporción en los hombres, ésta se encuentra asociada al desorden en las comidas y a pesar que solamente una estudiante reportó haber sufrido de trastornos en la alimentación como bulimia, se observó que la comida a deshoras y poco nutritiva si se relacionan con el género, y la presencia de anemia. En éste mismo artículo se expone que: "La asociación de diabetes y desórdenes dietéticos tiene graves consecuencias a corto plazo, entre las que se encuentra un pobre control metabólico, una mayor frecuencia de ingresos hospitalarios y la cetoacidosis diabética, que pone en peligro la supervivencia". Por lo cual es importante diseñar estrategias de contingencia dentro del Colegio Odontológico Colombiano.

Se observó que enfermedades infecto contagiosas y de transmisión sexual son poco frecuentes entre los estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano.

CONCLUSIONES

De las patologías reportadas por los estudiantes la más frecuente fue la gastritis, seguida por la migraña. El mayor porcentaje de estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano pertenece al género femenino. La mayor cantidad de estudiantes reportan ser solteros, no tener hijos, haber iniciado vida sexual y utilizar algún método anticonceptivo.

El 58% de los estudiantes encuestados manifestaron presentar alguna patología de los cuales la mayoría reciben tratamiento. De los estudiantes que manifestaron presentar alguna patología no se observó relación representativa con antecedentes familiares.

El 88, 2% de los estudiantes reportaron no haber acudido al servicio médico de la institución y a su vez manifiestan que el servicio médico no cuenta con los medios necesarios para atender su enfermedad, de hecho la gran mayoría prefiere no remitirse a éste en caso de sufrir un episodio de la enfermedad dentro de las instalaciones.

Los hallazgos de esta investigación señalan dos características importantes de los problemas de salud de los jóvenes estudiantes del COC: la mayoría son

prevenibles y además son multidimensionales, lo que trae como consecuencia la búsqueda de soluciones con un enfoque multidisciplinario y sectorial.

Algunos de los hábitos reportados por los estudiantes como el consumo de alcohol, fumar o ambas y el desorden en la alimentación, pueden tomarse como factores de riesgo para enfermedades de alta incidencia de mortalidad, como las asociadas al deterioro digestivo, y ponen a los estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano dentro del grupo de alto riesgo de mortalidad y morbilidad en la población juvenil.

Se observó que el consumo de alcohol por parte de las mujeres es igual al de los hombres, algunos estudios sugieren que a los 14 años es el promedio en que se inician las adolescentes en el consumo de bebidas alcohólicas

Enfermedades como la migraña y la gastritis se encontraron con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, en general los hombres manifestaron menos reportes de enfermedades, sin embargo el único caso de Papiloma Humano y de sífilis se presentaron en hombres.

En este estudio se observó en menor frecuencia las enfermedades de transmisión sexual pero al consultar con el servicio médico de la institución se reportaron estos casos con mayor incidencia, esto debido a que estas enfermedades por prejuicios sociales no son manifestadas por los estudiantes.

RECOMENDACIONES

Desarrollar plenarias y medios de enseñanza entre los estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano donde se considere la importancia de darles información completa y adecuada de las áreas de nutrición, conductas preventivas del riesgo, sexualidad, enfermedades de transmisión sexual, métodos para regular la fertilidad, lucha contra el hábito del cigarrillo y contra el abuso del alcohol y las drogas.

Mejorar la calidad en el servicio médico que ofrece el Colegio Odontológico en cuanto a equipos, suministros, planes de contingencia, promoción y prevención.

Adelantar estudios epidemiológicos de las enfermedades más frecuentes entre los profesionales de la salud, relacionados con los factores de riesgos a los que éstos son expuestos al entrar en contacto con fluidos corporales y manejo de instrumental cortopunzante.

BIBLIOGRAFIA

La salud en Colombia, diez años de información. Ministerio de Salud, Dirección de Sistemas de Información. Santafé de Bogotá DC, 1994.

Hernández Nieto L, Hernández García MT, Juncá Piera J, Vives-Corróns JL, Martín-Vega C. Enfermedades del sistema eritrocitario: anemias. En: Farreras Valentí P, Rozman C. (Dir.). Medicina Interna. Barcelona: Elsevier; 2004. p. 1644-1669

Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital universitario 12 de Octubre Ed. 5ª Ed. Madrid; 2003

Braverman LE, Utiger RD, editores. Werner & Ingbar's The Thyroid: a fundamental and clinical text. 9ª ed. Philadelphia; 2004.

Biondi B, Palmieri EA, Klain M, Schlumberger M, Filetti S y Lombardi G. Subclinical hyperthyroidism: clinical features and treatment options. Eur J Endocrinol 2005; 152: 1-9.

Ministero de Salud. Programa Ampliado de Inmunizaciones, Informe anual. Santafé de Bogotá DC, 1996.

Ministero de Salud, SIS 12. Base de datos de la Oficina de sistemas de Información. Colombia, 1997

Adamson JW. Anemia and Polycythemia. En: Kaasper DL, Braunwald E (Edit.). Harrison's principles of internal medicine. 16th. ed. New York: McGraw-Hill; 2005. P.329-336.

Grupo de estudio de cefaleas de la Sociedad Española de Neurología. *Actitud diagnóstica y terapéutica en la cefalea. Recomendaciones 1999*. Ergón, 1999

National Institutes of Health (NIH). National Heart, Lung, and Blood Institute. Guidelines for the diagnosis and management of asthma. Expert Panel Report 2. [Internet]. NIH; July 1997. [Acceso 22 de Abril de 2004]. Disponible en: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthgdln.htm>

Burkhart CG. Relationship of Treatment-Resistant Head Lice to the Safety and Efficacy of Pediculicides. Mayo Clin Proc. 2004; 79:661-66.

Benenson A. Manual para el Control de las enfermedades transmisibles. 16^a edición. OPS.

Larsen SA, Norris SJ, Pope V. *Treponema* and other host-associated spirochetes. En: Murray PR, Baron EJ, Pfaller MA, Tenover FC, Tenover RH (eds). Manual of Clinical Microbiology (7^a ed). ASM Press, Washington DC, 1999

LARSEN SA. La sífilis en el momento actual. En: Picazo JJ, Bouza E (eds).
Infección 1999. Servisistem 2000 SL, Bilbao, 1999, pp 177-216.