UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

IDENTIFICACION DE DIAGNOSTICOS SISTEMICOS PRESUNTIVOS ELABORADOS POR LOS ALUMNOS DE SEGUNDO AÑO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
C I R U J A N A D E N T I S T A
P R E S E N T A :
ROSANA ERICA PEREZ MAGAÑA

D I R E C T O R A D E T E S I S :
Q.B.P. REGINA HERRERA NIETO

A S E S O R A D E T E S I S :
M. C. MARTA FOGLIA LOPEZ

FES ZARAGOZA

MÉXICO, D. F. ENERO DEL 2006.

CIRUJANO
DENTISTA

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Gracias Padre por todo lo recibido, por darme la oportunidad de ver realizado éste sueño entre tantos otros.

A MIS PADRES:

Gracias Papás por su amor ante todo, por su apoyo por que siempre tuve una palabra de aliento, por que sin ustedes no lo habría logrado.
Los quiero mucho, que Dios los bendiga siempre.

A MI ESPOSO:

Gracias amor por que tu renovaste la ilusión de continuar y así poder concluir esta meta, por que pude sentirme capaz junto a ti y realizarme gracias a tu apoyo, amor y comprensión. Te amo Ray.

A LA MAESTRA REGINA:

Antes que nada maestra, gracias por toda esa paciencia, confianza, tiempo apoyo, enseñanza y cariño que me brindo, gracias.

A LA DOCTORA MARTA:

Le agradezco toda su ayuda, empeño, cariño, confianza que deposito en mí

A MIS SINODALES: Mtra. María del Pilar Adriano, C.D. Catalina Buenrostro
C.D. Leticia M. Arcos

Gracias por su apoyo por su participación y consejos en este trabajo.

DIOS LOS BENDIGA A TODOS POR SIEMPRE.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.
NOMBRE: Pérez Magaña Rosaura Erika.
FECHA: 18/Agosto/06.
FIRMA:

INDICE

INTRODUCCIÓN..... 2

JUSTIFICACIÓN..... 4

MARCO TEÓRICO..... 5

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... 29

HIPÓTESIS..... 30

OBJETIVOS..... 31

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN..... 32

Tipo de estudio..... 32

Universo de estudio..... 32

Variables..... 33

Operacionalización de variables..... 34

Técnica..... 35

Diseño estadístico..... 36

RECURSOS..... 37

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES..... 37

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES..... 38

RESULTADOS..... 40

CONCLUSIONES..... 53

PROPUESTAS..... 55

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... 57

ANEXOS..... 59

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los pacientes sistémicamente comprometidos necesitan cuidados estomatológicos, es necesario que los Cirujanos Dentistas conozcan la multitud de las alteraciones del estado de salud que pueden comprometer al paciente, estos conocimientos servirán de apoyo para administrar cuidados estomatológicos de alto nivel, lo cual incluye el reconocimiento y comprensión de las patologías que reflejan estados comprometidos, la prevención de los procedimientos y fármacos empleados en la odontología y la elaboración de planes de tratamiento que sean consecuentes con el estado medico del paciente.

Esto recalca la necesidad de un conocimiento aplicable para poder controlar los servicios de cuidados estomatológicos, mientras que se minimizan o se previenen los problemas potenciales, relacionados con la salud general y los tratamientos.

El interés de esta investigación consiste en identificar si los alumnos de segundo año realizan diagnóstico presuntivo de enfermedades sistémicas con o sin repercusión oral en los pacientes atendidos en la clínica, para verificar si los alumnos son capaces de integrar los conocimientos adquiridos a través del módulo de Sistemas de Mantenimiento Regulación y Relación del Organismo Humano (SMRYROH) en la práctica clínica.

La recopilación de datos la realizaremos directamente de las historias clínicas de los pacientes que fueron atendidos en las clínicas Benito Juárez, Reforma y Estado de México, por los alumnos de segundo año de la carrera de Cirujano Dentista.

Se decide hacer la observación en dos grupos poblacionales, sugeridos por su nivel de aprovechamiento escolar alto y bajo, todos regulares en su registro escolar esperando que su nivel de aprovechamiento mostrado, en el año inmediato anterior, no sea una determinante en los resultados actuales, con la finalidad de retroalimentar el programa académico del módulo de Sistemas de Mantenimiento Regulación y Relación del Organismo Humano (SMRYROH), a

través de un estudio de tipo observacional, descriptivo, retrolectivo y transversal.

JUSTIFICACIÓN

Este proyecto de investigación surge por la necesidad de evaluar si los alumnos realizan diagnóstico presuntivo de enfermedades sistémicas, con o sin repercusión bucal, en virtud de que en el módulo SMRYROH al alumno se le capacita para dar cumplimiento a dichas exigencias. Por eso es necesario evaluar si la Clínica Estomatológica Integral II lo lleva a la práctica en los escenarios reales[1].

Para esto recurriremos a la revisión de historias clínicas elaboradas por los alumnos que cursan el módulo de SMRYROH, revisados y aprobados por su profesor de clínica. Decidiendo hacer la observación en los grupos poblacionales, sugeridos por su nivel de aprovechamiento escolar alto y bajo, todos regulares en su registro escolar, con la finalidad de que su nivel de aprovechamiento mostrado, en el año inmediato anterior, no sea una determinante en los resultados actuales[2].

MARCO TEÓRICO

En el módulo de sistemas de Mantenimiento Regulación y Relación del Organismo Humano ((SMRYROH)) proporciona al alumno los elementos necesarios para elaborar el diagnóstico presuntivo, prevención y tratamiento integral de los trastornos sistémicos en la población infantil y adolescente que por su frecuencia e importancia de sus manifestaciones en el sistema estomatognático y sus implicaciones en el tratamiento odontológico modifican su manejo y la actitud del odontólogo durante la concreción de su práctica profesional.

En este módulo se estudian y analizan las características anatómicas macro y microscópicamente, clínicas y fisiológicas de los sistemas del organismo, así como la fisiopatología y los elementos para el diagnóstico y tratamiento preventivo, curativo y rehabilitatorio de los trastornos de salud general en la población.

Para hacer posible la formación del alumno fue necesario elaborar un plan de estudio de la carrera de Cirujano Dentista, en la FES Zaragoza, en el cual se tomó como punto de partida al proceso salud-enfermedad del sistema estomatognático.

El proceso salud-enfermedad determinado por el contexto social tiene una relación reciproca de modificación y determinación con el mercado de trabajo, el cual influye en la producción y organización de los servicios.

El desarrollo científico técnico de la profesión, determinado por el contexto social, está relacionado con la producción de conocimiento y determina el tipo de investigación operacional que pueden desarrollar los alumnos durante su formación profesional, estableciéndose así una influencia reciproca entre la formación de recursos humanos, el tipo de práctica profesional y la producción de conocimientos con el desarrollo científico y técnico de la profesión.

El contexto social que determina las características del proceso salud-enfermedad del sistema estomatognático influye en el tipo de práctica profesional, que en la dimensión de la formación de recursos humanos se aborda con enfoque multidisciplinario e influye en la producción de conocimientos y la organización de los servicios.

La carrera de Cirujano Dentista ofrece varias salidas terminales, la licenciatura de Cirujano Dentista y el técnico, enfocado a la capacitación de personal auxiliar, tales como, asistentes e higienistas dentales, promotores de salud y técnicos en laboratorio dental; de acuerdo a éste modelo, los Cirujanos Dentistas están capacitados para participar en la atención integral del individuo y la comunidad, por lo que los problemas de salud deben ser abordados con un enfoque multidisciplinario, esta formación se basa en el desarrollo de investigaciones operacionales en las áreas Biológica, Clínico experimental, Administrativo y Estadístico, para el diagnóstico de problemas de salud del sistema estomatognático a nivel individual y colectivo; para la prevención y atención integral que los alumnos ofrecen a los diferentes grupos poblacionales según el eje de referencia; en los cuales el primer eje de referencia está representado por niños y adolescentes, el segundo eje lo representan los adultos y la mujer gestante, y el tercer eje formado por el adulto mayor. En grado de complejidad creciente, esta metodología se toma como base para el diseño de programas de salud y para la planeación y participación en modelos de servicios alternativos, los cuales repercute en la producción de conocimientos y en última instancia en el desarrollo científico de la profesión.

El sistema de enseñanza se debe emplear con eficacia para transmitir dichos conocimientos y llevarlos a la práctica, por lo que es de suma importancia considerar dentro de los contenidos el aprendizaje de los conceptos que van a estar presentes y ligados a la clínica integral, como escenario donde se articulan los conocimientos aportados por las áreas Biológica, Clínica y Social en la solución a los problemas de salud.

En este lugar los estudiantes ponen en práctica el diseño de planes de tratamiento y programas de atención odontológica, con un enfoque de prevención integral, en la que se considera a los pacientes como unidades bio-psico-sociales para que el proceso salud-enfermedad del sistema estomatognático sea analizado con un criterio de totalidad, con relación del resto de las estructuras y sistemas orgánicos[3].

La odontología aspira a un mayor perfeccionamiento en el diagnóstico y tratamiento, no debe perderse de vista que el odontólogo atiende a pacientes que tienen dientes, los han perdido o presentan manifestaciones bucales de enfermedades orgánicas o sistémicas, o poseen afecciones específicas de los tejidos de la cavidad bucal[4].

De acuerdo a los datos con los que cuenta el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) hasta 1995 los porcentajes de pacientes que reportan compromiso sistémico son los siguientes:

Diabetes mellitus	14.6%
Enfermedades isquémicas del corazón	10.7%
Cirrosis y enfermedades crónicas del hígado	7.9%[5]

Por lo que la capacitación del profesional para la práctica cotidiana de la Odontología debe de incluir el conocimiento e identificación de enfermedades sistémicas, así como sus signos y síntomas, ya que debemos ver al ser humano en forma integral y no por separada la cavidad bucal con el resto del organismo, ya que de esta manera se es capaz de apreciar los riesgos odontológicos relacionados con el tratamiento previsto, y no de modificar éste en función de los signos y síntomas que se presenten en el ejercicio odontológico.

También es cierto que un gran número de estudiantes y profesionales de la odontología desconocen los aspectos básicos de estas condiciones, desde el punto de vista de la fisiología, del manejo odontológico, y los riesgos y precauciones a considerar en la atención de dichos pacientes, lo cual puede conducir a una situación de alto riesgo, como por ejemplo al manejar un paciente bajo un estado anémico puede originar complicaciones tanto reparativas como infecciosas, al no existir solo un número reducido de causas que produzcan anemia, el diagnóstico y tratamiento de la causa determinante debe definirse, la remisión con el medico debe ser pronta y el tratamiento de las causas deben seguirse de cerca[6].

José A. Pujana (2000) menciona que para tener éxito en cualquier tratamiento dental es indispensable establecer un diagnóstico correcto de la afección presente en los dientes o sus estructuras de soporte[7].

La obtención del diagnóstico constituye la identificación de la enfermedad, por medio de los signos y síntomas que la alteración ha producido en el individuo los cuales deben ser detectados por el dentista, ahora bien esos signos y síntomas solo se entienden y se interpretan correctamente si se conoce la anatomía patológica para correlacionar los datos con los cambios patológicos. [8]

Según los últimos informes de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), de las quejas recibidas en el año 2003 se reporta que el ejercicio integral de la profesión, en cualquiera de las áreas de la odontología es de preocuparse, por lo que un porcentaje superior al 50% es atribuible a diagnósticos deficientes, y en los estudios estadísticos realizados por López Cámara y Lara con odontólogos de la ciudad de México, en el año de 1986 el diagnóstico odontológico ocupaba el 24 lugar dentro de las 25 actividades que realizaba el grupo de dentistas estudiado.

De acuerdo a estas estadísticas, existe un significado menosprecio por la elaboración de un diagnostico adecuado, más preocupante es el hecho de que esta condición a prevalecido durante los últimos 18 años en nuestros pacientes, mismos que perciben que esta condición como un problema de falta de interés o negligencia en la planeación de sus tratamientos[9].

La historia clínica es un documento medico legal, cuyas aplicaciones son numerosas y básicas para la investigación fundamental en epidemiología y tiene una importancia tanto médica como legal, es el punto de partida del razonamiento médico, pues cada dato que se capta da lugar a interferencias que generan hipótesis, con modalidades de ratificación o de rectificación[10].

La historia clínica es una narración escrita, clara, precisa, detallada y ordenada de todos los datos y conocimientos remotos y actuales, personales y familiares, relacionados con el paciente está compuesta por dos partes fundamentales que son la anamnesis y el examen físico, comprende de una entrevista (anamnesis), el examen clínico, pruebas complementarias, síntesis, conclusiones en el diagnóstico, pronóstico y su consecuencia inmediata, la actitud y precisión terapéutica.

La semiología-sintomatología (signos y síntomas) ha sido considerada "la gramática de la medicina-odontología. El odontólogo debe recordar que si bien es cierto que en la práctica odontológica se presentan pocas entidades nosológicas generales que deba tratar en forma directa, el paciente puede ser portador de varias patologías que una vez volcadas en la historia clínica deben ser valoradas dentro del tratamiento odontológico.

Si el odontólogo desconociera las grandes líneas de la patología médica y muy especialmente sus síntomas (semiología), se encontraría perdido frente a un enfermo que relata patologías con implicancia en el área bucal.

La practica de la odontología ejercida con ética, eficiencia y honradez no debe separar la cavidad bucal del resto del organismo. Para ello debe adquirir conocimientos básicos de la medicina general por que, en definitiva, la odontología comprende la medicina interna de la cavidad bucal y sus estructuras conexas. Si nos aferramos a este concepto, es imperioso que los estudiantes de la carrera de odontología al igual que los egresados conozcan y profundicen los procesos básicos que determinan las enfermedades y el tratamiento odontológico afectara o será afectado por el padecimiento del paciente. Es indudable que no se espera que el odontólogo realice un diagnostico definitivo de las distintas patologías e indique apreciar los riesgos

médicos relacionados con el tratamiento previsto y de modificar este en función de signos y síntomas.

La anamnesis es el principal medio del odontólogo para establecer una relación terapéutica con el paciente, la mayor parte de contacto con el paciente ocurre durante la entrevista, por lo que el odontólogo debe de hacer uso de la semiología que es la rama de la ciencia médica que enseña la técnica correcta para realizar la anamnesis.

La anamnesis son los datos proporcionados por el paciente sobre su ambiente y el comienzo de la enfermedad hasta el momento en que comienza la exploración[11].

El autor del libro de semiología, el señor Nicolosi (2000). Dice que la anamnesis es el conjunto de datos o la información que aporta el interrogatorio. Es la forma con la que se inicia la relación profesional-enfermo, con este se comprende las características del paciente, su sensibilidad y su nivel de comprensión para establecer la empatía necesaria con el fin de mejorar la calidad de atención[12].

En caso de no cumplir con este requisito al llenar la historia clínica, no obtendremos la información necesaria para poder llegar a un diagnóstico tan importante como es el sistémico adecuado y al no tener un diagnóstico certero, no podremos elaborar un plan de tratamiento odontológico adecuado para nuestro paciente.

En la Norma Oficial Mexicana NOM-013 SSA2-1994. Para la prevención y control de enfermedades bucales publicada el 6 de enero de 1995. Se destaca que la aplicación de esta norma oficial mexicana de prevención y control de enfermedades bucales se pretende optimizar y actualizar los servicios odontológicos del país, elevar la calidad y equidad de los mismos con énfasis, en la prevención, la disminución de costos y la deducción de la mayor medida posible y de los problemas derivados de la mala práctica.

La cual se aplica en los siguientes artículos:

5.0 Tratamiento.

5.2 en caso de aceptar el plan de tratamiento propuesto por el cirujano dentista, éste debe ser firmado por el paciente o por algún familiar, tutor ó representante legal. En pacientes menores de edad o personas discapacitadas se debe incluir en el expediente clínico del paciente.

5.3 El estomatólogo debe comunicar al paciente sus obligaciones respecto a las indicaciones, fechas de citas durante y después del tratamiento.

5.4 El estomatólogo es el único responsable y autorizado para realizar diagnostico, pronostico, plan de tratamiento, rehabilitación y control de las alteraciones bucales.

5.5 Todos los pacientes deben considerarse como potencialmente infecciosos sin excepción.

5.6 Se debe evitar la transmisión de microorganismos de una persona a otra,

de paciente a paciente, del profesional de la salud al paciente y del paciente al profesional.

5.7 El expediente clínico es de carácter legal y confidencial, debe estar bajo la custodia del estomatólogo ó de la institución en caso. El manejo del expediente clínico se sujetará a lo dispuesto en la normatividad aplicable.

5.8 El estomatólogo y el personal auxiliar debe capacitarse en el manejo de las maniobras básicas de reanimación cardiopulmonar, así como contar con un botiquín que incluya lo necesario para el control de las urgencias médicas que puedan presentarse en el ejercicio odontológico.

8 Diagnóstico

8.1 El diagnóstico de las enfermedades bucales debe establecerse mediante la aplicación del método epidemiológico, el método clínico y sus auxiliares diagnósticos cuando se juzguen necesarios.

8.1.2 El diagnóstico, la concentración y el reporte de las patologías estomatológicas, debe efectuarse conforme a la clasificación internacional de enfermedades (OMS) vigente. 8.3 Diagnóstico Clínico.

8.3.1 El diagnóstico clínico debe incluir los siguientes aspectos:

a).- ficha de identificación.

b).- interrogatorio (antecedentes personales, patológicos y no patológicos, así como heredo familiares).

c).- padecimiento actual.

d).- exploración visual manual e instrumentada del aparato estomatognático en su conjunto.

e).- exploración, inspección, palpación, percusión, sondaje, movilidad, y transiluminación de órgano dentario; así como la valoración de signos y síntomas clínicos en la entidad patológica según sea el caso.

F).- auxiliares de diagnóstico, como estudios de gabinete y de laboratorio de acuerdo con las necesidades del caso.

8.3.2 Los datos recabados durante el diagnóstico clínico deben quedar registrados en la historia clínica del paciente con la firma del estomatólogo responsable de la elaboración.

8.3.3 La historia clínica debe actualizarse por medio de las notas de evolución

8.3.4 El expediente clínico debe contar como mínimo con los siguientes documentos:

a).- historia clínica que contenga historia personal y familiar de antecedentes patológicos y no patológicos

b).- padecimiento actual

c).- odontograma

d).- diagnóstico y tratamiento

e).- informes de estudios de gabinete y laboratorio en caso de que se requieran.

NOM-013-SSA2-1995, PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES BUCALES.

Numerales 5.1-5.10 y 8-8.3.4[13].

El tratamiento dental de los pacientes comprometidos desde el punto de vista médico tiene cada vez más importancia en el mantenimiento de la salud oral. Una de las razones más importantes de la expansión del grupo de ciudadanos ancianos; sólo en América representan alrededor del 14% los americanos mayores de 65 años, un porcentaje que se espera que crezca hasta el 20% poco después del año 2000. Con el aumento de la longevidad se producirá un aumento de las enfermedades y discapacidades que implicarán mayores responsabilidades en el mantenimiento de la salud. Se verá un aumento en el empleo de las técnicas y abordajes diagnósticos, medidas preventivas y medicinas. De hecho, se producirá un crecimiento en el número de personas que soliciten cuidados orales, dando lugar a una expansión concomitante de pacientes que presentan ciertos riesgos que influyen en las enfermedades dentales-orales y en su tratamiento.

Muchas enfermedades impactan sobre los servicios de salud oral, tres enfermedades que frecuentemente afectan al cuidado dental-oral, son la diabetes, el mayor asesino en nuestro país, y afecta a más de 15 millones de americanos, la enfermedad cardiovascular, y la desnutrición. La lista podría engrosarse, pues muchas enfermedades y trastornos se deben tratar con fármacos que afectan a la salud dental-oral, así como los procedimientos dentales y a las medidas preventivas. Esto recalca la necesidad de un conocimiento aplicable para poder controlar los servicios de cuidados orodentales, mientras que se minimizan o se previenen los problemas potenciales relacionados con la salud general y los tratamientos en curso.

Las interrelaciones entre la salud oral y general afectan a la mayoría de los sistemas orgánicos. Para hacer frente a estos problemas se necesita el acceso a una información veraz y actual. Un ejemplo dramático de la interacción

médico-dental se relaciona con las epidemias infecciosas que afectan tanto a personas jóvenes como a mayores. Esto incluye la infección por VIH, Hepatitis, Tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual y otras muchas infecciones bacterianas, víricas y fúngicas. El estado inducido de inmunosupresión aumenta la frecuencia y gravedad de enfermedades y trastornos nuevos como ya establecidos. Para afrontar este reto se requiere una información actualizada y así conseguir unos servicios de cuidados dentales óptimos, efectivos, que beneficien a los pacientes y que mantienen los efectos secundarios.

Como la mayoría de los pacientes médicamente comprometidos necesitan o solicitan cuidados dentales, es necesario que los profesionales dentales conozcan la multitud de los estados dentales que pueden comprometer al paciente, estos conocimientos servirán de apoyo para administrar cuidados orodentales de alto nivel, lo cual incluye el reconocimiento y comprensión de las patologías que reflejen estados comprometidos, la prevención de efectos adversos de los procedimientos y fármacos empleados en la odontología y la formulación de planes de tratamiento que sean consecuentes con el estado medico del paciente.

El tratamiento del paciente comprometido es una tarea compleja de la odontología.

Estas personas necesitan odontólogos con cierta pericia y con conocimientos de muchas enfermedades y entidades medicas; unos buenos antecedentes en el reconocimiento de manifestaciones orales y en la detección de enfermedades sistémicas; experiencia en los procedimientos de diagnóstico; familiaridad con la farmacopea y capacidad para valorar la importancia de los antecedentes, los signos y síntomas que se presentan antes, durante y después de los procedimientos dentales. Por tanto, es evidente que la utilidad de esta investigación es servir como referencia a todos los niveles de la odontología, desde el estudiante hasta el odontólogo en activo.

El cuidado del paciente médicamente comprometido suele ser complicado, necesitando la participación de especialistas en la materia. Sin embargo, su

incidencia es tan frecuente que los odontólogos y los estudiantes deben saber como reconocer y prevenir los problemas asociados al tratamiento dental y a emplear las consultas y remisiones a especialistas en la materia adecuada[14].

Aunque el objetivo principal de la actividad clínica es el tratamiento de los pacientes comprometido durante los procedimientos dentales, la historia clínica incluye con acierto las causas, el tratamiento médico, la fisiopatología el pronóstico de las distintas enfermedades. En su formato actual, sirve tanto como una referencia rápida como una fuente bien documentada para esta interrelación crítica entre la medicina y la odontología. Su manejo adecuado será de ayuda para asegurar un buen tratamiento y reducir la frecuencia de aparición de reacciones adversas, que tienen más riesgo de padecer los pacientes comprometidos[15].

Los signos vitales son: pulso, presión o tensión arterial, temperatura y frecuencia respiratoria.

En clínica se les llama signos vitales por que cualquiera de ellos representa la evidencia de una función vital, cuya desviación en más o en menos da lugar a una urgencia médica.

El sujeto normal debe tener sus signos vitales acordes con sexo, edad, constitución, periodo de reposo o actividad y estado de salud, Las urgencias médicas se expresan por deterioro de los signos vitales, cuando éstos quedan fuera de la norma, sea por aumento o por disminución del rango considerado normal para su condición clínica.

Pulso. Es la expansión rítmica de una arteria, producida por el paso de la sangre bombeada por el corazón. El pulso se controla para determinar el funcionamiento del corazón. El pulso sufre modificaciones cuando el volúmen de sangre bombeada por el corazón disminuye o cuando hay cambios en la elasticidad de las arterias; tomar el pulso es un método rápido y sencillo para valorar el estado de salud en una persona[11].

Cifras normales del pulso.

El pulso normal varía a diferentes factores; el más importante es la edad.

Niños de meses. 130 a 140 por minuto.

Niños: 80 a 100 pulsaciones por minuto.

Adultos: 72 a 80 pulsaciones por minuto.

Ancianos: 60 o menos pulsaciones por minuto.[17]

Técnica para obtener datos:

Es habitual que el pulso se investigue palpando la arteria radial, aunque en ocasiones el cirujano dentista lo puede palpar en la carótida primitiva, en la arteria temporal o en la arteria facial.

La palpación del pulso periférico se hace siempre presionando la arteria que se ha escogido contra un plano profundo, de preferencia óseo, sobre el que se pueda oprimir la arteria.

Para palpar la arteria radial se colocan tres o más dedos a lo largo de la arteria en la cara anterior de la porción distal del antebrazo, cerca de su borde externo.

Se aseguran los dedos de la mano que se ha escogido para tomar el pulso con la mano izquierda del explorador, para evitar los movimientos de los dedos y confundirlos con el pulso. Se colocan tres o cuatro dedos sobre la arteria radial y se cuentan las pulsaciones. Se observa si el latido es amplio o débil, si es regular o rítmico, y se cuentan las pulsaciones por minuto.

Para palpar la arteria carótida primitiva, coloque tres dedos por dentro del borde interno del músculo esternocleidomastoideo, oprimiendo la arteria carótida contra la apófisis transversa de las vértebras cervicales.

Aplicación clínica:

El pulso rápido (taquisfigmia) se produce en los casos de aumento de las demandas metabólicas. La taquisfigmia es normal cuando las catecolaminas (adrenalina, noradrenalina y dopamina) aumentan con el ejercicio, con las emociones o en el feocromocitomas. La fiebre eleva los latidos a más o menos

10 latidos cada medio grado centígrado. La frecuencia del pulso también aumenta con el cigarrillo o el café.

La taquisfigmia es el primer signo de insuficiencia cardiaca congestiva. El choque hiopovolémico se caracteriza por la taquisfigmia y pulso filiforme, apenas palpable. El pulso pequeño o depresible indica excesiva resistencia al flujo sanguíneo o escasa eyección ventricular.

La resistencia puede estar aumentada a nivel del corazón, como en el derrame pericárdico o en la estenosis de la válvula mitral. En estas circunstancias, la resistencia se opone a la eyección del volumen sistólico y aparece taquisfigmia compensatoria. La insuficiencia cardiaca origina reducción primaria del volumen sistólico, que origina un cuadro similar.

El pulso lento recibe el nombre de bradisfigmia. La bradisfigmia, de cualquier tipo, exige gran volumen sistólico, y por ende un pulso amplio. Se observa en hipotiroidismo, bloqueo AV o en atletas[18].

Respiración. Función en virtud de la cual se absorben del exterior gases necesarios para el sostenimiento de la vida y se eliminan los gases nocivos. La respiración pulmonar comprende dos fases o movimientos: inspiración y expiración.

Cifras normales de la respiración. Hay factores que hacen variar el número de respiraciones, entre ellas:

El ejercicio; la actividad muscular produce un aumento temporal de la frecuencia respiratoria.

La hemorragia; aumenta la respiración.

La edad; a medida que se desarrolla la persona la frecuencia respiratoria tiende a disminuir.

En la mujer la frecuencia respiratoria tiende a ser más rapida que en el hombre[22].

Las cifras normales son:

Niños de meses: 30 a 40 respiraciones x minuto.

Niños hasta seis años: 26 a 30 respiraciones x minuto

Adultos: 16 a 20 respiraciones x minuto.

Ancianos: menos de 16 respiraciones x minuto.

Técnica para obtener datos:

Basta con observar al paciente sin que él lo note y medir durante todo un minuto, los movimientos respiratorios. Estos movimientos o fases son dos: uno activo, la inspiración; y otro pasivo, la espiración. A estos movimientos se les estudia frecuencia, profundidad y ritmo, y el esfuerzo que se hace para llevarlos a cabo.

Inspiración. Durante la respiración normal y en reposo la inspiración es un proceso activo pero la espiración es pasiva. En otras palabras, los músculos inspiratorios desvían al pulmón y a la pared torácica de su posición de equilibrio y las propiedades elásticas del sistema los vuelven a su posición de reposo durante la espiración. El músculo inspiratorio más importante es el diafragma, delgada lámina musculosa en forma de cúpula que se inserta en las costillas inferiores, el esternón y la columna vertebral. Al contraerse el diafragma ocurren dos cosas, primero, el contenido abdominal se desplaza hacia abajo y el diámetro vertical de la caja torácica aumenta. Segundo, los bordes de las costillas se levantan y se desplazan hacia fuera.

Otro grupo de músculos inspiratorios que le sigue en importancia es el de los intercostales externos. Su trayectoria es hacia abajo y hacia delante entre las costillas adyacentes. Cuando se contraen, su acortamiento eleva las costillas y, en consecuencia, aumenta el diámetro anteroposterior del tórax por el ángulo inclinado hacia abajo que forman las costillas.

El grado de movilidad de una costilla cuando los músculos intercostales externos se contraen depende de la estabilidad o fijación relativas de las costillas adyacentes. Las superiores están sostenidas por la cintura escapular

y, como consecuencia la contracción de los músculos tiende a elevar toda la caja torácica.

El último de los músculos inspiratorios son los denominados músculos accesorios de la inspiración. Llevan ese nombre por que durante la respiración en reposo normal funcionan poco o nada, pero el ejercicio o las maniobras respiratorias forzadas recontraen con energía. Comprenden los músculos escalenos del cuello que elevan las dos primeras costillas, los esternocleidomastoideos que se insertan en la parte superior del esternón.

Otros músculos que intervienen a veces son los de las alas de la nariz que producen aleteo nasal y los pequeños músculos de la cabeza y el cuello.

Espiración. La espiración se cumple de manera pasiva durante la respiración en reposo. Sin embargo, durante el ejercicio y los movimientos respiratorios forzados los músculos espiratorios se contraen. Los más importantes son los de la pared abdominal. Al contraerse aumenta la presión intraabdominal y el diafragma se eleva dentro del tórax reduciendo su volumen. Los músculos abdominales comprenden a los rectos del abdomen, oblicuos mayores y menores y transverso del abdomen. Además estos músculos se contraen con mucha energía durante la tos, el vómito y la defecación. Otros músculos espiratorios son los intercostales internos. Su acción se opone a la de los intercostales externos de manera que a medida que se acortan, las costillas son desplazadas hacia abajo, hacia atrás y hacia adentro, reduciendo de tal modo las dimensiones anteroposterior y laterales de la caja torácica[21].

-Frecuencia. Es la cantidad de ciclos respiratorios por minuto.

-Profundidad. Es el desplazamiento, en centímetros, de los diámetros del tórax (tanto vertical como anteroposterior y transversal).

-Ritmo. Se refiere al tiempo o distribución periódica que media entre los intervalos de los movimientos. Si estos intervalos son idénticos la respiración es rítmica; de lo contrario, si es irregular la respiración es arrítmica.

-Esfuerzo. Como los movimientos respiratorios se llevan a cabo de manera inconsciente y sin esfuerzo, cuando existe dificultad para respirar se toman conscientes, y se les llama disnea.

Aplicación clínica:

La frecuencia y el volumen respiratorios aumenta con la mayor demanda de O_2 o si se necesita eliminar anhídrido carbónico (CO_2). Esto ocurre cuando los pulmones deben corregir una acidosis metabólica. La pérdida de bicarbonato en la sangre arterial exige la eliminación del exceso de anhídrido carbónico para normalizar el pH de la sangre. La cetoacidosis diabética, la lactacidosis y la insuficiencia renal se asocian a gran cantidad de aniones que consumen reguladores del pH, como el bicarbonato.El mecanismo compensador de una respiración rápida, profunda y sin pausas, o respiración de Kussmaul. La anemia acentuada ocasiona hiperventilación.

Esto mismo ocurre en la incapacidad de la hemoglobina para aceptar O_2, como en la metahemoglobulinemia de los intoxicados por monóxido de carbono; en las enfermedades pulmonares, como neumonía, enfisema, fibrosis intersticial o asma; en la obstrucción branquial por secreciones o tapones de moco.

En la disnea cardiaca, la causa es más sutil y se explica por aumento de la presión venosa pulmonar, que origina insuficiencia cardiaca congestiva y transmite la presión ventricular elevada al final de la diástole, hacia la aurícula izquierda, y por tanto a la del lecho pulmonar, y trasuda líquido a los pulmones (edema pulmonar) disminuyendo la capacidad de intercambio gaseoso en los alvéolos.

La hipoventilación se manifiesta tanto por disminución de la frecuencia como de la profundidad, que resulta de factores que hacen descender la sensibilidad de los centros nerviosos medulares debido a fármacos o a retención de CO_2. Los casos más graves son los derivados de la hipoventilación en pacientes crónicos con retención de CO_2 (hipercapnia) debida a enfermedades pulmonares intrínsecas. Se acompañan de letargia, jaqueca, desorientación y por último de coma; se les denomina narcosis por CO_2.

También ocurre hipoventilación por abuso de drogas o lesiones del sistema nervioso central. La respiración periódica, esto es, con ciclos respiratorios inicialmente poco profundos que aumentan poco a poco de profundidad hasta llegar a un clímax, para luego descender, presentar apnea y repetir este ciclo, se llama respiración de Cheyne-Stokes[20].

Tensión arterial.

-Presión, en mecánica significa, fuerza por unidad en superficie que ejerce un líquido o un gas perpendicularmente a dicha superficie.

-Tensión, estado de lo que está estirando.

-Presión arterial, a la fuerza hidrostática de la sangre sobre las paredes arteriales, que resulta del bombeo del corazón, volumen sanguíneo, resistencia de las arterias al flujo y diámetro del lecho arterial.

-Tensión arterial se denomina entonces, a la fuerza que ejerce la pared de la arteria sobre la sangre.

La tensión arterial es un signo de diagnóstico importante, en especial de la función circulatoria. Debido a que el corazón puede impulsar hacia las grandes arterias un volumen de sangre mayor que el que las pequeñas arteriolas y capilares pueden absorber, la presión retrógrada resultante se ejerce contra las arterias. Cualquier trastorno que dilate o contraiga los vasos sanguíneos, o afecte a su elasticidad, o cualquier enfermedad cardiaca que interfiera con la función de bombeo del corazón, afecta a la presión sanguínea.

La presión arterial (TA) está determinada por factores como:

1) El gasto cardiaco: entendido como la fuerza que el ventrículo izquierdo del corazón impulsa la sangre hacia la arteria aorta y la relación que dicha fuerza tiene con el volumen de sangre arrojado durante la sístole ventricular (volumen sistólico).

2) La resistencia que ofrecen las arterias al paso de la sangre determinada por la viscosidad sanguínea y fundamentalmente por las modificaciones del calibre de los vasos.

En condiciones normales la presión arterial ejercida por la sangre al pasar del ventrículo izquierdo a la arteria aorta (presión arterial sistólica) en un adulto joven alcanza un valor máximo de 120 mm de Hg (milímetros de mercurio), y cae a un valor mínimo de 80 mm Hg (presión arterial diastólica).

La tensión arterial se mide en milímetros de mercurio (mmHg), ya que durante muchos años se ha utilizado el manómetro de mercurio como referencia estándar para su medición, por lo tanto la unidad estándar se reporta en mm Hg. Las cifras de tensión arterial varían durante las diferentes etapas de la vida, como se muestra en el cuadro siguiente.

EDAD	PRESIÓN ARTERIAL
6 Meses	70/60 mm/Hg.
1 Año	75/60 mm/Hg.
6 Años	100/75 mm/Hg.
10 Años	110/75 mm/Hg.
15 a 30 Años	120/80 mm/Hg.
40 a 50 Años	130/85 mm/Hg.
51 a 60 Años	Hasta 135/90 mm/Hg.
Más de 60 Años	Hasta 140/90 mm/Hg.[18]

Cualquier elevación de la presión arterial resulta de un alto flujo de sangre (volumen cardiaco/minuto) y elevada resistencia periférica, o de bajo flujo de sangre y mínima resistencia periférica en caso de hipotensión arterial. Debido a que la circulación sirve como transporte de masa y energía, cuanto más grande sea la relación flujo: resistencia, se cubrirán mejor las necesidades biológicas básicas, lo cual proporciona un aporte eficaz de sangre al cerebro y al corazón contra la fuerza de gravedad en el sujeto de pie.

La presión arterial es originada por la fuerza eyectora del ventrículo izquierdo, mantenida por la elasticidad de las arterias y regulada por la resistencia periférica de los capilares. Estos tres factores están en relación con sistema vascular, pero hay otros dos factores que se refieren a la sangre, a la masa que se mueve por los vasos, que son el volumen sanguíneo o volemía, y la viscosidad sanguínea.

La presión arterial es resultado en parte del equilibrio del líquido ingerido, contrarrestada por la excreción de líquidos por el riñón, lo que determina el volumen cardiaco por minuto y la resistencia periférica. Esta regulación renal requiere varios días, pero existen reguladores rápidos que ajustan minuto a minuto la presión arterial, como los barorreceptores que activan reflejos en el corazón, aorta y senos carotídeos, el sistema renina-angiotensina-aldosterona del riñón y las glándulas suprarrenales.

La presión máxima durante la contracción ventricular se llama sistólica y la presión mínima, durante el llenado ventricular, se denomina diastólica y se mide en milímetros de mercurio (mmHg) o Torr.

La presión arterial se puede medir de varias maneras, pero en clínica se realiza con un aparato llamado esfigmomanómetro, usando además un estetoscopio. Existen dos tipos básicos de esfigmomanómetros: el de mercurio que consta de un recipiente lleno de este elemento, conectado a una bolsa de hule, dentro de una funda de tejido inextensible y resistente. De la bolsa salen dos tubos de hule uno de los cuales esta conectado a una perilla insufladota, con válvula de admisión que al cerrarla solo admite inflar la bolsa y al abrirla la desinfla. La función de la bolsa es solo apretar el brazo y con esto inhibir el paso de la sangre arterial. El otro tubo está conectado a un manómetro de mercurio que consiste en un recipiente o cubeta de mercurio conectado a un tubo de vidrio (de unos 30 cm. De largo), graduado en milímetros o Torr, cuya función es medir la presión de la sangre.

Técnica para obtener datos:

1. La bolsa de hule y su vendaje se colocan en el brazo como a dos o tres centímetros por arriba de la fosa antecubital o pliegue del codo, se

venda lo mas apretado posible. Frecuentemente los manguillos tienen una marca que debe coincidir con el sitio donde se palpa la arteria humeral.

*Antes de colocar el manguito, verificar si es de tamaño adecuado para el brazo. Muchos manguitos modernos tienen indicadores de tamaño.

-Tamaño grande para adulto: se emplea en brazos de personas obesas.

-Tamaño adulto normal: es el más usado.

-Manguito pediátrico: para brazos muy delgados[25].

2. Se fija el manómetro aneroide en el borde proximal de la bolsa o en el borde de la manga del paciente.

3. Si el manómetro es de mercurio, se coloca en una mesa o en la pared.

4. Se palpa la arteria humeral contra los planos profundos, si no se localiza la arteria, se divide mentalmente el ancho del antebrazo en tercios y se coloca el estetoscopio donde el tercio medio se une al tercio interno, y en ese punto se pone el tambor o campana del estetoscopio buscando un buen contacto con la piel. Se colocan en los oídos las olivas del estetoscopio y se ajustan en forma conveniente.

5. se empieza a inflar la bolsa con la válvula de la perilla cerrada hasta que la columna de mercurio o la aguja de la carátula marquen doscientos o mas milímetros.

6. Posteriormente se abre la válvula y se hace descender el mercurio o la aguja lentamente y se espera el primer soplo del pulso (ruido) con el estetoscopio; al oírlo se anota como presión máxima o sistólica; se mantiene la válvula abierta, desinflando la bolsa lentamente para que baje el mercurio o la aguja; los ruidos que se escuchan se van acrecentando primero y decreciendo después hasta que se dejan de oír.

7. En este momento se anota la presión mínima o diastólica, se abre la válvula y se vacía la bolsa por completo

8. Toda esta maniobra deberá hacerse en un minuto o un poca mas; si se prolonga la maniobra, la presión de la bolsa ocasiona molestias innecesarias al paciente[20].

Hipertensión. El hecho de que aproximadamente el 75% de todos los casos de hipertensión se clasifiquen como esenciales es quizá la expresión de nuestras carencias actuales para efectuar un diagnóstico certero. Dado que los casos restantes de hipertensión son enfermedades orgánicas claramente definibles y en parte quirúrgicamente curables, que justifica realizar en toda enfermedad hipertensiva un diagnóstico adecuado.

Luego de la comprobación de una hipertensión debe recabarse cuidadosamente la historia previa del paciente para obtener datos acerca de la génesis de las enfermedades. Por eso debe investigarse la presencia de enfermedades hipertensivas, apoplejía e infarto cardiaco en la familia, especialmente en los padres. Enfermedades anteriores de riñones y vías urinarias hacen verosímil una hipertensión nefrógena y traumatismos craneanos, una hipertensión neurógena, que es muy rara. La verosimilitud de una hipertensión cardiovascular o endocrina resulta más fácilmente como consecuencia del examen clínico inmediato que de la anamnesis.

También debe investigarse a propósito del suministro regular de medicamentos que pueden producir hipertensiones que en la mayoría de los casos desaparecen cuando se suspende la medicación. A este respecto deben mencionarse en primer lugar derivados de la adrenalina y demás simpaticomiméticos o bien vasoconstrictores que se utilizan para tratar estados de hipotensión, así como preparados de lóbulo posterior de la hipófisis. A ello se agregan reductores del apetito con acción simpaticomimética, psicoanalépticos, preparados de tiroides, gluco y mineralovcorticoides, derivados del orozuz como por ejemplo biogastrone, que inician un hiperaldosterismo, sustancias que retienen sodio, por ejemplo fenilbutazona; inhibidores de la monoaminooxidasa y quizá también inhibidores de la ovulación.

El paciente con presión alta debe ser interrogado también a propósito de qué dolencias subjetivas y malestares presenta. Esto tiene por objetivo no tanto la aclaración de la causa, sino la clasificación de la enfermedad, independientemente de su génesis, en uno de sus cuatro grados de gravedad. Mientras en el caso de grado 1 de gravedad aparecen sudores, escalofríos, enrojecimiento, sensación de frío en los acros y dolores de cabeza migrañosos como expresión de alteraciones vasomotoras y también aunque rara vez sensaciones precordiales dependientes del esfuerzo, los restantes grados de gravedad están caracterizados por molestias subjetivas crecientes y dolencias considerables que son más la consecuencia de daños secundarios de los órganos y complicaciones que consecuencia del aumento de presión en sí. Estos daños afectan principalmente corazón y sistema vascular, riñones y cerebro.

Temperatura. En física, temperatura es el resultado estadístico del movimiento al azar de las moléculas de un cuerpo.

Calor es la cantidad de temperatura que tenga determinado cuerpo. En clínica le llamamos temperatura a la cantidad de calor que presenta el paciente.

La temperatura corporal es el resultado del metabolismo de los alimentos. Se origina en el hígado y en otros órganos como el cerebro, los músculos, las vísceras abdominales etc. Desde estos lugares se distribuye por el aparato circulatorio a todo el cuerpo.

La temperatura se conserva estable mediante un delicado equilibrio entre la producción de calor y su eliminación, de modo que la disminución de uno de estos factores se compensa por la elevación del otro, equilibrando la temperatura. Varios fenómenos se conjugan para llevar a cabo la regulación del calor. Estos fenómenos son integrados por el sistema nervioso central; específicamente, en el hipotálamo existe un centro termorregulador, al que se le atribuye la regulación del calor. La estimulación de la porción anterior del hipotálamo (preóptica) produce vasodilatación, hiperventilación (taquipnea) y sudoración, eliminando calor. Al parecer, una parte inhibe a la otra.

La fiebre (hipertermia) es el aumento de la temperatura corporal por enfermedad. Es un síndrome en el que destaca la elevación térmica, la cual se acompaña de taquicardia, taquisfigmia, taquipnea, boca seca, orina caliente, escalofrío y rubicundez facial.

Las infecciones causan fiebre con mayor frecuencia. También deben considerarse las variaciones del huésped para responder a la lesión o a la infección. Es frecuente que los niños tengan respuesta febril exagerada a la infección y que anuncien la elevación de la temperatura con convulsiones; no es raro encontrar elevaciones térmicas de 41 a 41.5 grados centígrados.

Es manifestación en muchas condiciones de infecciones, lesiones del sistema nervioso central, neoplasias, accidentes vasculares, trastornos metabólicos, enfermedades autoinmunitarias, hiperfunción suprarrenal y tiroidea; en las modificaciones del centro termorregulador, excitando los pirógenos y endotoxinas o por acción de algunas drogas con acción atropínica; en la deshidratación y los padecimientos cerebrales que afectan al centro termorregulador.

La hipotermia puede ocurrir por déficit en la producción de calor, como en exposición prolongada al frío, intoxicación por barbitúricos, mixedema grave, desnutrición extrema, intoxicaciones por toxinas y otros trastornos.

Técnica para obtener datos:

Se mide con un termómetro calibrado en grados centígrados. La temperatura a menudo se toma en el recto, la axila o la boca. En el recto es clínicamente más exacta; pero más molesta y fuera de las posibilidades de esta práctica en odontología. Lo más accesible para el odontólogo es la boca o la axila.

Las temperaturas consideradas normales en México son:

- Axila: 36.2 a 36.8°C

- Boca: 36.5 a 37.0°C

- Recto: 37.5 a 37.7°C

Todas son variables durante el día, más bajas en la madrugada y más altas en la tarde.[20]

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los alumnos de segundo año del área biológica de la carrera de cirujano dentista adquieren la formación teórica y práctica a nivel de laboratorio que les permite realizar el diagnóstico presuntivo de alteraciones de la salud, e identificar los trastornos sistémicos de mayor frecuencia e importancia por sus manifestaciones en el sistema estomatognático y sus implicaciones en el tratamiento odontológico proporcionado a sus pacientes con la finalidad de verificar si realmente llevan a la práctica estos conocimientos, se realiza el siguiente planteamiento:

¿Los alumnos de segundo año de la carrera de cirujano dentista elaboran el diagnóstico sistémico presuntivo en las historias clínicas que realizan en su práctica clínica?

HIPÓTESIS

De acuerdo con la formación académica obtenida en el módulo, el alumno es capaz de elaborar el diagnóstico sistémico presuntivo, identificar sus implicaciones en el sistema estomatognático y elaborar adecuadamente el plan de tratamiento odontológico y manejo del padecimiento bucal y sistémico.

OBJETIVOS

1.- Identificar si los alumnos de segundo año de la carrera de Cirujano Dentista realizan el diagnóstico presuntivo de los principales padecimientos sistémicos con o sin repercusión oral a través de los datos referidos en la historia clínica.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Observacional: EL investigador no manipula las variables y solo puede describir o medir el fenómeno.

Descriptivo: Sólo cuenta con una población, la cual se pretende describir en función de un grupo de variables.

Retrolectivo: La información necesaria para el estudio se planea y se obtuvo con anterioridad a su planeación.

Transversal: La medición de las variables se realiza en una sola ocasión[16].

Universo de estudio

Es a través de una muestra por conveniencia, por lo que se decide realizar la investigación en las historias clínicas realizadas por los alumnos con un promedio escolar alto establecido el cual se encuentra entre 8.85 y 9.71, y alumnos con un promedio escolar bajo establecido entre 7.71 a 8.00, todos alumnos regulares y de la misma generación 2003.

Variables

Independientes

1.-Formación académica.

-Representado por el promedio escolar y siendo todos alumnos regulares.

-Sin suspensión en la secuencia de ciclos escolares programado por el plan de estudios.

Dependientes

1.-Diagnósticos presuntivos adecuados.

Operacionalización de variables

A continuación se muestra.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÒN	NIVEL DE MEDICIÒN	OPERACIONALIZACIÒN O CATEGORIA
FORMACIÒN ACADÈMICA	SE ENTENDERÁ POR LA CALIFICACIÒN OBTENIDA EN EL CICLO ESCOLAR INMEDIATO ANTERIOR	CUANTITATIVA	PROMEDIO BAJO 7.7--8 PROMEDIO ALTO 8.8—9.7
ALUMNO REGULAR	SIN SUSPENSIÒN EN LA SECUENCIA DE CICLOS ESCOLARES PROGRAMADOS POR ELPLAN DE ESTUDIOS	CUALITATIVOS	REGULAR E IRREGULAR
DIAGNÒSTICO PRESUNTIVO DE ENFERMEDAD SISTÈMICA	DIAGNÒSTICO :PARTE DE LA MÈDICINA QUE TIENE POR OBJETO IDENTIFICAR UNA ENFERMEDAD FUNDANDOSE EN LOS SINTOMAS DE ÉSTA.	CUALITATIVA	SIGNOS VITALES Y SOMATOMETRIA, PRESENCIA O AUSENCIA DE SIGNOS, SINTOMAS Y MEDICAMENTOS

Técnicas

Se realizará una investigación en el Departamento de registro escolar de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, en el que se tomaron dos grupos de alumnos, el primer grupo formado por alumnos con un promedio escolar alto en el año inmediato anterior entre 8.85 y 9.71, y un segundo grupo con un promedio escolar bajo que va de 7.71 a 8.00, todos son alumnos regulares sin suspensión en la secuencia de ciclos escolares programados por el plan de estudios.

Se identificará su ubicación escolar por grupo, turno y área clínica de trabajo, posteriormente se solicitará permiso para realizar la investigación a nivel central tres de las clínicas periféricas a la FES Zaragoza, estas clínicas son la Benito Juárez, la clínica Reforma y la clínica Estado de México, se accedió al archivo clínico de cada una de las clínicas en las que laboran los estudiantes seleccionados.

Se ubicará a través de las historias clínicas (anexo 1) los pacientes atendidos durante el ciclo escolar 2003- 2004, por los alumnos seleccionados.

Se diseñará una cédula de captación (anexo 2) e información que permitirá la captura de los siguientes datos:

-Datos generales.

-Signos vitales: pulso, tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura.

1.- Contrastar las cifras de Pulso contra F.C.
a) Las dos cifras deben coincidir.
b) contra la edad y estado de salud reportado por el tratante (alumno).
c) contra temperatura.

2.-Tensión arterial.
a) Contrastar los datos reportados por el tratante en la fase sistólica, como la diastólica contra la edad.
b) Contra el estado de salud reportado por el tratante.
c) Contra datos reportados en la Historia Clínica.

3.- Frecuencia Respiratoria.
a) Contrastar contra temperatura.
b) Contrastar contra el estado de salud reportado.
c) Contrastar otros datos agregados en la Historia Clínica.

4.- Temperatura.
a) Contrastando contra estado de salud reportado por el tratante.
b) Contra otros datos reportados en la Historia Clínica.

5.- Talla y Peso.
a) Contrastarla entre sí y con la edad.
b) Contra el estado de salud reportado por el alumno.

6.- Finalmente analizar por alumno e Historia Clínica realizados, se analiza las cifras reportadas en el apartado de signos vitales.

Así como los datos obtenidos de los signos vitales son de gran importancia para la investigación, también la obtención de datos como son:

7.-Signos y síntomas.

8.-Medicamentos.

9.-Diagnóstico presuntivo.

10.-Uso de auxiliares de diagnóstico.

11.-Observaciones.

12.-Conclusión.

9.5 Diseño estadístico

1.- Frecuencia relativa: que permite cuantificar la repetición de eventos.

2.- Ji cuadrada: permite comparar variables cualitativas entre dos grupos independientes, en este caso los resultados de los alumnos de alto y bajo rendimiento.

RECURSOS HUMANOS

1.-Un pasante.

2.-Un director.

3.-Un asesor.

RECURSOS MATERIALES

1.-Historia Clínica

2.-Cédula de captación.

3.-Una computadora.

4.-Una calculadora.

5.-Papelería.

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

No será revelado ni el nombre del alumno, ni el nombre del paciente registrado en la historia clínica.

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	2004									2005										
	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
[redacted]																					
Presentación del proyecto																					
[redacted]																					

Resultados

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE LAS HISTORIA CLÍNICA REALIZADAS POR LOS ALUMNOS DE SEGUNDO AÑO EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LAS CLÍNICAS PERIFÉRICAS DURANTE EL AÑO ESCOLAR 2003-2004

A continuación presentare los resultados obtenidos en la investigación, que nos permite aproximarnos a la situación que se está viviendo en la actividad clínica que desarrollan los alumnos de segundo año de la generación 2002-2005 en relación a la elaboración del diagnóstico presuntivo prevención y manejo integral de los trastornos sistémicos en la población infantil y adolescente que por la frecuencia e importancia de sus manifestaciones en el sistema estomatognático y / o las implicaciones en su tratamiento odontológico, modifican su atención y la actitud del odontólogo durante el desarrollo de su practica profesional.

Haciendo un análisis de los datos reportados en las historias clínicas en relación a, la realización de los diagnósticos presuntivos de los principales padecimientos sistémicos con o sin repercusión oral; a la canalización a interconsulta de acuerdo al diagnóstico integral y si se hace uso de los auxiliares de diagnóstico de acuerdo a los datos referidos en la historia clínica; recurriendo al estudio de una muestra por conveniencia de 60 alumnos regulares clasificados 30 de ellos como alumnos de alto rendimiento y 30 alumnos como alumnos de bajo rendimiento. Revisando 218 historias clínicas en total elaboradas por ellos y aprobadas por sus profesores de clínica.

Presentando las frecuencias de los datos de los signos vitales reportados en las historias clínicas, mismos que son apoyo para la elaboración del diagnóstico sistémico presuntivo, uso de los auxiliares de diagnostico mencionados en las historias clínicas que les permitan corroborar o descartar el diagnóstico sistémico presuntivo.

Desafortunadamente al realizar la toma de los signos vitales el alumno no hace observaciones cuando llega a reportar alguno fuera de los rangos normales estando ausente en la totalidad de las historias clínicas el diagnóstico sistémico

relacionado con ello, y no hace uso de exámenes de laboratorio como auxiliares de diagnóstico y mucho menos manda al paciente a interconsulta.

PADECIMIENTOS SISTÉMICOS CON O SIN REPERCUSIÓN ORAL REFERIDOS EN LA HISTORIA CLÍNICA SIN SER IDENTIFICADOS

Una vez realizado el análisis de los datos reportados en la historia clínica se puede observar que ellos aportan diagnósticos presuntivos de enfermedades sistémicas. Sin embargo en el apartado de *diagnóstico integral de la historia clínica* no se encuentran reportados.

A continuación se presenta en forma textual y a manera de cuadro los padecimientos mencionados por los **alumnos de alto rendimiento**:

Cuadro 1

NÚMERO DE CASOS	PADECIMIENTOS MENCIONADOS POR LOS ALUMNOS
1	Desnutrición
1	Vitiligo
1	Desnutrición sin clasificar
1	Anemia
1	Asmático
1	Orquitis

Nota: Los alumnos reportan sanos a los 111 pacientes atendidos.

En el caso particular y a manera de ejemplo el paciente asmático con una edad de 4.3 años, en el apartado de signos vitales se encontraron datos de un pulso de 110 pulsos por minuto y una frecuencia cardiaca de 110 latidos por minuto, una tensión arterial de 110/60 mmHg y una frecuencia respiratoria de 24 respiraciones por minuto. Con estos datos clínicos fuera de rango el alumno no logró establecer el compromiso sistémico del paciente y se continuó realizando los procedimientos dentales a pesar de estar contraindicado.

A continuación se presenta en forma textual y a manera de cuadro los padecimientos mencionados por los **alumnos de bajo rendimiento**:

Cuadro 2

NÚMERO DE CASOS	PADECIMIENTOS MENCIONADOS POR LOS ALUMNOS
1	Problemas genitales
1	Infección urinaria

Nota: Los alumnos reporta sanos a los 107 pacientes atendidos.

INTERPRETACIÓN DE LA TESISTA DE LOS DATOS REFERIDOS EN LA HISTORIA CLÍNICA QUE PERMITEN ESTABLECER DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS DE PADECIMIENTOS SISTÉMICOS CON O SIN REPERCUSIÓN ORAL SIN SER IDENTIFICADOS.

Una vez realizado el análisis de los datos reportados en la historia clínica se puede observar que ellos aportan información que al ser interpretada se puede establecer diagnósticos presuntivos de enfermedades sistémicas. Sin embargo en el apartado de *diagnóstico integral de la historia clínica* no se encuentran reportados.

A continuación se presenta en forma textual y a manera de cuadro los padecimientos mencionados por los **alumnos de alto rendimiento:**

Cuadro 3

NÚMERO DE CASOS	PADECIMIENTOS MENCIONADOS POR LOS ALUMNOS
21	Desnutrición de 1er. grado
2	Desnutrición de 2°. Grado
8	Sobrepeso
2	Obeso

Datos obtenidos del análisis de las historias clínicas elaboradas por los alumnos del segundo año de la generación 2002-2005 de la FES ZARAGOZA UNAM

A continuación se presenta en forma textual y a manera de cuadro los padecimientos mencionados por los **alumnos de bajo rendimiento:**

Cuadro 4

NÚMERO DE CASOS	PADECIMIENTOS MENCIONADOS POR LOS ALUMNOS
11	Desnutrición de 1er. grado
1	Desnutrición de 2° grado
3	Sobrepeso
3	Obeso

Datos obtenidos del análisis de las historias clínicas elaboradas por los alumnos del segundo año de la generación 2002-2005 de la FES ZARAGOZA UNAM

RESULTADOS DE SIGNOS VITALES TOMADOS POR LOS ALUMNOS DE SEGUNDO AÑO EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LAS CLÍNICAS PERIFÉRICAS AÑO ESCOLAR 2003-2004

Pulso

Cuadro 5

Pulso x min.	Alumnos de Alto Rendimiento#	Alumnos de Bajo Rendimiento&
18-79	50	45
80-100*	44	44
101-116	6	4

* Cifras normales
# Número de datos 100 con 107 Historias clínicas
& Número de datos 93 con 111 Historias clínicas

Datos obtenidos del análisis de las historias clínicas elaboradas por los alumnos del segundo año de la generación 2002-2005 de la FES ZARAGOZA UNAM

En este grupo de pacientes de los alumnos de alto rendimiento fueron revisadas 107 historias clínicas, de las cuales se extrajeron datos de 100 de ellas, de las siete restantes no se reportaron datos.

En el grupo de pacientes de los alumnos de bajo rendimiento, de 111 pacientes atendidos solo se tomaron 93 pulsos, restando importancia de este signo vital en los pacientes que se obviaron.

Los datos con cifras por debajo y por arriba de lo normal no han llamado la atención del alumno en el momento de su toma, reportando una bradicardia los primeros y una taquicardia los segundos; reportándolos sin destacar su alteración, por lo que me atrevo a mencionar que el alumno no se percata de una posible alteración sistémica existente en el paciente, hecho que lo podría poner en riesgo en el momento de la alteración odontológica; por ejemplo en caso de existir una taquicardia y administrar anestésico con vasoconstrictor, como en el caso de la epinefrina y aunado a esto al someterlo a una situación de estrés, este signo vital se puede exacerbar y por otro lado no se está indagando en el interrogatorio que es lo que lo está ocasionando. Lo mismo se puede decir sobre los casos detectados de bradicardia; entonces el alumno deja de actuar como promotor de la salud al no percatarse de estas alteraciones y al no remitirlo al médico a su valoración sistémica.

Frecuencia Cardiaca

Cuadro 6

Frecuencia Cardiaca x min.	Alumnos de Alto Rendimiento #	Alumnos de Bajo Rendimiento &
12-79	44	38
80-100*	47	34
101-117	6	5

* Cifras normales
# Número de datos 97 con 107 Historias clínicas
& Número de datos 77 con 111 Historias clínicas

Datos obtenidos del análisis de las historias clínicas elaboradas por los alumnos del segundo año de la generación 2002-2005 de la FES ZARAGOZA UNAM

En este grupo de pacientes de los alumnos de alto rendimiento fueron revisadas 107 historias clínicas, de las cuales se extrajeron datos de 97 de ellas, de las siete restantes no se reportaron datos.

En el grupo de pacientes de los alumnos de bajo rendimiento, de 111 pacientes atendidos solo se tomaron 77 pulsos, restando importancia de este signo vital en los pacientes que se obviaron.

Como podemos ver se presenta el mismo resultado que en el caso del reporte del pulso y los alumnos no hacen mención de ello.

Relación Pulso/Frecuencia Cardiaca

Es de resaltar que las cifras de pulso y frecuencia cardiaca tienen que coincidir en el mismo paciente en tanto no exista alguna patología que las modifique, sin embargo en 53 pacientes de los alumnos de alto rendimiento no coinciden y en 32 pacientes de los alumnos de bajo rendimiento sucede los mismo, situación de la que no se percatan. Por ejemplo es sabido que la taquicardia sinusal existe cuando la FC es superior a los 100 latidos por minuto y es la arritmia más frecuente, pudiendo deberse a causas fisiológicas o patológicas y estas últimas pueden ser de origen cardiaco o no cardiaco.

Tensión Arterial Sistólica

Cuadro 7

Tensión Arterial Sistólica en mmHg.	Alumnos de Alto Rendimiento #	Alumnos de Bajo Rendimiento &
70-99	12	19
100-130*	73	69
131-140	4	1

* Cifras normales
# Número de datos 97 con 107 Historias clínicas
& Número de datos 89 con 111 Historias clínicas

Datos obtenidos del análisis de las historias clínicas elaboradas por los alumnos del segundo año de la generación 2002-2005 de la FES ZARAGOZA UNAM

En este grupo de pacientes de los alumnos de alto rendimiento fueron revisadas 107 historias clínicas, de las cuales se extrajeron datos de 97 de ellas, de las siete restantes no se reportaron datos.

En el grupo de pacientes de los alumnos de bajo rendimiento, de 111 pacientes atendidos solo se tomaron 89 pulsos, restando importancia en 22 pacientes este signo vital.

En el cuadro 7 apreciamos que no debemos subestimar los datos que se presentan fuera de los rangos normales, los datos que se muestran mayores a los normales corresponden a un estado de hipertensión sistólica, en tanto que los menores corresponden a un estado de hipotensión sistólica; los cuales tampoco son detectados, obviando que en un estado de hipertensión está contraindicado atender al paciente, al igual que en un caso de hipotensión.
La importancia de estas enfermedades en la práctica odontológica radica tanto en la identificación del paciente hipotenso e hipotenso para evitar las complicaciones que pudieran surgir en el transcurso de un tratamiento bucal o en la elección de un tratamiento dental adecuado, como en el aporte que el odontólogo puede brindar en su diagnóstico integral, lo que no han tomado en cuenta los alumnos.

Tensión arterial diastólica

Cuadro 8

Tensión Arterial Diastólica en mmHg.	Alumnos de Alto Rendimiento #	Alumnos de Bajo Rendimiento &
40-74	78	59
75-80*	15	24
81-140	4	6

* Cifras normales
# Número de datos 97 con 107 Historias clínicas
& Número de datos 89 con 111 Historias clínicas

Datos obtenidos del análisis de las historias clínicas elaboradas por los alumnos del segundo año de la generación 2002-2005 de la FES ZARAGOZA UNAM

En este signo vital nuevamente se reportaron ochenta y nueve datos de las ciento once historias clínicas analizadas.

En cuadro 8 observamos que un número importante de pacientes presentaron tensión arterial diastólica con cifras localizadas inferiores del rango normal, interpretándose así como una posible hipotensión arterial diastólica, situación que pone en riesgo al paciente y en número menor se encuentran pacientes con cifras mayores a las normales indicando una hipertensión arterial diastólica lo que pone aún en mayor riesgo al paciente, debido a que el motivo de su aumento es la resistencia periférica y que bajo una situación de dolor y estrés esta se ve inmediatamente aumentada.

Frecuencia Respiratoria

Cuadro 9

Frecuencia Respiratoria x Minuto.	Alumnos de Alto Rendimiento #	Alumnos de Bajo Rendimiento &
12-25	66	70
26-30*	8	6
31-1000	12	2

* Cifras normales
# Número de datos 86 con 107 Historias clínicas
& Número de datos 78 con 111 Historias clínicas

Datos obtenidos del análisis de las historias clínicas elaboradas por los alumnos del segundo año de la generación 2002-2005 de la FES ZARAGOZA UNAM

La frecuencia respiratoria normal en un paciente infantil oscila entre veintiséis y treinta respiraciones por minuto, en el cuadro 9 observamos que el número de casos reportados con cifras inferiores a las normales y reportando un estado de

hipopnea es considerable mente mayor que el número de casos reportados con valores normales. Restando importancia a este signo vital, mismo que es un indicativo de padecimientos tales como:

-Hipertermia
-Presencia de dolor
-Presencia de estrés
-Acidosis respiratoria
-Acidosis metabólica
-Alcalosis respiratoria
-Alcalosis metabólica

Temperatura

Cuadro 10

Temperatura en °C	Alumnos de Alto Rendimiento #	Alumnos de Bajo Rendimiento &
33.3-36.4	36	45
36.5-37.0	57	46
37.1-38.5	5	4

* Cifras normales
# Número de datos 98 con 107 Historias clínicas
& Número de datos 95 con 111 Historias clínicas
Datos obtenidos del análisis de las historias clínicas elaboradas por los alumnos del segundo año de la generación 2002-2005 de la FES ZARAGOZA UNAM

En el cuadro 10 se puede observar que la mayoría de los eventos presentan cifras normales, pero no dejan de existir casos fuera de lo normal y en un número considerado; por debajo de 36.4 grados centígrados, es decir con hipotermia y otros por arriba de los 37.1 grados centígrados con hipertermia y estos casos no son identificados por los alumnos, dan lo mismo que tengan 33.0 ó 35.0 que 38.0 grados centígrados. La hipertermia es un síndrome dominante de las infecciones, aunque también acompaña a otras entidades nosológicas, por ejemplo procesos tumorales o enfermedades sistémicas.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LAS MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL DE LOS SIGNOS VITALES DE LOS DATOS REPORTADOS EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS POR LOS ALUMNOS DE ALTO Y BAJO RENDIMIENTO EN LOS CASOS DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS COMO APARENTEMENTE SANOS.

Cuadro 11

ALUMNOS DE ALTO RENDIMIENTO

Signo Vital	N	Media de los datos reportados	Cifras normales
Pulso	100	77.4 ± 14.4	80-100
FC	97	79.4 ± 13.8	80-100
TAS	97	104.1 ± 11.6	100-130
TAD	97	66.7 ± 9.6	75-80
FR	86	27.8 ± 19.3	26-30
Temperatura	98	36.4 ± 0.5	36.5-37.0

FC.- Frecuencia Cardiaca
TAS.- Tensión arterial sistólica
TAD.- Tensión arterial diastólica
FR.-Frecuencia respiratoria
N.- Numero de datos reportados
107 historias clínicas revisadas

En las historias clínicas es común obviar datos de los signos vitales lo que se observar en el cuadro 11 de los alumnos de alto rendimiento, el signo vital más reportado es el pulso, sin embargo la media de las cifras reportas cae por debajo de las cifras normales.

El signo vital que le sigue en frecuencia de reporte es la temperatura, seguido de las frecuencia cardiaca, tensión arterial sistólica y tensión arterial diastólica y en todas ellas las cifras reportas caen por debajo de las cifras normales.

El único signo vital cuya media cae dentro de las cifras normales es la tensión arterial sistólica.

Cuadro 12

ALUMNOS DE BAJO RENDIMIENTO

VARIABLE	N	Media de los datos reportados	Cifras normales
Pulso	93	78.9 ± 13.9	80-100
FC	77	79.9 ± 15.2	80-100
TAS	89	105.1 ± 13.4	100-130
TAD	88	69.1 ± 11.8	75-80
FR	78	21.8 ± 6.8	26-30
Temperatura	95	36.3 ± 0.6	36.5-37.0

FC.- Frecuencia Cardiaca
TAS.- Tensión arterial sistólica
TAD.- Tensión arterial diastólica
FR.-Frecuencia respiratoria
N.- Numero de datos reportados
111 Historias clínicas revisadas

En las historias clínicas de los alumnos de bajo rendimiento es más común obviar datos de los signos vitales lo que se observar en el cuadro 12, el signo vital más reportado es la temperatura, sin embargo la media de las cifras reportas cae por debajo de las cifras normales.

El signo vital que le sigue en frecuencia de reporte es el pulso, seguido de la tensión arterial sistólica, tensión arterial diastólica, frecuencia cardiaca y por último la frecuencia respiratoria, y en todas ellas las cifras reportas caen por debajo de las cifras normales.

El único signo vital cuya media cae dentro de las cifras normales al igual que en los datos reportados por los alumnos de alto rendimiento es la tensión arterial sistólica.

Cuando el alumno ha realizado la anamnesis al paciente y la toma de signos vitales plasmando los datos en la historia clínica, el profesor responsable debe dar la autorización del tratamiento odontológico firmando así el expediente. Es de resaltar que todas las historias clínicas cuentan con la firma de aprobación de sus profesores titulares responsables de la misma.

CANALIZACIÓN DEL PACIENTE A INTERCONSULTA DE ACUERDO AL DIAGNÓSTICO INTEGRAL Y USO DE LOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO DE ACUERDO A LOS DATOS REFERIDOS EN LA HISTORIA CLÍNICA.

Es importante resaltar que ninguna de las historias clínicas revisadas existe solicitud alguna de interconsulta, ni de exámenes de laboratorio como auxiliares de diagnóstico.
No fueron identificadas ni reportadas alteraciones orodentales como repercusión de alteración sistémica.
En el plan de tratamiento integral no fueron tomados en cuenta ninguno de los rubros considerados anteriormente.

Al observar estos resultados fuera de rango normal se puede sospechar de varios factores intervinientes tales como:

- Que el dato alterado sea real.
- Que la toma sea incorrecta por falta de conocimiento o por descuido.
- Que los aparatos estén descalibrados.
- Que los datos sea inventados.

Cualquiera que sea la causa real de estos datos deben ser considerados por sus profesores responsables para ser observados y corregidos en su momento oportuno, sobretodo por que los tratantes son seres humanos, que no solo están prestando la oportunidad de que el alumno aprenda, sino que demandan un servicio de atención curativo, mismo que no están recibiendo.

Cuadro 13

RESULTADOS DE LA X^2 AL COMPARAR LAS DOS POBLACIONES DE ALUMNOS

SIGNO VITAL	AAR/ABR
Pulso	0.24
FC	0.31
TAS	0.55
TAD	3.68
FR	12.85
Temperatura	0.55

AAR Alumnos de alto rendimiento

ABR Alumnos de bajo rendimiento

Al realizar este análisis estadístico pudimos observar que no existe diferencia significativa entre los conocimientos que aplican en la elaboración de la HC de los dos grupos estudiados (alumnos con alto promedio y alumnos con bajo promedio) lo que se evidencia en la tabla.

CONCLUSIONES

Es una constante en las historias clínicas analizadas la ausencia de la medición de uno u otro signo vital, puesto que en 218 historias clínicas revisadas aparecen un menor numero de eventos reportados de los signos vitales, tanto de pulso, frecuencia cardiaca, tensión arterial diastólica, tensión arterial sistólica, frecuencia respiratoria y temperatura.

Al no concordar los números de historias clínicas y contra los signos vitales reportados se puede deducir que no tienen significado para el alumno, para el docente responsable de la superación del acto de operatoria dental, no tiene importancia evaluar los resultados de estos signos vitales al momento de la toma de decisión del tratamiento odontológico del paciente, al obviar sus resultados y continuar con el procedimiento. Es de resaltar que todas las historias clínicas cuentan con la firma de aprobación de sus profesores titulares responsables de la clínica.

Es importante mencionar que haciendo un análisis de los datos reportados, éstos aportan suficiente información como para poder dar un diagnóstico sistémico presuntivo, que por la frecuencia e importancia de sus manifestaciones en el sistema estomatognático y o las implicaciones en su tratamiento odontológico modificarían su atención y la actitud del odontólogo durante el desarrollo de su practica profesional.

No fueron identificados los pacientes con padecimientos sistémicos por los alumnos, así como no fueron identificadas alteraciones estomatológicas como repercusión de alteración sistémica y en ninguna de las historias clínicas reportan exámenes de laboratorio como auxiliares de diagnóstico ni mucho menos solicitud alguna a interconsulta.

Se observa que no tienen ningún impacto los conocimientos adquiridos en el módulo de SMRYROH al respecto de estos datos clínicos.

PROPUESTAS

Para poder brindar a los pacientes una buena atención debemos darles un servicio realmente multidisciplinario, para esto tenemos que verlo de forma integral es decir como persona, no solo como cavidad oral.

Como se menciona en el programa académico del módulo de SMRYROH: La carrera de Cirujano Dentista ofrece varias salidas terminales, la licenciatura de Cirujano Dentista y el técnico, enfocado a la capacitación de personal auxiliar, tales, como asistentes e higienistas dentales, promotores de la salud y técnicos en laboratorio dental; de acuerdo a éste modelo, los Cirujanos Dentistas están capacitados para participar en la atención integral del individuo y la comunidad, por lo que los problemas de salud deben de ser abordados con un enfoque multidisciplinario.

El sistema de enseñanza se debe emplear con eficacia para transmitir dichos conocimientos y llevarlos a la práctica, por lo que es de suma importancia considerar dentro de los contenidos el aprendizaje de los conceptos que van a estar presentes y ligados a la clínica integral, como escenario donde se articulan los conocimientos aportados por las áreas Biológica, Clínica y Social en la solución a los problemas de salud.

Pienso que esta en manos de los profesores de clínica el crear más conciencia en el alumno y así también ponerles más atención en el reporte que ellos entregan para que esto pueda verdaderamente llevarse a la practica.

Por ultimo sugerimos que haya una mayor comunicación entre los profesores de clínica y los profesores del módulo de SMRYROH para que ambos unifiquen criterios y éstos puedan dar alternativas en cuanto al desarrollo de sus programas académicos, para que el objetivo pueda cumplirse.

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- González F. M. V. et al. Programa Académico del Módulo de sistemas de Mantenimiento, Regulación y Relación del Organismo Humano. México: marzo, 2000 UNAM. FES. ZARAGOZA.

2.-Información proporcionada por la coordinación escolar de la carrera de Cirujano Dentista de la FES ZARAGOZA. UNAM.

3.- Martínez R. R. Plan de Estudios de la Carrera de Cirujano Dentista. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM 1998.

4.-Malagón, L. G. Urgencias Odontológicas. México: Ed. Panamericana 2003.

5.- INEGI, Anuario Estadístico del Distrito Federal: Varios años, fecha de actualización: julio 2004.

6.- Mc.Namara. Signos y Síntomas en el Diagnóstico Sistémico. Revista Dental Abstraes Septiembre- Octubre 2001; Vol.9 Núm3 pp. 85-87.

7.- Pujana J. A. Importancia del diagnostico antes del tratamiento. Revista de la Div. De Est. de Pos e Inv. Julio-Diciembre, 2000;Núm 15-16 pp. 59-68.

8.-Donnal A. Kerr, D.D.S.M.S. Diagnóstico Bucal. Buenos Aires: Editorial Mundi 1985.

9.-Rios R.R (2004) Errores y complicaciones en odontología, conferencia presentada en el Hospital General de México: La sociedad Médica, la disección de enseñanza y el servicio de estomatología del 17 al 21 de Mayo.

10.- http://www.Salud.gob.mx.

11.-Navarro B. E. Diccionario Médico. Barcelona: Julio de 1998, 4ta edición. Ed. MASSON, S.A.

12.-Nicolosi. L.N. Semiología en la práctica de la odontología. México: Ed. Mc Graw hill. Interamericana 2000.

13.- Norma Oficial Mexicana NOM-013 SSA2-1994 para la prevención y control de enfermedades bucales, publicada el 6 de enero de 1995.

14- Little, W. J. Tratamiento Odontológico del Paciente bajo Tratamiento Médico. Quinta edición, Ed. Harcourt.

15.- Niciolosi. L.N Semiología en la práctica de la odontología. México:Ed. Mc Graw Hill. Interamericana 2000.

16.- Mendoza N. V. Investigación, Introducción a la metodología. México:Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM. 1997.

17.-htt://www.ambitoweb.com/servicios/salud/manual3.asp

18.- Nelson, Waldo E. Tratado de Pediatría Vol. I 13ª edición. México: Ed. Interamericana. Mc Graw Hill. 1998.

19.- Valenzuela H. R. Manual de Pediatría, 11ª. edición México: Ed. Interamericana. Mc Graw Hill.1997.

20.- Gutiérrez L. P. Urgencias medicas en odontología. México: Ed. Interamericana. Mc Graw Hill. 2005.

21.- Losse H. Diagnostico Racional en Medicina Interna. Barcelona: Ed. Salvat Editores, S. A. 1979.

22.- Best y Taylor. Bases Fisiológicas en la Practica Médica. 11ª. Edición. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana. 1985

23.-Tierney L. M. Jr. Manual de Diagnóstico y Tratamiento. 2ª Edición. Santa Fé de Bogota: Ed. El Manual Moderno. 2002.

24.- Fernandez M. Fisiología Especial Aplicada. Barcelona: Ed. Científico-Médica 1975.

25.- Donald. W. N. Guia de Exploración Clínica. México: Ed. Interamericana. Mc. Graw Hill. 1990.

ANEXOS

Formato aprobado por el Comité Académico de Carrera

NÚMERO DE EXPEDIENTE: _____

FECHA: _____

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CLÍNICA: _____ MOSEA _____

HOJA FRONTAL DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

DATOS DEL PACENTE:

NOMBRE:

_____

Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

DOMICILIO ACTUAL: _____ Teléfono _____

Calle y Número Delegación o Municipio Código Postal

DOMICILIO DE TRABAJO: _____ Teléfono: _____

Delegación o Municipio Código Postal

COMPROBANTE DE DOMICILIO: RECIBO DE LUZ ( ) TELÉFONO ( ) AGUA ( ) PREDIAL ( )

CREDENCIAL DE ELECTOR ( )

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

Lugar día mes año Años / meses

SEXO: _____ ESTADO CIVIL _____ RELIGION _____ CURP _____

ESCOLARIDAD: _____ OCUPACION: _____

DERECHOHABIENTE DE ALGUNA INSTITUCIÓN DE SALUD: NO ( ) SI ( ) ESPECIFIQUE _____

GRUPO SANGUINEO: _____

ALERGIAS: _____

ESTADO DE SALUD SISTÉMICO

DIAGNÓSTICO	ACTIVO FECHA	INACTIVO FECHA	DIAGNOSTICADO POR

RIESGO SISTÉMICO: ALTO ( ) MEDIANO ( ) BAJO ( )

ESTADO DE SALUD ESTOMATOLÓGICO

DIAGNÓSTICO	ACTIVO FECHA	INACTIVO FECHA	DIAGNOSTICADO POR

RIESGO ESTOMATOLÓGICO ALTO ( ) MEDIANO ( ) BAJO ( )

DATOS DEL INFORMANTE: (EN CASO DE SER PACIENTE PEDIÁTRICO, GERIATRICO O DISCAPACITADO)

NOMBRE: _____ PARENTESCO: _____

Apellido paterno materno nombre(s) (En caso de no tener parentesco especifique la relación)

DOMICILIO: _____ TELEFONO: _____

La Historia Clínica está basada en la NOM-013-SSA2-1994, para la prevención y control de enfermedades bucales, la NOM-168-SSA-1998, del expediente clínico y retoma los códigos y criterios de la OMS/OPS

HISTORIA CLÍNICA

FICHA IDENTIFICACIÓN, LO REFERIDO EN LA HOJA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

ACLARAR AL PACIENTE O TUTOR UE LA INFORMACIÓN VERTIDA EN ESTE DOCUMENTO, ES CONFIDENCIAL

MOTIVO DE LA CONSULTA: _____

_____

I. ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES

INSTRUCCIONES: Señale con un X el padecimiento y familiar que lo presenta o presento, (A) equivalente Abuela, , Tia o Hermana y (O) equivalente a Abuelo, Tio o hermano.

PATALOGÍAS	PADRE	MADRE	ABUELOS PATERNOS (A)	(O)	ABUELOS MATERNOS (A)	(O)	ABUELOS MAT. (A)	(O)	PAT. (A)	(O)	HERMANOS (A)	(O)
NFARTO Y/O ANGINA DE PECHO												
IPERTENSION ARTERIAL												
IABETES MELLITUS												
HESIDAD												
IPERTIROIDISMO												
IPOTIROIDISMO												
LERGIAS (FARMACOS, ASMA, ETC.)												
ÁNCER												
UPUS ERIMATOSO												
RTIRTIS REUMATOIDE												
NFECTOCONTAGIOSAS (SIFILIS, UBERCULOSIS, VIH, PAPILOMA) SPECIFIQUE												
NFERMEDADES MENTALES												
IALFORMACIONES FISICAS												
DICCIONES (ALCOHOLISMO, ABAQUISMO, DROGAS) SPECIFIQUE.												
ABIO Y/O PALADAR HENDIDO												
USCEPTIBILIDAD A CARIES												
IAL OCLUSIÓN												
TRAS ENFERMEDAES NO NLISTADAS SPECIFIQUE												

INSTRUCCIONES: En el siguiente rubro señale con una X los dos positivos y en caso necesario complemente la información.

II. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

VIVIENDA

Propia ( ) Rentada ( ) Asentamiento irregular ( ) Otro: _____

Existe algún riesgo ambiental especifique: _____

Material de construcción:

Piso: Tierra ( ) Cemento ( ) Mosaico ( ) Otro: _____

Muros: Tabique ( ) Adobe ( ) Carbón ( ) Lámina ( ) Otro: _____

Techo: Lámina ( ) Concreto ( ) . Otro: _____

Cuenta con electricidad Si ( ) No ( ) Cuenta con agua potable dentro de la casa ( ) fuera de la casa ( )

Baño Si ( ) No ( ) Dentro de la casa ( ) Fuera de la casa ( )

Regadera Si ( ) No ( ) Drenaje Si ( ) No ( ) Letrina Si ( ) No ( )

Número de habitaciones: _____ No. De personas por habitación: _____ Ventilación adecuada Si ( ) No ( )

III PERSONALES PATOLÓGICOS

INSTRUCCIONES: Especifique los datos, en caso de ser positivo.

ENFERMEDADES PADECIDAS	EDAD EN LA QUE LA PRESENTO	TUVO CONTROL MÉDICO	COMPLICACIONES	SECUELAS
VARICELA				
RUBEOLA				
SARAMPIÓN				
ESCARLATINA				
PAROTIDITIS				
TOSFERINA				
POLIOMIELITIS				
HEPATITIS TIPO A,B,C,D,E				
FARINGOAMIGDALITIS				
AENODITIS				
BRONQUITIS				
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (SÍFILIS, GONORREA, HERPES GENITAL, VIH)				
GSATROENTERITIS				
TIFOIDEA				
PARASITOSIS				
TUBERCULOSIS				
MONONUCLEOSIS				
CANDIDIASIS				
FIEBRE REUMÁTICA				
NEFROPATIAS (GLOMERULONEFRITIS) PILONEFRITIS, INSUFICIENCIA RENAL				
ARTRITIS				
ANEMIA				
HIPERTENSIÓN				
ANGOR-INFARTO				
ASMA				
OTRAS, ESPECIFIQUE				

ADICCIONES A DROGAS	ACTIVO	INACTIVO	EDAD DE INICIO	FRECUENCIA	CANTIDAD
TABAQUISMO					
ALCOHOLISMO					
OTRAS					

Escriba si fuma cigarrillo con o sin filtro, puro o pipa. Si toma pulque o algún otro tipo de alcohol. En otro tipo de droga qué consume: marihuana, cemento, cocaína entre otras.

Alergias a medicamentos Si ( ) No ( ) Especifique: _____

Alergias a alimentos Si ( ) No ( ) Especifique: _____

Otro tipo e alergias Si ( ) No ( ) Especifique: _____

(Telas, polen, ácaros, entre otras)

¿Ha recibido anestesia dental? Si ( ) No ( )

¿Ha sido hospitalizado en los últimos cinco años Si ( ) No ( ) Motivo: _____

¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? Si ( ) No ( ) Motivo: _____

¿Tuvo alguna complicación, y/o secuela? Si ( ) No ( )

¿Ha sido transfundido? Si ( ) No ( ) Fecha: _____

¿Ha sido donador de sangre o médula ósea? Si ( ) No ( ) Fecha: _____

¿Ha sufrido traumatismos en los últimos cinco años? Si ( ) No ( ) Especifique: _____

IV. PADECIMIENTO ACTUAL _____

_____

_____

V. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

INSTRUCCIONES: En los siguientes cuadros describa en caso positivo

ESTADO EMOCIONAL	FRECUENCIA	TIEMPO DE EVOLUCIÓN
ANSIEDAD		
DEPRESION		
EUFORIA		
AGRESIVIDAD		
ALTERACIONES DE CONDUCTA		
OTROS		

NERVIOSO		
MIGRAÑA		
NEURALGIA		
CONVULSIONES		
TEMBLOR		
ALTERACIONES DE SENSIBILIDAD		
ALTERACIONES MOTORAS		
ALTERACIONES DE LA VISIÓN		
ALTERACIONES AUDITIVAS		
ALTERACIONES OLFATIVAS		
ALTERACIONES GUSTATIVAS		

CARDIOVASCULAR	FRECUENCIA	TIEMPO DE EVOLUCION
CEFALEA		
ACÚFENOS		
FOSFENOS		
TAQUICARDIA		
MAREOS		
DESVANECIMIENTOS – DESMAYOS		
DOLOR PRECORDIAL: RELACIONADOS CON ESFUERZOS ( ) EN REPOSO ( )		
DOLOR OPRESIVO EN EPIGASTRIO		
ORTOPNEA		
ASTENIA		
ADINAMIA		
EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES VESPERTINO		
VARICES		
OTROS		

HEMATOPOYETICO	FRECUENCIA	TIEMPO DE EVOLUCIÓN
CEFALEA		
PALIDEZ		
MAREOS - DESMAYOS		
HEMATOMAS		
DOLORES ARTICULARES CON CMABIOS DE COLORACIÓN EN LA PIEL (por sangrados)		
EPISTAXIS		
HEMATURIA		
HEMATEMESIS		
PETEQUIAS		
EQUIMOSIS		
SANGRADOS PROLONGADOS		
OTROS		

RESPIRATORIO	FRECUENCIA	TIEMPO DE EVOLUCION
RESPIRACIÓN BUCAL		
OBSTRUCCION NASAL		
RONQUIDO		
ODINOFAGIA		
RINORREA		
DISNEA		
TOS		
EXPECTORASIONES		
HEMOPTISIS		
CIANOSIS		
SIBILANCIAS		
OTROS		

DIGESTIVO	FRECUENCIA	TIEMPO DE EVOLUCIÓN
ANOREXIA		
BULIMIA		
HIPOROREXIA		
HALITOSIS		
SIALORREA		
XERSOTOMIA		
GLOSOPIROSIS		
GLOSODINEA		
REGURGITACIONES		
PIROSIS		
NAUSEAS		
VÓMITO		
VACIO O DOLOR EPIGASTRICO		
HEMATEMESIS		
BORBORIGMOS		
ESTREÑIMIENTO		
DIARREA		
HIPOCOLIA – ACOLIA		
ICTERICIA		
OTROS		

URINARIO		
DOLOR EN ZONA RENAL		
EDEMA RENAL		
OLIGURIA		
POLIURIA		
HEMATURIA		
POLAQUIURIA		
TENESMO VESICAL		
DISURIA		
ALTERACIONES DEL COLOR		
OTROS		

ENDOCRINO		
POLIURIA		
POLIFAGIA		
POLIDIPSIA		
PERDIDA DE PESO		
DISMINUCIÓN DE LA AGUDEZA VIUAL		
EXOFTALMUS		
INTOLERANCIA AL CALOR		
ANSIEDAD – IRRITABILIDAD		
HIPERDINAMIA		
TEMBLOR LINGUAL – DIGITAL		
INSOMNIO		
BOCIO		
UNAS QUEBRADIZAS		
FALTA DE CONCENTRACIÓN – OLVIDOS		
RESEQUEDAD DE PIEL Y CABELLO		
SOMNOLENCIA		
AUMENTO DE PESO		
DEPRESIÓN		
HIPODINAMIA		
ALTERACIONES MENSTRUALES		
OTROS		

REPRODUCTOR SFEMENINO	FRECUENCIA	TIEMPO DE EVOLUCIÓN
DISMENORREA		
FLUJO		
METRORRAGUIA		
AMENORREA		
PRURITO VULVAR		
OTROS		

REPRODUCTOR MASCULINO	FRECUENCIA	TIEMPO DE EVOLUCION
ESCURRIMIENTO URETRAL		
ULCERAS GENITALES		
FLUJO VESICAL		
NICTURIA		
DISMINUCIÓN DEL CALIBRE Y FUERZA DEL CHORRIO URINARIO		
OTROS		

MÚSCULO - ESQUELÉTICO	FRECUENCIA	TIEMPO DE EVOLUCIÓN
ARTRALGIA		
ARTRITIS		
MALGIA		
CALAMBRES		
DEFORMACIONES		
OTROS		

PIEL Y FANERAS	FRECUENCIA	TIEMPO DE EVOLUCIÓN
PRURITO		
ERITEMAS		
PÁPULAS		
VESÍCULAS		
OLOPECIA		
OTROS		

INSTRUCCIONES: Completa la siguiente información, o en su caso marque con una X el dato que sea positivo.

Medicamentos utilizados cotidianamente _____

_____

Frecuencia de uso _____

Motivo _____

VI. EXPOLORACIÓN FÍSICA

INSPECCIÓN

ACTITUD DEL PACIENTE: (Cooperador, intolerante, irritable, entre otros) _____

_____

MARCHA: Claudicante ( ) Viciosa ( ) Simétrica y balanceada ( )

SIGNOS VITALES

Pulso: _____x min. Tensión arterial _____ mmHg. Frecuencia cardiaca _____ x min.

Frecuencia respiratoria: _____ x min.

SOMETRÍA Peso _____ Kg. Talla _____ m.

EXPLORACIÓN DE CABEZA Y CABELLO

Cara: Mesocéfalo ( ) Braquicéfalo ( ) Dolicocéfalo ( )

Perfil: Recto ( ) Cóncavo ( ) Convexo ( )

IX. INTERCONSULTA

_____

_____

X. PRONÓSTICO

_____

_____

XI. PLAN DE TRATAMIENTO

_____

_____

_____

_____

CITAS	PROGRAMACION	COSTO	REALIZACION	FECHA	Num. DE RECIBO DE PAGO	PROFESOR

XIII. NOTAS DE EVOLUCION. Cada nota debe llevar fecha y signos vitales (TA, FC, FR, mínimo), así como la autorización del paciente en caso de modificar el plan inicial de tratamiento.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

OPERADOR RESPONSABLE _____ GRUPO:_____

NOMBRE Y FIRMA DE PROFESOR RESPONSABLE _____

XIV. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Declaro que los datos aquí referidos son verdaderos y que en caso de haber omitido o falseado algo, puede haber complicaciones en mi tratamiento, o alterar la buena evolución de los procedimientos estomatológicos que aquí se aplican. Asimismo, se me ha explicado de manera clara y completa, la alteración o enfermedad bucal que padezco, así como los tratamientos que pudieran realizarse, optando por los que se encuentran en el Plan de Tratamiento por sus posibles ventajas funcionales, estéticas y/o económicas. Acepto que fui informado de los posibles riesgos del tratamiento, de las posibles molestias y del beneficio esperado, además del costo que este representa. En el caso de no seguir las instrucciones que me indiquen, estoy consciente de las consecuencias. Estoy al tanto de que mi tratamiento será realizado por estudiantes en formación bajo la supervisión de profesores.

_____ _____

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE FECHA

ENTERADO, CONFORME, ACEPTO

TESTIGOS

_____

(Nombre y firma) (Nombre y firma)

FIRMA DE CONFORMIDAD _____ FECHA _____

(Del tratamiento concluido y liquidación del adeudo)

ANEXO 2

CÉDULA DE CAPTACIÓN

Datos del Alumno

Grupo: _____

Prom: _____

Clínica: _____

Datos del Paciente

Folio:_____ Edad: _____

Sexo: _____ Gpo. Sang:_____

Edo. Civil: _____ Escolaridad: _____

SIGNOS VITALES

Pulso:_____x min.

Tensión Art._____mm/Hg

Frec. Card._____x min.

Frec. Resp._____x min.

Temp._____

Peso._____ Kg.

Talla._____

Signos y síntomas_____

_____

Uso de Auxiliares de Diagnóstico _____

_____

Medicamentos_____

_____

Diagnótico presuntivo_____

Observaciones_____

_____

Conclusiones_____

_____