



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

REPORTE DE MORBILIDAD DE PACIENTES DE CUATRO
CLÍNICAS PERIFÉRICAS DE LA FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA, UNAM.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

ABRAHAM ESPINOSA VÁZQUEZ

TUTORA: Esp. MARÍA DELTA CÓRDOVA LAGUNES

ASESORAS: Mtra. MARÍA CRISTINA SIFUENTES VALENZUELA
Mtra. LEONOR OCHOA GARCÍA



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Mas a Dios gracias,

el cual nos lleva siempre en triunfo en Cristo Jesús,

y por medio de nosotros manifiesta en todo lugar

el olor de su conocimiento.

2ª de Corintios 2:14

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México

Por la oportunidad de pertenecer a la máxima casa de estudios, y contribuir a mi formación profesional y cultural.

A la Facultad de Odontología

Por todo lo que pude aprender dentro y fuera de sus aulas y clínicas, así como por sus profesores.

A la C.D. María Delta Córdoba Lagunes

Gracias por permitirme ser parte de este proyecto, por su confianza y paciencia.

A las Mtras. Leonor Ochoa García y Cristina Sifuentes Valenzuela

Por el conocimiento que me brindaron, por su paciencia, tiempo y dedicación que permitieron enriquecer este trabajo.

A los Jefes de Enseñanza de las Clínicas Periféricas

Por el apoyo y participación que mostraron para que este trabajo se pudiera llevar a cabo.

A Cristina Santamaría Román

A ti Cristi porque iniciamos este proyecto juntos, por tu amistad, tu paciencia y tu gran sentido del humor, que hicieron que el trabajo fuera más ameno.

Dedicatorias

A mi Padre

Te dedico este trabajo con todo mi cariño, gracias por tu infinito apoyo, por ser un papá ejemplar, por ser papá y mamá a la vez, por cada uno de tus consejos, por guiarme en el camino de Dios y enseñarme que todo es para Él y proviene de Él.

A mi hermana Oli

Gracias por estar siempre conmigo, porque en ti he tenido un gran apoyo, no solo académico, sino moral y económico. Porque eres un claro ejemplo de que las cosas se logran con dedicación, estudio, constancia y tomados de la mano de Dios.

A mis hermanos “Ginis”

Por su cariño, comprensión y apoyo en todo momento, por ser un matrimonio ejemplar con sentido del humor, al que admiro. Y que junto con Oli, tenemos esa “hermandad” que nos caracteriza.

A mis otros hermanos “Jefe”, Omar y Joel

Porque ustedes también son mis hermanos, por todas las cosas que hemos vivido y recordaré siempre y porque ocupan un lugar importante en mi vida.

A mis familiares

Por el afecto que me han mostrado todo el tiempo, por sus consejos y palabras de aliento. En especial agradezco a Clarita, “Ro”, “Carsis”, Damaris y Elisa, que valientemente me ayudaron durante la carrera cuando no tenía pacientes.

A mis amigos

Mary, Ilhui, Betsa, Pao, Cristi, “Golden”, “Lion”, Mau, Manuel, Oscar, Ale, Lupita, Fanny, Vale, Iván, Citlali, ustedes también son parte de mi familia, gracias por todos los momentos tan agradables que he pasado al lado de ustedes.

A los que ya no están aquí

Tere, “Vickita”, Don “Jú”, “Juachis”, Eva. Los llevaré siempre en mi corazón, y porque sé que cuando estuvieron en este mundo, desearon lo mejor para mí. Gracias.

A mis compañeros del grupo “02” y de la Clínica Periférica Águilas

Siempre los recordaré con gran cariño: Daniel, Ana, Jonny, “bloke”, “Mini bloke” Lupita N., Tocayo, Isela, Hugo, “Verisho”, Elisa, Xel, Lilo, Clau, Anaid, Elva, Giss...

Resumen

Actualmente las enfermedades propias de la tercera edad están presentes en individuos menores de treinta años, representando un descuido no sólo de la salud general de los individuos, sino también de la salud bucodental **Objetivo:** Describir la morbilidad de pacientes entre dieciséis y ochenta años de edad, que solicitaron atención dental por primera vez en cuatro Clínicas Periféricas de la Facultad Odontología en el turno matutino durante el ciclo escolar 2009-2010. **Materiales y Método:** Estudio transversal descriptivo retrospectivo en el que se analizaron las historias clínicas con SPSS. Se solicitó estadística descriptiva de frecuencias y porcentajes. **Resultados:** Las principales enfermedades sistémicas identificadas fueron: Hipertensión (14.5%), Gastritis (13.8%) y Diabetes (9%); Respecto a las alergias destacan penicilinas (7.4%) y sulfas (3.2). Los principales medicamentos ingeridos fueron los AINES (12.7%), antihipertensivos (10.9%), hipoglucemiantes (6.7%) y antibióticos (5.1%). Las sustancias nocivas de mayor consumo son el tabaco (21%) y el alcohol (17.8%). La prevalencia de caries fue de 83.9%, y de las periodontopatías 73.9%. La clasificación de Angle registrada primordialmente fue la Clase I (82.2%). La principal alteración en la oclusión fue aquella registrada como borde a borde (16.3%). Los ruidos articulares fueron el principal síntoma de la articulación temporomandibular. (27.4%) **Conclusiones:** Las enfermedades sistémicas y bucales, la ingesta de medicamentos y de sustancias nocivas incrementan a través de los años en los individuos, resultado del descuido en la salud de la población, de los cambios en la alimentación, la falta de promoción de la salud y la concientización de las repercusiones.

Contenido

1 ANTECEDENTES	8
2 MARCO TEÓRICO.....	9
2.1 Enfermedades.....	9
2.2 Medicamentos.....	27
2.3 Alergias	28
2.4 Sustancias.....	30
2.5 Estado de salud bucal.....	33
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	39
4. JUSTIFICACIÓN	40
5. OBJETIVOS	41
5.1 Objetivo General	41
5.2 Objetivos Específicos.....	41
6 MATERIAL Y MÉTODOS.....	42
6.1 Tipo de estudio.....	42
6.2 Población de estudio.....	42
6.3 Criterios de inclusión.....	42
6.4 Metodología	42
7 DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES Y ESCALA DE MEDICIÓN.....	44
7.1 Sociodemográficas	44
7.2 Enfermedades.....	44
7.3 Medicamentos.....	45
7.4 Alergias	45
7.5 Sustancia	46
7.6 Estado de salud bucal.....	46
7.7 Análisis de la oclusión.....	46
7.8 Articulación Temporomandibular	46
8 RECURSOS	47
8.1 Materiales.....	47
8.2 Humanos.....	47
8.3 Económicos.....	47
9 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	48
10 CONSIDERACIONES ÉTICAS	49
11 RESULTADOS	50
12 DISCUSIÓN.....	66
13 CONCLUSIONES.....	70
14 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72
15 ANEXOS.....	80

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, cada vez es más común encontrar en individuos menores de treinta años enfermedades que décadas atrás, eran propias de la tercera edad. Esto es preocupante, ya que da cuenta del descuido que se ha tenido en la población en cuanto a los cuidados que habitualmente se deben tener para mantenerse sano (hábitos alimenticios, y práctica de algún deporte, entre otros) tanto a nivel individual, comunitario y poblacional. Normalmente, son los padres o tutores de adolescentes y jóvenes los responsables de educar a sus hijos en aspectos diversos que repercuten en su estado de salud general. A nivel comunitario, no se crean, ni proponen ó promueven estrategias para incidir en los factores que están provocando esta deficiencia en la salud, por tanto, las enfermedades prevalecen con mayor frecuencia en el grupo de edad en el que en condiciones óptimas, el individuo debería gozar de un estado de salud general impecable.

Por lo anterior y con base en un estudio antecedente similar, en este trabajo de investigación se presenta una descripción del estado de salud general y bucal del paciente, con base en ciertos parámetros registrados en las historias clínicas (enfermedades sistémicas, alergias, medicamentos y sustancias nocivas ingeridas o administradas, presencia de caries, estado de salud periodontal, alteraciones en la oclusión, síntomas de la articulación temporomandibular) de pacientes que acudieron por primera vez a cuatro clínicas periféricas de la Facultad de Odontología, UNAM de agosto 2009 a abril 2010, con el objetivo de conocer la morbilidad sistémica y bucal de la población. Los resultados obtenidos se muestran en tablas y gráficas de manera global y por clínica periférica. Posteriormente se presenta la discusión y las conclusiones, así como recomendaciones y sugerencias para futuras investigaciones en torno a esta temática.

1 ANTECEDENTES

En 1965, el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció la Unidad de Vigilancia Epidemiológica e incorporó el estudio epidemiológico de las enfermedades como un proceso dinámico. ⁽¹⁾

En 1968 Fossaert señala que la morbilidad es el conjunto de actividades que permiten reunir la información indispensable para conocer en todo momento la historia natural de la enfermedad, detectar o prever cualquier cambio que pueda ocurrir por alteraciones de los factores condicionantes, con el fin de recomendar sobre bases firmes y oportunas las medidas eficientes que lleven a la prevención y control de las enfermedades. ⁽²⁾

El primer estudio epidemiológico sobre morbilidad bucal se realizó en 1970 en Colombia, como parte de una encuesta a nivel nacional sobre morbilidad general en población abierta. ⁽⁴⁾

En 1982 la Dirección General de Salud Pública en el Distrito Federal, realizó un estudio de morbilidad en ocho de las 16 Jurisdicciones Sanitarias del Distrito Federal. ⁽⁴⁾

Durante la XXI Asamblea de la OMS (1989), se trabajó el concepto, así como la importancia del ejercicio de un escrutinio y observación sobre la difusión de la enfermedad, y los factores que determinan el grado de suficiencia, como aspectos que pueden llevar a cabo un pertinente y efectivo control. ⁽³⁾

La Facultad de Odontología de la UNAM, en cumplimiento con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana (NOM 168 SSA1 – 1998), diseña una Historia Clínica para cada uno de los pacientes que son atendidos en sus diferentes clínicas odontológicas. Es un documento constituido por 21 indicadores, que integrados constituyen 12 reportes de morbilidad estomatológica, a partir de lo cual nos permiten tener un diagnóstico presuncional sistémico de cada persona. Información que se ha constituido en un importante apoyo a múltiples investigaciones, así como fuente de información y referencia para la publicación de numerosos artículos. ⁽⁵⁾

En el año 2009 se realizó un perfil de morbilidad en pacientes de la clínica periférica “Las Águilas” turno matutino, parte de los resultados obtenidos han servido de base para poder realizar este trabajo. ⁽⁶⁾

2 MARCO TEÓRICO

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la educación para la salud consiste en “capacitar a las personas con los conocimientos y habilidades que les permita resolver sus problemas de salud”⁽⁷⁾

A este respecto, es obligación de nuestra profesión como Cirujanos Dentistas realizar actividades con las que se logre una preparación permanente de las personas con el fin de que aprendan a conocer (las enfermedades más frecuentes, y terapéutica adecuada que permita atender de manera integral) desde el punto de vista físico, mental y social a vivir y a participar en la protección de la salud colectiva. ⁽⁸⁾

Como ya se mencionó, en el año 2009 se realizó el perfil de morbilidad, de pacientes de la clínica periférica “Las Águilas”, los resultados obtenidos fueron de gran importancia y sirvieron como punto de referencia para continuar la investigación en cuatro clínicas periféricas de la Facultad de Odontología. Por tal motivo se han definido en este marco teórico las enfermedades que tuvieron mayor prevalencia así como los medicamentos, alergias, sustancias y el estado de salud bucal (periodontopatías, caries, análisis de la oclusión y la articulación temporomandibular)⁽⁶⁾

2.1 Enfermedades

2.1.1 Hipertensión arterial sistémica

La Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), es una enfermedad crónica, asintomática, que puede controlarse, su característica principal es la constante elevación de la presión arterial, ya sea sistólica, diastólica o de ambas. ⁽⁷⁾ Las lecturas de la presión arterial se miden en milímetros de mercurio (mm/Hg) y generalmente se reporta con dos números. Por ejemplo, 140 sobre 90 (escrito como 140/90). El número superior corresponde a la presión sistólica, presión creada cuando el corazón late. Se considera alta si constantemente está por

encima de 140. El número inferior corresponde a la presión diastólica, que se genera en los vasos sanguíneos cuando el corazón está en reposo. Se considera alta si constantemente está por encima de 90. ⁽⁹⁾

La hipertensión arterial, no controlada puede ocasionar daño en órganos vitales de consecuencias graves (incapacidad física) e incluso mortales: ya que constituye uno de los factores de riesgo más importante y una de las principales causas de insuficiencia cardíaca y renal, así como de la enfermedad cerebrovascular debido a que se van dañando las arterias de órganos vitales como el corazón, el cerebro (embolia cerebral). ⁽¹⁰⁾

Múltiples factores pueden influir en la presión arterial, entre ellos: la herencia, la ingestión de sodio, la obesidad, el alcohol, el hábito de fumar y la ingestión de algunos medicamentos, así como la edad, el sexo, el peso, el estado de los riñones, del sistema nervioso o de los vasos sanguíneos, y los niveles de las diferentes hormonas en el cuerpo. La hipertensión arterial puede afectar a todo tipo de personas y existe un riesgo más alto si existen antecedentes familiares de la enfermedad. Un número importante de los casos no se identifica una causa específica. ⁽¹¹⁾

La mayoría de las personas que sufren de hipertensión generalmente no presentan síntomas. La presión puede variar de un momento a otro dependiendo de la actividad, estados de ánimo, por cambios de posición, por ejercicio o durante el sueño. La gente con presión alta en algunos casos, puede sentir palpitaciones en la cabeza o el pecho, mareos, visión borrosa y desvanecimientos. Cuando no hay síntomas de advertencia, la enfermedad puede pasar desapercibida durante muchos años. ⁽¹²⁾ No existen síntomas bucales patognomónicos, aunque en ocasiones se ha señalado odontalgia en pacientes hipertensos en la que no es posible descubrir una causa local. Este síntoma se explicaría por hiperemia de la pulpa dental debida a la presión arterial elevada. ⁽¹³⁾

El índice de mortalidad por las complicaciones antes mencionadas se ha incrementado en las últimas décadas. De tal forma que el tratamiento de la hipertensión arterial está asociado con una reducción de la incidencia de derrame cerebral, de infarto agudo al miocardio, y de las neuropatías, padecimientos que se encuentran entre las primeras causas de muerte, por lo que se requiere de

una atención especial por servicio y por paciente, además de ser una patología con un alto costo en su tratamiento. ⁽¹⁴⁾

La hipertensión arterial es una de las más importantes enfermedades cardiovasculares, debido a su prolongado tiempo de evolución y a las complicaciones que puede generar. Este padecimiento tuvo una incidencia de 23.8% en 1963 y de 30.05% en 2004. Se estima que existen en el mundo aproximadamente un billón de enfermos de HAS, de éstos 750 millones corresponden a países en vías de desarrollo. Asimismo, se calcula que 1.5% de todos los hipertensos mueren cada año por causas relacionadas con este problema. ⁽¹⁵⁾

En México, existe alrededor de un 26% de la población, de 20 a 69 años de edad que padece hipertensión arterial, con algunas diferencias en su distribución geográfica. Alrededor del 60% de los individuos afectados, desconoce el diagnóstico, y quienes sí lo tienen establecido con frecuencia no reciben tratamiento. Esto significa que en nuestro país existen más de 15 millones de personas con este padecimiento, de las cuales, un 60% aún no han sido diagnosticados. ⁽¹⁶⁾

Para el Distrito Federal, la incidencia de esta enfermedad según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT), se incrementó en un 29.9% (de 14.4% a 18.7%) en pacientes de 20 años y más, en un comparativo con lo reportado en la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. ^(12,17)

2.1.2 Diabetes Mellitus

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica e incurable (del metabolismo y hereditaria), consistente en la incapacidad del cuerpo para aprovechar la glucosa ingerida, debido normalmente a la disminución o total ausencia de insulina (hormona producida por el páncreas para regular la glucosa en la sangre), o a la incapacidad de las células y tejidos del organismo para utilizar la insulina. Esta enfermedad no se considera una patología, sino un síndrome, que deriva en hiperglucemia, por la incapacidad del organismo para procesar glucosa debido a la falta de insulina ⁽¹²⁾

Las células del organismo utilizan la glucosa como el ingrediente elemental para mantener la temperatura corporal, para movernos, para trabajar y para desarrollar todas las actividades de la vida cotidiana. ⁽¹²⁾

Dentro de los principales tipos de diabetes mellitus se destacan:

1. Diabetes tipo I o diabetes juvenil. Se presenta antes de los 20 años, normalmente durante la infancia. En este tipo de diabetes el páncreas pierde la capacidad de producir Insulina, la cual debe ser administrada diariamente para que la persona pueda metabolizar la glucosa de los alimentos. Se desconoce con exactitud las causas de pérdida de funcionalidad del páncreas, ya que el sistema inmunológico ataca las células que producen la insulina y las destruye. ⁽¹⁸⁾
2. Diabetes tipo II ó de edad madura. Es el tipo más común de diabetes entre los latinos, en esta el organismo no produce suficiente insulina o no puede aprovechar la que produce. El organismo intenta equilibrar la situación y el páncreas intenta fabricar más insulina. En caso de no existir un tratamiento, las células del páncreas empiezan a fallar, y el daño a las células es irreversible. ⁽¹⁹⁾ Las personas que padecen la diabetes tipo II usualmente padecen sobrepeso. Esta comprobado que esa resistencia a la insulina es agravada por la obesidad. Asimismo se identificado que las personas que presentan un Índice de Masa Corporal entre 25 y 27, tienen un mayor riesgo para desarrollar diabetes y quienes cuentan con IMC mayor a 27, además son vulnerables a presentar complicaciones cardiovasculares. ⁽²⁰⁾

La persona con diabetes que inicia su enfermedad antes de los 40 años aumenta la posibilidad de complicaciones crónicas del padecimiento debido a un mal control de la glucosa. ⁽²¹⁾

En el paciente diabético, el riñón va deteriorando su función (nefropatía diabética) con riesgo de sufrir diversas alteraciones funcionales del organismo, como insuficiencia renal crónica, pérdida de visión por afectación específica de los ojos (retinopatía diabética) y afectación del sistema nervioso (neuropatía diabética) debido a la destrucción de la capa de mielina que envuelve al nervio, lo que da lugar a trastornos de la sensibilidad especialmente en miembros inferiores

y en el hombre a impotencia sexual, lesiones en la piel y problemas de fertilidad si la diabetes está mal compensada por mencionar algunos ejemplos. ⁽²²⁾

Es de gran importancia la detección temprana de los síntomas de la diabetes y su oportuno tratamiento, con lo cual se podrá disminuir el riesgo de padecer la enfermedad como tal. Sin embargo hay que tener en cuenta que existen algunos síntomas, aparentemente inofensivos, que pueden estar indicando su aparición, como lo es el deseo frecuente de orinar (poliuria), aumento de sed (polidipsia), exceso de apetito (polifagia), debilidad y cansancio, pérdida de peso sin causa aparente. Irritabilidad y cambios de ánimo, sensación de malestar en el estómago y vómitos, infecciones frecuentes, vista nublada, cortaduras y rasguños que no se curan, o que se curan muy lentamente, picazón o entumecimiento en las manos o los pies, infecciones recurrentes en la piel, la uretra o la vejiga, y un elevado nivel de azúcar en la sangre y en la orina. Asimismo, algunas personas que presentan síntomas poco evidentes y que no han sido diagnosticadas pueden presentar trastornos de la sensibilidad, desmayos, pérdida de la conciencia o incluso cuadros de ceguera temporal. ⁽²³⁾

Para detectar la diabetes, se realiza una prueba de glucosa en el plasma en ayunas (GPA) o una prueba oral de tolerancia a la glucosa (POTG). Si en el examen de GPA se manifiesta un nivel de glucosa en la sangre, en ayunas, entre 100 y 125 mg/dl, indica que la persona tiene una diabetes latente. Una persona con un nivel de glucosa en la sangre en ayunas de 126 mg/dl o superior padece diabetes. ⁽¹¹⁾

Respecto a la cavidad bucal excepto por glositis romboidal media (GRM), no existen manifestaciones patognomónicas específicas relacionadas con la diabetes. Sin embargo, en un enfermo diabético se agravan varios trastornos de la boca. La GRM es un área central lisa de color rosa o rojo bien delimitada, no ulcerada, en tercio medio del dorso de la lengua. Este trastorno es particularmente prevalente en diabéticos y se ha relacionado con invasión de especies *Cándida* y una disminución importante del número y función de macrófagos especializados (células de Langerhans) en el epitelio de la lesión. ⁽¹³⁾

Las afecciones de la boca que pueden agravarse por diabetes son la gingivitis y enfermedad periodontal, candidiasis bucal osteítis localizada (alveolo

seco), lengua ardorosa, xerostomía, sentido del gusto, hipoplasia del esmalte, glándulas salivales y sialosis.⁽¹³⁾

Los factores primordiales que contribuyen al alarmante aumento de casos de diabetes son: la dieta y la falta de ejercicio. En nuestra cultura actualmente, se observa el creciente consumo de "comida rápida", y el poco o nulo interés en el ejercicio.⁽²⁴⁾

En México, la diabetes mellitus tipo 2, se puede encontrar en adultos mayores de 20 años de edad, observándose un incremento de 6.7% en 1993 a 7.5% en el 2000, y dada la tendencia a incrementarse, se consideró que para el 2025 se alcanzará un porcentaje de 12.3% de incremento. Aproximadamente 80% de los mexicanos con diabetes se saben con la enfermedad, pero 20% ignoran su padecimiento.⁽¹²⁾

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT) reporta para el Distrito Federal un incremento para la diabetes de 30.9% (de 6.8% a 8.9%), respecto a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2000⁽¹⁵⁾.

2.1.3 Colesterol alto

La hipercolesterolemia consiste en la presencia de colesterol en sangre por encima de los niveles considerados normales. Este aumento, que se asocia a problemas coronarios, depende de la dieta, el sexo, el estilo de vida y la síntesis endógena. De esta manera, en la concentración de colesterol en sangre intervienen factores hereditarios y dietéticos, junto a otros relacionados con la actividad física.⁽¹⁰⁾

Entre los factores que influyen en el incremento del nivel de colesterol se encuentran las dietas inadecuadas, enfermedades hepáticas, endocrinas y renales y la administración de ciertas sustancias aumentan la síntesis de la lipoproteína LDL, (colesterol de baja densidad) que transporta el colesterol perjudicial para el organismo. De la misma manera existen factores hereditarios ocasionan un defecto genético que impide que el colesterol LDL sea degradado, con lo que los niveles de colesterol aumentan progresivamente. En estos casos

es frecuente la mortalidad temprana por infarto de miocardio o el engrosamiento de las arterias causado por la aterosclerosis. ⁽¹⁰⁾

El nivel de colesterol dependerá de los alimentos ingeridos y la capacidad de absorción de los receptores específicos. Asimismo, se pueden distinguir dos tipos de hipercolesterolemia: a) primaria, derivada de problemas en los sistemas transportadores del colesterol y factores genéticos, y b) secundaria; cuyo aumento de colesterol se asocia a ciertas enfermedades hepáticas (hepatitis, colostasis y cirrosis), endocrinas (diabetes mellitus, hipotiroidismo y anorexia nerviosa) y renales (síndrome nefrótico o insuficiencia renal crónica). Existen algunas sustancias que pueden aumentar los niveles de colesterol LDL favoreciendo el desarrollo de hipercolesterolemia, como los esteroides anabolizantes, los progestágenos, los betabloqueantes y algunas sustancias hipertensivas. ⁽¹⁰⁾

El colesterol total se sitúa entre los 100 y 160 mg/dl, mientras que los triglicéridos sufren importantes variaciones. Tras realizar la exploración física y establecer el nivel de colesterol en sangre se deben determinar los factores que influyen en su aumento, como la dieta, la administración de algún fármaco, o la presencia de alguna enfermedad, así como los factores genéticos y de riesgo que favorecen el desarrollo de enfermedades coronarias asociadas a la hipercolesterolemia, cabe mencionar que la hipercolesterolemia secundaria también puede detectarse mediante análisis de orina, midiendo la concentración sérica de tirotropina, glucosa y fosfatasa alcalina. ⁽¹⁰⁾

Generalmente todas las personas que sufren hipercolesterolemia deben realizar un tratamiento dietético para reducir el nivel de colesterol LDL, aumentar su actividad física y eliminar los factores de riesgo que puedan favorecer el desarrollo de patologías asociadas. El tratamiento farmacológico se reserva para los pacientes que tienen un riesgo muy elevado de padecer enfermedades cardiovasculares. Una vez establecido el tratamiento hay que realizar controles periódicos de la concentración de colesterol en sangre. Las sustancias más utilizadas en el tratamiento farmacológico para reducir la concentración de colesterol en sangre es el ácido nicotínico y las estatinas. Asimismo, pueden utilizarse derivados del ácido líbrico, probucol o la terapia hormonal sustitutiva con estrógenos. ⁽¹⁰⁾

2.1.4 Obesidad

La obesidad es una enfermedad crónica, que se produce por un desbalance entre el gasto y la ingesta energética. El exceso de energía es almacenado en las células adiposas las cuales se hipertrofian y/o aumentan en número. Las complicaciones médicas de la obesidad son secundarias a esta hiperplasia e hipertrofia de los adipocitos. El aumento del tejido adiposo tiene un efecto de "masa" en los diferentes sistemas del cuerpo humano pero además, los adipocitos hipertrofiados secretan ácidos grasos libres y péptidos hormonales, tales como la adiposina o complemento D y la leptina. Estos últimos son los responsables de que el adipocito se considere como una célula endocrina y el tejido adiposo como un órgano respectivamente. Sin embargo, desde una perspectiva fisiopatológica la liberación de los ácidos grasos libres es el factor más importante.⁽²⁵⁾

La distribución de la grasa corporal ocurre como respuesta a los péptidos liberados por el adipocito. La acumulación de grasa visceral es modulada por varios factores, tales como los andrógenos y los estrógenos producidos por las gónadas y las glándulas suprarrenales, y su secreción es dependiente de la edad y del sexo.⁽²⁶⁾ La cantidad de grasa corporal a su vez, se relaciona con el grado de resistencia insulínica asociado a la obesidad. La resistencia insulínica (RI) comienza en la niñez por una interacción entre factores genéticos y ambientales, sin embargo, aún está poco claro como se desarrolla en la infancia. La RI conlleva a un hiperinsulinismo, que produce un aumento en la síntesis de ácidos grasos por el hígado y los adipositos, los que son responsables del desarrollo precoz de las co- morbilidades asociadas a la obesidad.⁽²⁷⁾

Las complicaciones de la obesidad por lo tanto, pueden ser clasificadas en dos categorías fisiopatológicas, aquellas que ocurren por el aumento de masa grasa y las patologías secundarias a los cambios metabólicos.⁽²⁸⁾

La obesidad es considerada en la actualidad como una epidemia mundial y su presencia fortalece la aparición de otras enfermedades psicológicas, ortopédicas, cardiovasculares y endócrinas.⁽²⁸⁾

2.1.5 Hipertiroidismo

La glándula tiroides se localiza en el cuello, produce varias hormonas que controlan la forma en que cada célula en el cuerpo usa la energía (metabolismo) y forma parte del sistema endocrino. ⁽²⁹⁾

El hipertiroidismo o tirotoxicosis se produce cuando la tiroides libera cantidades excesivas de la hormona tiroidea en un período de tiempo corto (aguda) o largo (crónica). Los síntomas de esta enfermedad son: aumento del apetito, nerviosismo, inquietud, intolerancia al calor, aumento de la sudoración, fatiga, irregularidades en la menstruación, se puede presentar bocio, debilidad, dificultad para dormir, náuseas y vómitos, prurito generalizado, sensación de latidos cardíacos, temblor en las manos, pérdida de cabello, diarrea, desarrollo de mamas en los hombres, presión sanguínea alta y ojos saltones (exoftalmos). ⁽²⁹⁾

El examen físico puede revelar agrandamiento de la tiroides o bocio. Los signos vitales (temperatura, pulso, frecuencia respiratoria, presión sanguínea) muestran aumento de la frecuencia cardíaca. La presión sanguínea sistólica (el primer número en una lectura de la presión sanguínea) puede estar elevada. ⁽²⁹⁾

Las manifestaciones bucales que en este padecimiento se pueden observar son: una erupción precoz con aumento a la susceptibilidad cariosa por consumo compensatorio de carbohidratos para satisfacción de necesidades calóricas siendo esta causa la susceptibilidad a enfermedad periodontal. En la lengua puede encontrarse tejido ectópico tiroideo funcional, remanente del conducto tirogloso. El hueso de los maxilares puede mostrar ensanchamiento del patrón trabecular, disminución de lámina dura y existe un aumento en la incidencia de quistes mandibulares. Los fármacos antitiroideos pueden llegar a producir agranulocitosis secundaria y la aparición de úlceras orofaríngeas. ⁽³⁰⁾

El tratamiento varía dependiendo de la causa de la afección y la gravedad de los síntomas. El hipertiroidismo usualmente se trata con medicamentos antitiroideos, yodo radiactivo (que destruye la tiroides y detiene la producción excesiva de hormonas) o cirugía para extirpar la tiroides. En caso de que se deba extirpar la tiroides (por radiación o cirugía), será necesario someterse a una terapia de reemplazo de hormona tiroidea por el resto de la vida. ⁽²⁹⁾

Los betabloqueadores, como el propranolol, se utilizan para tratar algunos de los síntomas como frecuencia cardíaca rápida, sudoración y ansiedad, hasta que se pueda controlar el hipertiroidismo.⁽²⁹⁾

2.1.6 Hipotiroidismo

Es una afección en la cual la glándula tiroides no logra producir suficiente hormona tiroidea. La glándula tiroides, ubicada en la parte anterior del cuello justo debajo de la laringe, secreta hormonas que controlan el metabolismo del cuerpo. Dichas hormonas son la tiroxina (análisis de T4) y tridoyotironina (análisis de T3).⁽²⁹⁾ La secreción de T3 y T4 por parte de la tiroides es controlada por la glándula pituitaria y el hipotálamo, el cual forma parte del cerebro. Los trastornos de la tiroides pueden causarse no sólo por defectos en la propia glándula, sino también por anomalías de la pituitaria o el hipotálamo.⁽²⁹⁾

La causa más común de hipotiroidismo es la tiroiditis de Hashimoto, una enfermedad de la glándula tiroides, donde el sistema inmunitario del cuerpo ataca dicha glándula. La incapacidad de la pituitaria para secretar una hormona que estimule la glándula de la tiroides (hipotiroidismo secundario) es una causa menos común de hipotiroidismo. Otros aspectos asociados son: defectos congénitos, extirpación quirúrgica de la glándula tiroides, irradiación de la glándula o afecciones inflamatorias.⁽²⁹⁾

El hipotiroidismo, o baja actividad de la glándula tiroides, puede causar diversos síntomas y puede afectar a todas las funciones corporales. El ritmo del funcionamiento normal del cuerpo disminuye, causando pesadez mental y física. Los síntomas pueden variar de leves a severos y su forma más grave, denominada mixedema, es una emergencia médica. El coma por mixedema se presenta cuando el nivel de la hormona tiroidea en el cuerpo se vuelve extremadamente bajo y se trata con el reemplazo de tiroides por vía intravenosa y la terapia con esteroides. Se puede indicar terapia de apoyo (oxígeno, respiración artificial, reemplazo de líquidos) y atención en cuidados intensivos.⁽²⁹⁾

Los principales factores de riesgo comprenden tener más de 50 años, ser mujer, ser obeso, cirugía de tiroides y exposición del cuello a tratamientos con radiación o con rayos X. ⁽²⁹⁾

Dentro de los síntomas iniciales se destacan: debilidad, fatiga, intolerancia al frío, estreñimiento, aumento de peso (involuntario), depresión, dolor muscular o articular, uñas quebradizas y débiles, debilitamiento del cabello y palidez.³¹ Las manifestaciones bucales en este padecimiento son procesos de exfoliación y erupción retardada (en ambas denticiones), la encía puede parecer esponjosa o presentar hiperplasia irritativa secundaria a la resequedad que causa la respiración bucal. También hay cambios cutáneos: piel seca, mixedema, mismos que le dan a la cara una sensación de plenitud, agrandándose además labios, nariz y orejas. También se observara macroglosia que induce a la respiración bucal, cuya resequedad de la boca y, representa una propensión mayor a caries y enfermedad periodontal. En ocasiones siendo parte de un síndrome como otras enfermedades endocrinas y alteraciones inmunitarias, el hipotiroidismo puede presentar manifestaciones de candidiasis bucal de difícil control. ⁽³⁰⁾

El propósito del tratamiento es reemplazar la hormona tiroidea deficiente. La levotiroxina es el medicamento usado más comúnmente y se utiliza la dosis efectiva más baja para aliviar los síntomas y normalizar la hormona estimulante de la tiroides. Se necesita la terapia de por vida y se debe continuar con los medicamento aún si los síntomas desaparecen. Se deben controlar los niveles de la hormona tiroidea anualmente hasta que se determine una dosis estable del medicamento. Después de que se inicia la terapia de reemplazo, se debe informar sobre cualquier síntoma de incremento de actividad de la tiroides, tales como la inquietud, pérdida de peso y sudoración.⁽³⁰⁾

2.1.7 Rinitis alérgica

La rinitis alérgica es uno de los padecimientos crónicos más comunes. La afección puede hacer que tenga secreción nasal y sufra de comezón durante todos los meses de florecimiento de las plantas, o al exponerse a otros factores alérgicos desencadenantes. Se caracteriza por estornudos, rinorrea, congestión

nasal y prurito de nariz, paladar y ojos, otros síntomas pueden ser oídos tapados, tos y “aclaramiento” de la garganta.⁽³¹⁾

La rinitis alérgica es una enfermedad inflamatoria de la mucosa nasal mediada por inmunoglobulina E (IgE), que se divide en estacional y perenne.⁽³²⁾

En la rinitis alérgica los síntomas principales son enrojecimiento e irritación en la nariz, estornudo y rinorrea, congestión nasal, también puede estar acompañada de enrojecimiento de garganta, ojos y oídos. En 20% de los pacientes que padecen rinitis alérgica se encuentran casos asociados al asma. La evolución natural de la enfermedad y la presencia de complicaciones o cronicidad puede llegar a ser bastante molesta e inclusive incapacitante, el dolor de cabeza, falta de concentración, sinusitis, conjuntivitis y síndrome de fatiga crónica son responsables de un gran número de incapacidades y ausentismos laborales. Se encuentra asociada a diferentes épocas del año, de acuerdo con las etapas de polinización propias de cada región, siendo de marzo a junio los meses de mayor incidencia del padecimiento en nuestra ciudad.⁽³³⁾

La rinitis alérgica perenne responde a alérgenos particularmente intradomiciliarios, siendo los más importantes los ácaros, el polvo casero y la caspa de animales y en menor grado los hongos. Los síntomas de esta alergia son prácticamente los mismos, pero la congestión nasal es más permanente y el enrojecimiento de ojos casi nunca llega a ser un problema. Los síntomas son continuos, persistentes y crónicos, la aparición de complicaciones ocurre en menos tiempo por la constancia del estímulo, el paciente acude al médico con datos de complicación como son la sinusitis, respiración oral, ronquido o “resfriado” permanente, en niños es común la presencia de constantes cuadros infecciosos de vías respiratorias superiores, falta de crecimiento y congestión nasal.⁽³⁴⁾

Esta enfermedad se ha establecido como el sexto padecimiento crónico de la población. Su morbilidad está condicionada por una serie de complicaciones que se presentan como: sinusitis, disfunción de la Trompa de Eustaquio, disosmia, ronquido y complicaciones propias de la respiración oral permanente.⁽³⁴⁾

2.1.8 Migraña

Es un tipo común de dolor de cabeza que puede ocurrir con síntomas como náuseas, vómitos o sensibilidad a la luz. En muchas personas, se siente un dolor pulsátil únicamente en un lado de la cabeza.⁽³⁵⁾

La migraña afecta a muchas personas, de hecho 11 de cada 100 la padecen. Los dolores de cabeza tienden a comenzar entre los 10 y 46 años de edad pueden darse en familias y se presentan con más frecuencia en mujeres que en hombres.⁽³⁶⁾

Algunas personas que padecen migrañas tienen síntomas de advertencia, llamados aura, antes de que comience el verdadero dolor de cabeza. Un aura es un grupo de síntomas, generalmente alteraciones en la visión como ver estrellas o líneas en zig-zag, tener visión en túnel o punto ciego temporal. Sin embargo, la mayoría de las personas no presentan tales signos de advertencia.⁽³⁶⁾

Los ataques de migraña pueden ser desencadenados por: reacciones alérgicas, luces brillantes, ruidos fuertes y ciertos olores o perfumes, estrés físico o emocional, cambios en los patrones de sueño, hábito de fumar o exposición al humo del tabaco, no realizar las comidas en el horario correspondiente, alcohol, fluctuaciones de los ciclos menstruales o el uso de píldoras anticonceptivas, cefalea tensional, alimentos que contengan tiramina (vino rojo, queso curado, pescado ahumado, hígados de pollo, higos, algunas legumbres), glutamato monosódico (GMS) o nitratos (como el tocino, los perros calientes y el salami), otros alimentos como el chocolate, las nueces y la mantequilla de maní, el aguacate, el plátano, los cítricos, las cebollas los productos lácteos los alimentos fermentados o encurtidos.⁽³⁶⁾

Las migrañas, que pueden fluctuar de sordas a intensas, generalmente presentan las siguientes características: pulsátiles (como latidos), usualmente son más intensas a un lado de la cabeza y duran de 6 a 48 horas. Los síntomas asociados abarcan: náuseas y vómitos, sensibilidad a la luz o al sonido, inapetencia, fatiga, entumecimiento, hormigueo o debilidad.⁽³⁶⁾

No existe una cura específica para las jaquecas o migrañas. El objetivo es prevenir los síntomas evitando o alterando los factores desencadenantes. Cuando

se tienen síntomas de migraña, se debe controlar de inmediato, ya que posiblemente el dolor de cabeza sea menos intenso. ⁽³⁶⁾

Los analgésicos de venta libre como el acetaminofén (paracetamol), el ibuprofeno o la aspirina son usualmente eficaces, especialmente cuando la migraña es leve sin embargo, se debe tener en cuenta que el uso crónico de tales analgésicos puede ocasionar cefaleas de rebote. Si éstos no son de mucha ayuda, se debe consultar con el médico para que éste haga una prescripción. ⁽³⁶⁾

2.1.9 Epilepsia

La Epilepsia constituye un grupo de trastornos caracterizados por la presencia de alteraciones crónicas, recidivantes y paroxísticas de la función neurológica; secundaria a un trastorno en la actividad eléctrica del cerebro. ⁽³⁷⁾

La mayoría de los estudios estiman la incidencia de la epilepsia en 0,5-2% del total de la población. ⁽³⁸⁾

Las crisis epilépticas pueden tener un carácter convulsivo cuando se acompañan de manifestaciones motoras o bien, se pueden presentar con otro tipo de alteraciones en la función neurológica. Los cambios progresivos de la Epilepsia sugieren la existencia del llamado intervalo silencioso, que a menudo dura años y puede estar relacionado con el antecedente de una infección del sistema nervioso central, traumatismo craneoencefálico, ataques febriles y posteriormente aparecer la Epilepsia. Se postulan alteraciones en la expresión génica y molecular de los individuos, no obstante, puede aparecer en forma idiopática en personas que no presentan antecedentes de trastornos ni disfunción neurológica. ⁽³⁹⁾

Aunque los síntomas no son necesariamente indicativos de la epilepsia, es importante resaltar algunos como: momentos de ausencia o períodos de confusión en cuanto a la memoria, episodios de mirada fija o falta de atención, (como si estuviera soñando despierto), movimientos incontrollables de los brazos y piernas, desmayo con incontinencia o seguido por fatiga excesiva, sonidos raros, percepción distorsionada, o inexplicables sentimientos de temor. ⁽⁴⁰⁾ Dentro de las manifestaciones bucales ocasionadas por medicamentos encontramos hiperplasia gingival, resequedad oral, y lesiones liquenoides, rojas o eritematosas, parestesia

en maxilares y cara, petequias hematomas, fisuras linguales y labiales por resequedad mucosa, así como ulceraciones por fricción y predisposición a candidiasis, caries y enfermedad periodontal por falta de lubricación de los tejidos orales y piezas dentarias. También pueden presentarse manifestaciones orales propias de una crisis epiléptica pasada, que dependiendo de su magnitud, pueden manifestarse como grados variables de disfunción sensorial de los tejidos orales y peribucales como disestesias neuralgias, trastornos en la percepción del gusto, desorientación de estímulos dolorosos de origen dental lo que complica significativamente el diagnóstico y la ubicación exacta del problema.⁽³⁰⁾

El tratamiento médico eficaz en el control de la epilepsia se basa en la utilización de depresores no específicos del SNC.⁽³⁰⁾

2.1.10 Gastritis

La Gastritis es una serie de alteraciones de tipo inflamatorio en el estómago, generalmente en la mucosa gástrica. Comienza como una irritación localizada por exceso de secreción ácida, por alimentos irritantes o por medicamentos, sin embargo en la mayoría de los casos existe una infección por el *Helicobacter Pilory* (HP).⁽⁴¹⁾

En los países en vías de desarrollo con un sistema sanitario deficiente, y con bajo nivel cultural y económico la prevalencia de gastritis crónica asociada a H.P. es de 60 a 80% en niños y de 100% en adultos y ancianos. En los países desarrollados con mejor asistencia sanitaria, cultural y mayores ingresos económicos la prevalencia en niños es de 5 a 10% y en adultos 20 a 30% siendo de un 60 a 70% en los mayores de 40 años.⁽⁴¹⁾

La H.P. es la bacteria responsable de la mayoría de las úlceras y de la gastritis crónica. Esta bacteria puede debilitar la cubierta que protege al estómago y la primera parte del intestino delgado (duodeno), ocasionando que los jugos digestivos irriten el revestimiento sensible de estas partes del cuerpo.⁽⁴²⁾

Se han realizado varias clasificaciones de la gastritis, pero las más importantes son la gastritis aguda o crónica. La gastritis aguda, se caracteriza por una inflamación súbita de la mucosa del estómago, producida por cualquier clase

de irritantes ingeridos vía oral. Bebidas extremadamente calientes o fríos, consumo excesivo de alcohol, tabaquismo, consumo de alimentos picantes, condimentados, agentes infecciosos bacterianos o virus, por la *H.P.* ingesta de agentes cáusticos o corrosivos (accidental), consumo de cualquier medicamento (antibióticos, vitaminas, calcio) y estrés.⁽⁴²⁾

La gastritis crónica se presenta por una inflamación prolongada del revestimiento del estómago, puede ser ocasionada por la irritación constante que provoca el uso de antiinflamatorios no esteroides, o analgésicos como la aspirina, infección con la bacteria *H.P.*, degeneración del revestimiento del estómago por la edad o por reflujo biliar crónico.⁽⁴³⁾ En algunas ocasiones no presenta sintomatología, sin embargo, cuando se presenta, lo habitual es un dolor abdominal inespecífico, inflamación del estómago, flatulencias, acidez, vómitos con o sin sangre, defecaciones oscuras, falta de apetito y ardor en el estómago, entre otros. La gastritis provocada por *H.P.* a la larga causa úlcera péptica, que se caracteriza por un dolor intenso en la parte alta del abdomen, generalmente, dos a tres horas antes de las comidas, el dolor normalmente desaparece al ingerir alimentos, o antiácidos, los síntomas aparecen y desaparecen por períodos variados.⁽⁴⁴⁾

Dentro de las manifestaciones orales que podemos encontrar en un paciente con gastritis son la hiposalivación y xerostomía, lesiones epiteliales o cambios asociados a la anemia como lesiones rojas petequiales o eritematosas, queilitis angular, atrofia y ulceración mucosa así como glositis y depapilización de la lengua.⁽³⁰⁾

Generalmente, el tratamiento de la gastritis incluye antiácidos y otros medicamentos que ayudan a disminuir la acidez estomacal, alivian los síntomas y estimulan la curación del revestimiento del estómago, puesto que el ácido irrita al tejido inflamado. Si la gastritis está relacionada con una enfermedad o una infección, también se tratará ese problema. Se recomienda evitar comidas, bebidas o medicamentos que causan síntomas o irritan el revestimiento del estómago. Asimismo si está relacionada con el fumar, evitarlo.⁽⁴⁵⁾

2.1.11 Colitis Nerviosa

La colitis es un grupo de trastornos inflamatorios crónicos del aparato gastrointestinal, por causas desconocidas. Se caracterizan por la aparición de una inflamación repetitiva del intestino delgado y/o grueso (colón) y del recto. Con síntomas como el dolor abdominal, diarrea y heces con sangre. La colitis, generalmente tiene varios procesos que van desde los crónicos hasta los agudos y transitorios, así como los que tienen un origen específico, hasta los que no tienen una causa definida. ⁽⁴⁶⁾

La colitis puede presentarse a cualquier edad, suele manifestarse en adultos jóvenes de 20 a 35 años de edad con un segundo índice, que oscila entre 50 a 70 años. En México, sus víctimas suman unos 70 millones de personas, debido a la depresión, el estrés y la tensión nerviosa generados por el medio ambiente son como factores asociados a su desarrollo. Asimismo, los malos hábitos alimenticios, como el consumo de harinas blancas, condimentos, café en exceso, conservadores químicos, alcohol, tabaco y comer poca fibra, son aspectos presentes. ⁽⁴⁷⁾

Existen varios tipos de colitis y su origen es muy variado, desde factores ambientales y/o emocionales, trastornos de la dieta, enfermedades primarias, irritaciones del intestino por alteraciones de la flora bacteriana y uso de antibióticos, hasta parásitos (Amiba o Entamoeba Histolytica), bacterias (Campylobacter, Salmonella Typhi, Shigella), virus ó ulceraciones. ⁽⁴⁸⁾

El organismo de cada persona reacciona de diversas formas, ante cualquier situación emocional, pero el colon o intestino grueso son las partes del cuerpo que más afectados se ven por la presión o estrés y producen perturbaciones en sus funciones. ⁽⁴⁶⁾

Los síntomas más comunes son el estómago inflamado por la retención de gases, dolor en zona abdominal, náuseas, cólicos, ruidos en el abdomen, estreñimiento o diarrea y vómitos. Dependiendo del tipo de colitis y el tiempo de padecimiento pueden agregarse otros síntomas más graves, como hemorragia, diarrea intensa y deshidratación. ⁽⁴⁹⁾

El tratamiento dependerá de la causa que origine la colitis, como cambios de hábitos alimenticios una dieta saludable en la que se evite excesos de carnes rojas, embutidos, lácteos, condimentos artificiales, repollo, coliflor, lechuga, agregar bastante líquido y fibras a su dieta diaria, evitar fumar y tomar alcohol, prescribir medicamentos (antibiótico y otros como antiparasitarios), y en algunos casos el tratamiento podría ser quirúrgico. En una colitis nerviosa o colon espástico debe manejarse el estrés y el uso de medicamentos que regulen la motilidad del colon, así como una dieta adecuada.⁽⁵⁰⁾

Una manera de prevenirla es el incrementar el consumo de frutas, verduras, cereales integrales, hortalizas y té verde, ya que mantienen en buenas condiciones al aparato digestivo, moderar el consumo de grasas, productos derivados de la leche e irritantes del aparato digestivo, (café, cigarro, picante y bebidas gaseosas) e ingerir al menos ocho vasos de agua al día, así como evitar en la medida de lo posible el estrés y presiones entre otras.⁽⁵⁰⁾

2.1.12 Hemorroides

Las hemorroides son varices o inflamaciones de las venas en el recto y el ano. Anatómicamente son plexos, cojinetes o almohadillas de tejido submucoso donde están contenidas las vénulas y arteriolas superficiales del conducto anal. Normalmente son tres los cojinetes, localizados en la pared lateral izquierda, pared lateral derecha y en posición media posterior y funcionan en el mecanismo de continencia de las heces.⁽¹⁰⁾

A menudo, las inflamaciones de las hemorroides son consecuencia del esfuerzo del pujo para evacuar el intestino, aunque pueden ser causadas por otros factores como el embarazo, el envejecimiento y el estreñimiento crónico o la diarrea.⁽¹⁰⁾

El principal síntoma de las hemorroides es sangre roja brillante en las heces, en el papel higiénico o en el inodoro. Algunas causas que predisponen hemorroides son los factores hereditarios, estreñimiento que, al forzar el paso de las heces, comprime las venas hemorroidales, diarrea, que puede producir

irritación, ocupacional estar de pie o sentado durante mucho tiempo seguido, abuso de laxantes y factores nutricionales. ⁽¹⁰⁾

El tratamiento sólo se indica en casos sintomáticos, consiste en mantener una buena higiene anal y evitar rascar o frotar las hemorroides para ayudar a prevenir las infecciones, corregir el estreñimiento añadiendo fibra a la dieta, frutas, verduras, pan integral, líquidos abundantes, evitar esfuerzos al defecar y reducir el tiempo de defecación, asimismo como incluir baños tibios y medicación tópica. Las hemorroides complicadas pueden requerir cirugía. ⁽¹⁰⁾

2.2 Medicamentos

2.2.1 Analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINE)

Los AINES son un grupo variado y químicamente heterogéneos que se emplean para reducir los síntomas de la inflamación, el dolor y la fiebre respectivamente. ⁽⁵¹⁾ Todos ejercen sus efectos por acción de la inhibición de la enzima ciclooxigenasa, que permite al organismo producir prostaglandinas que participan en las respuestas inflamatorias al estimular las terminales nerviosas del dolor. ⁽⁵²⁾

Algunos de estos fármacos son el ácido acetilsalicílico, diclofenaco, naproxeno, ibuprofeno, ketoprofeno, piroxicam. ⁽⁵²⁾

2.2.2 Antiácidos

Un antiácido es una sustancia (generalmente una base), que actúa en contra de la acidez estomacal. El antiácido alcaliniza el estómago aumentando el pH. Los antiácidos más conocidos son el bicarbonato sódico (NaHCO_3), el carbonato cálcico (CaCO_3) y el hidróxido de magnesio (Mg(OH)_2) o aluminio (Al(OH)_3). ⁽⁵¹⁾

2.2.3 Antibióticos

Un antibiótico es una sustancia química producida por un ser vivo o un derivado sintético, que a bajas concentraciones mata por su acción bactericida o impide el

crecimiento, por su acción bacteriostática de ciertas clases de microorganismos sensibles.⁽⁵¹⁾

Los antibióticos más conocidos son la penicilina (ampicilina, amoxicilina, entre otros) y sus derivados, cefalosporinas, macrólidos, tetraciclinas, sulfamidas, quinolonas y aminoglúcidos.⁽⁵¹⁾

2.2.4 Antihipertensivo

El antihipertensivo es un medicamento que disminuye la presión sanguínea. Existen varios tipos como diuréticos, alfa y beta bloqueadores combinados e inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA), los más conocidos son captopril y enalapril.⁽⁵¹⁾

2.2.5 Hipoglucemiante

Los hipoglucemiantes orales son un conjunto heterogéneo de medicamentos que se caracterizan por producir una disminución de los niveles de glucemia luego de su administración por vía oral, cumpliendo con este propósito a través de mecanismos pancreáticos y/o extrapancreáticos. Los hipoglucemiantes orales abarcan cuatro familias de drogas bien definidas: sulfonilureas, biguanidas, inhibidores de las α – glucosidasas y tiazolidinedionas.⁽⁵³⁾

2.3 Alergias

Las alergias son un conjunto de alteraciones o respuesta inmunitaria por una extrema sensibilidad del organismo al tener contacto con ciertas sustancias a las que se hayan expuesto, normalmente procedente de factores externos y que usualmente no son dañinos en condiciones normales. Las sustancias que tienen la capacidad de provocar algún tipo de reacción alérgica se les denomina como sustancias alergénicas o alérgenos.⁽⁵⁴⁾

La genética, la epidemiología y la biología molecular intentan demostrar que la alergia no es simplemente un grupo de síntomas eventuales, realmente se

debe considerar como una enfermedad sistémica, con expresiones sintomatológicas confinadas en uno a varios órganos. ⁽⁵⁵⁾

En el momento que el sistema inmune reconoce un alérgeno, libera químicos como las histaminas, lo cual puede provoca prurito, hinchazón, producción de mucosidad, espasmos musculares, ronchas, erupción cutánea o sintomatologías que varían de persona a persona, y dependerá de la parte del cuerpo que tenga contacto con el alérgeno para desarrollar la sintomatología. En caso de haber complicaciones, se puede presentar anafilaxia (reacción alérgica potencialmente mortal) o problemas respiratorios y molestia durante la reacción alérgica. ⁽¹⁰⁾

Existen sustancias encontradas en el medio ambiente que por su composición o estructura se vuelven vulnerables a ser transportadas por el aire, a los que se les denomina aerotransportadas. Las más frecuentes lo constituyen los ácaros de polvo, insectos microscópicos que se alimentan de las células de la piel muerta que se desprende del cuerpo; el polen, también conocido como la fiebre de heno, partículas que al ser transportadas por el aire para fecundar a otras plantas, llegan a tener contacto con las personas; el moho compuesto por hongos que se desarrollan en ambientes cálidos y húmedos, tanto en exteriores e interiores, los alérgenos de origen animal, que generalmente provienen de los animales domésticos de sangre caliente, y las cucarachas. ⁽⁵⁶⁾

La mejor opción para reducir los síntomas de las alergias, es el tratar de evitar el contacto con el alérgeno, medicamento o alimento. En el caso de recurrir a la medicación, dependerá del grado del o los síntomas. Las enfermedades específicas que son causadas por las alergias (como asma, rinitis alérgica y eccema) pueden requerir otros tratamientos. ⁽⁵⁷⁾

Dentro de los medicamentos que suelen producir alergias se encuentran las sulfamidas, pirazolonas, hidantoínas y la penicilina. ⁽⁵⁸⁾ En caso de ser alérgico a la penicilina o algún derivado sintético de uso común (amoxicilina, cefalosporinas, entre otras), se debe evitar este medicamento y sus derivados sistémicos como la ampicilina, amoxicilina, bacampicilina, carbenicilin, cloxacilina y metampicilina, entre otros. Como alternativas se tiene los macrólidos, tetraciclinas, sulfamidas y quinolonas. ⁽⁵⁸⁾

Cuando se presenta alergia a la aspirina, se debe evitar los antiinflamatorios no esteroides, y recomendar paracetamol o salicilato sódico. ⁽⁶⁰⁾

Aún no se encuentra una cura definitiva para los problemas de alergia, pero siguiendo un control para reducir la exposición a los alérgenos y un tratamiento indicado por el alergólogo basado en antihistamínicos y corticosteroides, principalmente se logra estabilizar al paciente, en otros casos se puede aplicar la inmunoterapia (vacunas).⁽⁶¹⁾

2.4 Sustancias

2.4.1 Alcohol

El alcoholismo también conocido como dipsomanía es una dependencia adictiva a las bebidas alcohólicas. Es una droga de fácil acceso y propaganda constante provocando una influencia a nivel psicológico y social (medio ambiente). Esta adicción es realmente una enfermedad que afecta a hombres y mujeres, mostrando un alto índice entre la población joven, es progresivo y crónico, se ha observado un serio riesgo para la salud que generalmente termina siendo mortal como consecuencia de afecciones de tipo hepática como la cirrosis hepática, hemorragias internas, intoxicación alcohólica, hepatocarcinoma, pérdida del autocontrol, dependencia física, accidentes o suicidio. ^(62,63)

En México se estima que existen más de 2.8 millones de personas con síntomas de dependencia al alcohol, de las cuales casi un cuarto de millón son mujeres y cerca de 300 mil son menores de edad. Ante esta situación, la Secretaría de Salud refuerza las acciones en materia de prevención e información orientadas a disminuir estas cifras en esos grupos de población. En adolescentes se presenta un incremento en el índice de consumo, de 27% en 1998 a 35% en el 2002 entre los varones, mientras que en las mujeres se registra un aumento de 18% a 25% en el mismo periodo.⁽⁶⁴⁾

El alcohol es una sustancia depresiva que disminuye las funciones del sistema nervioso, afectando al organismo rápidamente. El alcohol no está regido por algún tipo de proceso digestivo por lo que generalmente ingresa al intestino delgado para después distribuirlo al torrente sanguíneo. Es mínima la cantidad

que llega a la sangre por las paredes estomacales. Finalmente el alcohol se metaboliza para ser aprovechado o eliminado. El hígado es el órgano encargado de combinarlo con oxígeno y descomponerlo, pero éste sólo puede lograr el 50% de descomposición del alcohol ingerido durante una hora, el resto permanece dentro del cuerpo hasta poderlo eliminar, sin embargo éste proceso se realiza muy lentamente. ⁽⁶⁵⁾

El alcohol afecta directamente al Sistema Nervioso Central y su consumo constante y abundante origina daños cerebrales, aparentemente el alcohol desinhibe y/o incrementa la excitación, pero en realidad tiende a deprimir, interfiere la vista distorsionándola; la coordinación motora, el balance y el lenguaje se ven fuertemente afectados. El consumo constante daña las paredes estomacales ayudando a la creación de úlceras, por otro lado es un precursor de acumulación de grasa en el hígado afectando su funcionalidad. ⁽⁶⁶⁾

Las personas alcohólicas a la larga padecen de trastornos mentales, hepáticos, posible hipertensión y sube los niveles de triglicéridos. ⁽⁶⁶⁾

Existen medicamentos que ayudan a provocar algún tipo de abstinencia, pero definitivamente no son la solución frente al alcoholismo, como el Disulfiram (Antabuse) que causa síntomas dolorosos, cefalea, náusea y vómitos, si una persona bebe alcohol mientras toma el medicamento. El Naltrexone (ReVia) empleado para tratar la adicción narcótica y el alcoholismo, bloquea los efectos placenteros del alcohol como el Acamprosate, que inhibe la transmisión del neurotransmisor que causa placer. El empleo de estos medicamentos disminuyen la ingesta de alcohol se alarga el tiempo entre las recaídas. ⁽⁶⁷⁾

2.4.2 Tabaco

El tabaquismo es la dependencia o adicción a inhalar y exhalar los humos producidos al quemar el tabaco, con un alto índice de dependencia, conduce a una intoxicación crónica, es un tipo de drogadicción aparentemente más aceptada socialmente. ⁽⁶⁸⁾

En México, alrededor del 22% de la población es fumadora y el grupo de hombres fumadores es de 80%. En población urbana fuman 26.4% de personas entre los 12 a 65 años de edad, y en el área rural el 14.3%. ⁽⁶⁹⁾

Desde el momento en el que se enciende un cigarro, se liberan numerosos componentes como el alquitrán, cianuro, benceno, monóxido de carbono, óxido de nitrógeno y nicotina, ya que realmente se componen de una gran cantidad de elementos químicos. La nicotina por ejemplo es un poderoso estimulante del sistema nervioso central, altamente adictivo. Es la principal causa de la adicción.⁽⁷⁰⁾

El hábito de fumar es realmente una drogadicción ya que cumple con los requisitos de consumo para calificarlo como tal, esto es: existe dependencia y síndrome de abstinencia, y comportamiento compulsivo. De tal manera, que la nicotina tiene un poder de adicción comparativamente con el de la cocaína o heroína, por lo que se vuelve una dependencia física y psicológica, convirtiéndose en una actividad grupal o individual.⁽⁷¹⁾

Las consecuencias o efectos más importantes del consumo de cigarro se establecen en el aparato circulatorio y lesiones en las arterias. Los fumadores son más vulnerables que los no fumadores a desarrollar el cáncer de pulmón y se incrementa la incidencia de muerte por causa de los problemas cardíacos a causa del cigarro.⁽⁷¹⁾

El tabaco en el aparato digestivo, puede ocasionar la estomatitis, el cáncer en el estómago, el mal aliento. Enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, y hasta desarrollar la ulcera duodenal.⁽⁷¹⁾

Dentro del plan de tratamiento para el tabaquismo existen dos opciones: métodos no farmacológicos como psicoterapia y métodos farmacológicos que consisten en reemplazar el suministro de nicotina fumada por un suministro de nicotina en diferentes vías como chicle de nicotina, parches de nicotina, e incluso cigarros que gradualmente van eliminando el porcentaje adquirido de nicotina, las últimas fases contienen un mínimo de este narcótico.⁽⁷¹⁾

2.5 Estado de salud bucal

La interrelación entre la salud bucal y general ha sido probada con evidencia científica, como lo es la enfermedad periodontal severa con la diabetes en las cuales se ha demostrado su asociación.⁽⁷²⁾

La cercana correlación entre varias enfermedades bucales y crónicas no transmisibles, es sobre todo por el resultado de factores de riesgo comunes. El actual significado, más amplio de la salud bucal, no disminuye la importancia de las dos enfermedades bucales principales, caries dental y enfermedad periodontal, ambas se pueden prevenir y controlar con eficacia con una combinación de acciones entre la comunidad, el profesional y la acción individual.^(73,74)

Un examen bucal cuidadoso puede detectar deficiencias alimenticias así como algunas enfermedades incluyendo infecciones microbianas, desórdenes inmunes, lesiones, y cáncer oral. Los tejidos orales también proporcionan información sobre las condiciones de órganos y de sistemas de las partes menos accesibles del cuerpo; por ejemplo, las glándulas salivales son un modelo de las glándulas exocrinas y un análisis de la saliva puede proporcionar hallazgos importantes sobre la salud o la enfermedad general.⁽⁷⁵⁾

La caries dental sigue siendo un problema de salud oral prevalente en la mayoría de los países industrializados, afectando entre el 60 y 90% de la población escolar y a la mayoría de los adultos. Es también la enfermedad bucal más frecuente de varios países asiáticos y latinoamericanos, mientras que parece ser menos común y menos severa en la mayoría de los países africanos.⁽⁷⁶⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS), espera que la incidencia de la caries dental aumente en muchos países en vías de desarrollo y en África, particularmente como resultado de un consumo cada vez mayor de azúcares y a la exposición inadecuada a los fluoruros.⁽⁷⁶⁾

Dentro de la transición demográfica hacia el envejecimiento que está viviendo nuestro país, donde 1 de cada 20 personas tienen 60 años o más y se estima que para el año 2050, 1 de cada 4 los tendrá y debido a que este grupo de edad sufre cambios sustanciales en la dieta, influenciado por los bajos recursos

económicos, la pérdida de gran número de dientes, así como la presencia de infecciones bucales recurrentes y crónicas y al no incluirse la atención odontológica como parte integral de la atención médica, no se podrá gozar de una salud general, viéndose disminuida su calidad de vida.⁽⁷⁷⁾

Debido a que para las tres principales causas de muerte en mayores de 20 años y más, en el 2005 (diabetes, cardiopatía isquémica y la enfermedad vascular cerebral) se ha demostrado que las enfermedades periodontales, los abscesos dentarios e infecciones crónicas, son un factor de riesgo.⁽⁷⁸⁾

2.5.1 Estado Periodontal

El cálculo o sarro, definido como una masa adherente calcificada, o en vías de calcificación, se forma en la superficie de la dentición natural y las prótesis dentales, constituida por placa bacteriana mineralizada. Se cataloga como supra o subgingival según su relación con el margen de la encía.⁽⁷⁹⁾

El sangrado de la encía varía en intensidad, duración y facilidad con la que surge. Por tanto es de gran valor para el diagnóstico precoz y la prevención de enfermedad periodontal en estados avanzados. El sangrado al sondeo aparece más temprano que el cambio de color u otros signos de la inflamación, debido a esto la salida de sangre resulta un signo mas objetivo que exige una estimación menos subjetiva de parte del examinador.⁽⁷⁹⁾

La supuración o formación y salida de pus es un rasgo frecuente en la enfermedad periodontal, pero sólo un signo secundario. La presencia o facilidad con que el pus se puede exprimir de una bolsa sólo denotan la naturaleza de los cambios inflamatorios de la bolsa y no la profundidad de ésta o la gravedad de la destrucción de los tejidos de soporte.⁽⁷⁹⁾

La recesión consiste en la exposición de la superficie radicular por una desviación apical en la posición de la encía. Existen dos tipos de recesión la visible clínicamente, y la oculta cubierta por encía y sólo se puede medir insertando una sonda hasta el nivel de la inserción epitelial. Dentro de los factores considerados etiológicos de la recesión se encuentran una técnica defectuosa del

cepillado dental, mal posición dentaria, fricción a partir de los tejidos blandos, inflamación de la encía e inserción alta de los frenillos.⁽⁷⁹⁾

La movilidad dentaria esta dada por la falta o destrucción de los tejidos de soporte, que corresponden a un estado avanzado de enfermedad periodontal o traumatismo.⁽⁷⁹⁾

La gingivitis o inflamación de la encía es la forma más común de enfermedad gingival. La placa bacteriana causa la inflamación, y los factores de irritación, que favorecen al acúmulo de placa, a menudo están presentes en el ambiente gingival.⁽⁷⁹⁾

La periodontitis es el tipo mas frecuente de enfermedad periodontal y surge de la extensión del proceso inflamatorio iniciado en la encía hacia los tejidos periodontales. Se cataloga según la velocidad con que avanza y según la edad de inicio.⁽⁷⁹⁾

2.5.2 Caries

La caries es una enfermedad infectocontagiosa multifactorial que se caracteriza por la destrucción de los tejidos duros del diente como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana a partir de los restos de alimentos, que se exponen a las bacterias que fabrican ese ácido de la dieta. La destrucción química dental se asocia a la ingesta de azúcares y ácidos contenidos en bebidas y alimentos, la caries dental se asocia también a errores en las técnicas de higiene así como pastas dentales inadecuadas, falta de cepillado dental, ausencia de hilo dental, así como también con una etiología genética, se estudia aún la influencia del pH de la saliva en relación a la caries. Tras la destrucción del esmalte ataca a la dentina y alcanza la pulpa dentaria produciendo su inflamación, pulpitis, y posterior necrosis. Si el diente no es tratado puede llevar posteriormente a la inflamación del área que rodea el ápice produciéndose una periodontitis apical, y pudiendo llegar a ocasionar un absceso o una celulitis.⁽⁸⁰⁾

2.5.3 Análisis de la Oclusión

Clasificación Angle

Fue a principios del siglo XX, cuando Edward Angle estableció una clasificación basada en la relación de cúspides entre los primeros molares superiores e inferiores, la cual ha sido tomada como patrón de referencia para las maloclusiones de origen dentario⁽⁸¹⁾, con base en esta relación se clasifican en:)

Clase I: Cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco vestibular del primer molar inferior.⁽⁸¹⁾

Clase II: Cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye por delante de la cúspide mesiovestibular del primer molar inferior (división 1 y 2).⁽⁸²⁾

Clase II división 1. Si los incisivos superiores se encuentran en labioversión.⁽⁸¹⁾

Clase II división 2 .Si los incisivos centrales superiores se encuentran en posición casi normal o ligera linguoversión y los laterales se encuentran labial y mesialmente.⁽⁸¹⁾

Clase III: Cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye por detrás de la cúspide distovestibular del primer molar inferior.⁽⁸¹⁾

Oclusión cruzada

Cuando encontramos la relación de los dientes superiores con los inferiores en una posición anormal, se pueden dar en el sector anterior, posterior, unilateral y bilateral, esta posición va a dar lugar a anomalías que se ven frecuentemente. Se caracteriza por tener paladar profundo y estrecho.⁽⁸²⁾

Mordida abierta

Se llama así cuando algunos dientes no presentan contacto entre los superiores e inferiores. Se aprecia una abertura al cierre de las arcadas, pueden ser mordida abierta posterior o anterior.⁽⁸²⁾

Oclusión borde a borde

Se identifica cuando los bordes incisales de los incisivos superiores van a contactar con los bordes incisales de los incisivos inferiores.⁽⁸²⁾

Sobremordida

Horizontal: Es la distancia que se da desde el borde incisal de los incisivos superiores a la cara vestibular de los incisivos inferiores. Se le llama también overjet.

Vertical: Es la distancia entre el borde incisal de los incisivos superiores al borde incisal de los incisivos inferiores que va hacer perpendicular al plano de oclusión. También se le puede llamar overbite.⁽⁸²⁾

2.5.4 Articulación Temporomandibular (ATM)

Es la articulación entre el hueso temporal y la mandíbula. En realidad son dos articulaciones, una a cada lado de la cabeza, que funcionan sincrónicamente. Es la única articulación móvil entre los huesos de la cabeza. La ATM es una articulación diartrodial doble, debido a la presencia de menisco intraarticular, con cara articular superior entre tubérculo articular, cavidad glenoidea y tubérculo postglenoideo del temporal y cara superior del menisco (articulación artrodial o casi plana) y cara articular inferior entre el menisco y el cóndilo mandibular (como articulación troclear, pero los cuales en conjunto se comportan como enartrodial.⁽⁸³⁾

El único reforzamiento de la ATM es el ligamento temporomandibular, lateral. Los trastornos de la ATM son problemas o síntomas de las articulaciones que conectan la mandíbula inferior al cráneo. Los más frecuentes son chasquidos y ruidos articulares, sensibilidad a la palpación lateral y posterior de la ATM, sensibilidad de los músculos masticadores al palparlos, limitación de los movimientos mandibulares, el rechinar nocturno, el bruxismo, cefaleas, el desgaste dental (atrición no funcional) las interferencias en posición céntrica, el dolor periodontal y/o la dificultad durante la masticación; pero son menos comunes aunque más representativos el dolor facial difuso, la otalgia (dolor de

oído) , el tinnitus (escuchar ruidos sin ninguna causa externa)y la hipermovilidad mandibular. ⁽⁸³⁾

Entre los trastornos poco frecuentes se encuentra la luxación, también conocida como bloqueo abierto, es una situación clínica en la que el cóndilo está posicionado por delante de la eminencia articular y no es capaz de volver a su posición inicial (boca cerrada) debido al espasmo de la musculatura masticatoria. Los signos y síntomas son: imposibilidad de cerrar la boca, depresión preauricular de la piel, aumento de la salivación, espasmo de los músculos masticatorios, dolor severo en ATM. ⁽⁸³⁾

Los factores que desencadenan estos trastornos son el estrés, mala postura, una dieta deficiente y la falta de sueño. Otras posibles causas de síntomas relacionados con la ATM son, entre otras: artritis, fracturas, dislocaciones y problemas estructurales presentes al nacer. ⁽⁸³⁾

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, México se enfrenta a problemáticas de salud importantes entre las que destacan: el incremento de las enfermedades sistémicas en individuos cada vez más jóvenes y el aumento en la esperanza de vida, acompañada de padecimientos y afecciones propias de la edad avanzada. Dichas enfermedades varían no sólo en función de la edad, sino que también con relación al medio ambiente en el que se desarrollen los individuos, así como con las conductas que las personas realizan respecto al cuidado de su estado de salud general. Las medidas que se han tomado para contrarrestar esta problemática en ocasiones no han sido las adecuadas, dado que se proponen estrategias de manera general, sin considerar que las características de las comunidades varían de un estado a otro, de un municipio a otro, y en el caso del Distrito Federal, de una delegación a otra.

La Facultad de Odontología cuenta con una Clínica de Admisión en el edificio central, en donde se realiza una historia clínica a los pacientes de primer ingreso (anexo1), que se archivan en la dependencia. Con esta información se realiza un reporte general el cual está disponible en la página web de la FO, así como en la Clínica de Admisión. Para las clínicas periféricas este registro se realiza en cada una de ellas, pero la información registrada no se sistematiza como se hace con la obtenida de los expedientes clínicos del edificio central, por tanto, no se tiene un referente del estado de salud bucodental y general de los pacientes que acuden a las diferentes clínicas periféricas y en consecuencia, no se tiene un diagnóstico que permita tomar decisiones respecto a estrategias e implementación de programas que permitan contrarrestar la morbilidad detectada en las poblaciones.

Por lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la morbilidad de pacientes de dieciséis a ochenta años de edad que solicitaron atención dental por primera vez en cuatro de las nueve clínicas periféricas de la Facultad de Odontología en el turno matutino durante el ciclo escolar 2009 – 2010?

4. JUSTIFICACIÓN

La Facultad de Odontología de la UNAM es el referente educativo más importante del país en materia odontológica; por su infraestructura, matrícula, planta académica, ubicación geográfica (se encuentra en el Distrito federal, entidad con mayor número de habitantes en México), y porque es la que atiende la mayor cantidad de pacientes; por esta razón es importante que la información respecto al estado de morbilidad de la población que en ella se genere, sea analizada para colaborar a las cifras que reporta anualmente la Secretaría de Salud.

Con este propósito, dado que aproximadamente el 33%⁽⁸⁴⁾ de los pacientes de primer ingreso de la Facultad de Odontología pertenecen a clínicas periféricas, resulta de interés personal, dar a conocer el estado de salud sistémico y bucal que prevalece en pacientes atendidos en dichas clínicas, así como los medicamentos y sustancias de mayor consumo para que tanto alumnos como profesores, tenga un panorama mas amplio de características de la población que es atendida.

Con base en los resultados de este estudio, se determinaron las principales enfermedades que refieren los pacientes al momento de realizarles la historia clínica, así como su comportamiento con los intervalos de edad y género en el que prevalecen. Asimismo, enfatizar sus características y su manejo dentro de la atención odontológica en el contenido de algunos programas de estudio en asignaturas como Medicina bucal, Farmacología, Oclusión, Propedéutica Médica Odontológica, entre otras, relacionados con el protocolo de atención bucodental en pacientes con enfermedades sistémicas

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Describir la morbilidad de pacientes de dieciséis a ochenta años de edad, que solicitaron atención dental por primera vez en las Clínicas Periféricas: Aragón, Milpa Alta, Oriente y Padierna de la Facultad Odontología, en el turno matutino durante el ciclo escolar 2009-2010.

5.2 Objetivos Específicos

- Identificar las enfermedades sistémicas que tienen mayor prevalencia así como señalar en qué intervalos de edad y en qué sexo predominan.
- Identificar las alergias que presentan con mayor frecuencia los pacientes que solicitaron atención dental.
- Identificar los principales tipos de medicamentos y sustancias que ingieren los pacientes.
- Determinar la prevalencia de caries en la población de estudio, por sexo y por edad.
- Describir el estado y prevalencia de salud periodontal de los pacientes.
- Describir el tipo de oclusión (clasificación de Angle) y la prevalencia de alguna alteración relacionada con aquélla (Oclusión Cruzada, Mordida Abierta, Oclusión Borde a Borde y Sobremordida).
- Identificar los síntomas de la articulación temporomandibular que se presentan con mayor frecuencia.

6 MATERIAL Y MÉTODOS

6.1 Tipo de estudio

Estudio transversal descriptivo retrospectivo.

6.2 Población de estudio

Historias clínicas de pacientes que solicitaron atención dental en cuatro clínicas periféricas de la Facultad de Odontología de la UNAM (Aragón, Milpa Alta, Oriente y Padierna) en el turno matutino en el periodo comprendido entre agosto de 2009 a abril de 2010

6.3 Criterios de inclusión.

Historias Clínicas de pacientes de dieciséis a ochenta años de edad que solicitaron atención en las clínicas periféricas, que hayan sido llenadas correctamente y que sean legibles.

6.4 Metodología

Para poder cubrir los objetivos de esta investigación, fue necesario realizar las siguientes actividades:

En primer lugar, se solicitó autorización a los Jefes de Enseñanza de las Clínicas Periféricas del turno matutino (ver anexo 2), para revisar los expedientes clínicos de los pacientes de dieciséis años de edad en adelante, que solicitaron atención dental por primera vez en el periodo comprendido entre septiembre de 2009 y abril de 2010. Dichos expedientes fueron elaborados por los alumnos que cursaron el quinto año de la licenciatura de Cirujano Dentista, a quienes al inicio del año escolar, se les enseñó el llenado de la historia clínica con el apoyo de un instructivo que tiene como fin guiarlos en la realización de esta tarea.(Ver anexo 3).

Una vez que se obtuvo la autorización de los jefes de enseñanza de las clínicas periféricas, se solicitó una cita con ellos de acuerdo con la programación de visitas a estas instancias. La cita se realizó con la intención de confirmar la disponibilidad de las historias clínicas por analizar, así como de un espacio abastecido de energía eléctrica y de un contacto para la conexión de la computadora y así realizar la captura de datos de los expedientes, mismos que

fueron proporcionados por el jefe de enseñanza o por alguna persona de servicio social. Se eligieron los expedientes que cumplieran con los criterios de inclusión para su captura. Los expedientes con criterios de exclusión fueron devueltos en ese momento.

Para agilizar el procedimiento, el tesista trabajó en la computadora capturando los datos de las variables de interés mientras que una persona de servicio social le proporcionaba la información de las historias clínicas. Al terminar la captura de las variables, las historias clínicas se devolvieron a quien las proporcionó. Esta actividad se realizó en un horario de 8:00 a 13:30 hrs. Cuando no se concluyó con la captura de los datos de todas las las historias clínicas en una sola visita, se le comunicó al jefe de enseñanza y se realizó una nueva cita para concluirla. Con dicha información, se creó una base de datos para cada clínica periférica en el software *SPSS (Statistical Package for Social Sciences)* versión 15.0.

Obtenida la información, se procedió a realizar el análisis estadístico de los datos.

7 DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES Y ESCALA DE MEDICIÓN

7.1 Sociodemográficas

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Sexo	Condición orgánica que distingue a las mujeres de los hombres.	1. Masculino 2. Femenino
Edad	Años de vida cumplidos en el momento que se realizó la Historia Clínica.	1. 16 a 25 años 2. 26 a 35 años 3. 36 a 45 años 4. 46 a 55 años 5. 56 a 80 años

7.2 Enfermedades

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Enfermedad	Padecimiento(s) que el paciente reporta al momento de realizar la Historia Clínica	1. Hipertensión arterial 2. Diabetes mellitus 3. Angina de pecho 4. Soplo cardíaco 5. Arritmia 6. Colesterol alto 7. Obesidad 8. Hipertiroidismo 9. Hipotiroidismo 10. Rinitis alérgica 11. Asma 12. Bronquitis crónica 13. Migraña 14. Epilepsia 15. Parkinson 16. Alzheimer 17. Depresión 18. Gastritis 19. Úlcera péptica 20. Colitis nerviosa 21. Hemorroides 22. Anemia 23. VIH+ ó SIDA 24. Cáncer 25. Vitiligo 26. Dermatitis atópica 27. Artritis reumatoide 28. Osteoartrosis 29. Osteoporosis 30. Hiperuricemia 31. Mastopatía fibroquística 32. Quistes ováricos 33. Infección urinaria 34. Cálculos 35. Ninguna

7.3 Medicamentos

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Medicamento	El o los medicamentos que el paciente toma al momento de realizar la Historia Clínica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. AINE 2. Antiácido 3. Antiarrítmico 4. Antibiótico 5. Anticoagulante 6. Anticonceptivo 7. Anticonvulsivo 8. Antidepresivo 9. Antidiarréico 10. Antihipertensivo 11. Antihistamínico 12. Antimigrañoso 13. Antineoplásico 14. Antiparkinsoniano 15. Antisicótico 16. Antitiroideo 17. Broncodilatador 18. Corticoesteroide 19. Digitálico 20. Hipnótico 21. Hipoglucemiante 22. Hormona tiroidea 23. Ninguno

7.4 Alergias

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Alergias	Tipo de alergia que el paciente reporta al momento de realizar la Historia Clínica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penicilina 2. Sulfas 3. Pirazolonas 4. Aspirina 5. Acetaminofén 6. Sedantes 7. Anestésico local 8. Alimento 9. Polen 10. Pelo o pluma de animal 11. Ninguno

7.5 Sustancia

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Sustancia	Sustancia (s) que consume el paciente al momento de realizar la Historia Clínica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alcohol 2. Tabaco 3. Marihuana 4. Cocaína 5. Anfetaminas 6. Ninguna

7.6 Estado de salud bucal

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Estado de salud periodontal	Estado periodontal: número de dientes que presentan periodontopatías establecidas en la historia clínica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sano 2. Cálculo 3. Sangrado 4. Supuración 5. Recesión gingival 6. Movilidad dental 7. Gingivitis 8. Periodontitis
Caries	Presencia o ausencia de caries dental en cualquiera grado de severidad.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presente 2. Ausente

7.7 Análisis de la oclusión

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Clasificación Angle	Clasificación basada en la relación de cúspides entre los primeros molares superiores e inferiores.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Clase I 2. Clase II división 1 3. Clase II división 2 4. Clase III
Alteración de la Oclusión	Tipo de alteración en la oclusión que presenta el paciente.	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguna 1. Planos Terminales 2. Oc. Cruzada 3. Mordida Abierta 4. Oc. Borde a Borde 5. Sobremordida

7.8 Articulación Temporomandibular

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Articulación Temporomandibular	Alteración de la ATM	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dolor a la palpación 2. Ruidos 3. Luxación 4. Sano

8 RECURSOS

8.1 Materiales

Historias Clínicas de las clínicas periféricas elaboradas en el periodo comprendido entre agosto de 2009 a abril de 2010.

Computadora personal portátil

Programa estadístico SPSS versión 15.0

8.2 Humanos

Tesista

Tutora

Asesoras

8.3 Económicos

Cubiertos por el tesista

9 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Una vez obtenida la recolección de datos de las historias clínicas se realizó un análisis descriptivo para cada una de las variables de estudio con el paquete estadístico *SPSS (Statistical Package for Social Sciences)* versión 15.0; se obtuvieron las frecuencias y porcentajes de cada una de las variables involucradas. Para cumplir algunos objetivos, se recurrió al análisis descriptivo con tablas cruzadas; las gráficas y cuadros facilitan la lectura de los datos.

10 CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo a los lineamientos planteados en la Ley General de Salud, este estudio se plantea como un estudio sin riesgo dado que se utilizarán las Historias Clínicas siendo estas propiedad de la Facultad de Odontología, perteneciendo al archivo clínico, la recolección de datos se llevó a cabo de acuerdo con lo establecido en la *Declaración de Helsinki*⁽⁸⁵⁾, por lo tanto se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con la privacidad de los pacientes.

11 RESULTADOS

Los resultados se describen conforme a los objetivos planteados. Primeramente se presenta la distribución porcentual de las variables sociodemográficas incluidas en la historia clínica (sexo, edad, delegación política en la que vive, ocupación, escolaridad), posteriormente el estado de salud general (enfermedad sistémica y alergia), medicamentos y sustancias, y por último el estado de salud bucal (caries, enfermedad periodontal, oclusión, articulación temporomandibular).

Sociodemográficos

Para cada variable sociodemográfica, los resultados se presentan tanto de manera global como por clínica periférica

El total de la población analizada en este estudio fue de 2129 historias clínicas, distribuidas en cuatro clínicas periféricas (cuadro 1).

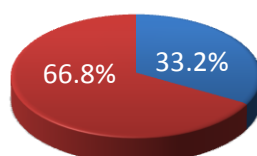
Cuadro 1. Población de estudio distribuida por clínica periférica

Clínica Periférica	Historias Clínicas	%
Aragón	590	27.7
Milpa Alta	419	19.7
Oriente	518	24.3
Padierna	602	28.3
Total	2,129	100

Fuente directa

El 66.8% del total de la población de estudio corresponde al sexo femenino y 33.2% al masculino (gráfica 1).

■ Masculino ■ Femenino



Fuente directa

Gráfica 1. Distribución porcentual de la población de estudio por sexo.

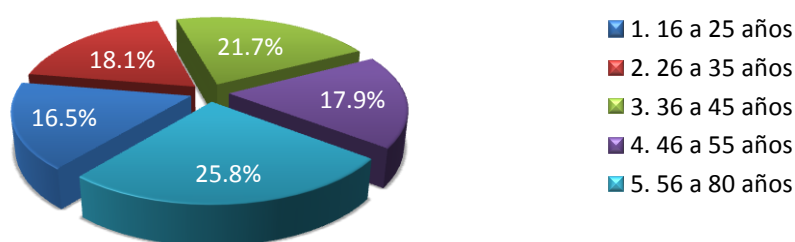
En el cuadro 2 se observa la distribución porcentual del sexo conforme a cada clínica periférica.

Cuadro 2. Distribución porcentual del sexo por clínica periférica

Sexo	Aragón %	Milpa Alta %	Oriente %	Padierna %	Total %
Masculino	8.6	5.6	8.2	10.7	33.2
Femenino	19.1	14.0	16.2	17.6	66.8
Total	27.7	19.7	24.3	28.3	100.0

Fuente directa

Para describir la distribución porcentual de la variable edad se reagruparon las edades registradas en las historias clínicas, con el objeto de simplificar y poder analizar mejor los datos. El grupo de 56 a 80 años, no se pudo agrupar en la misma proporción de años que los demás, debido a que la frecuencia era escasa en algunas edades. Dicha distribución se presenta en la gráfica 2, en la que se observa que la atención dental que se brinda frecuentemente es en el intervalo antes mencionado (Cuadro 3).



Fuente directa

Gráfica 2. Distribución porcentual por grupo de edad

Cuadro 3. Frecuencia de grupo de edad por clínica periférica.

Grupos de edad	Aragón %	Milpa Alta %	Oriente %	Padierna %	Total %
16 a 25 años	4.1	3.1	3.5	5.8	16.5
26 a 35 años	3.8	4.3	4.0	6.0	18.1
36 a 45 años	6.0	4.8	4.7	6.2	21.7
46 a 55 años	5.3	3.6	4.5	4.6	17.9
56 a 80 años	8.5	3.8	7.7	5.7	25.8
Total	27.7	19.7	24.3	28.3	100.0

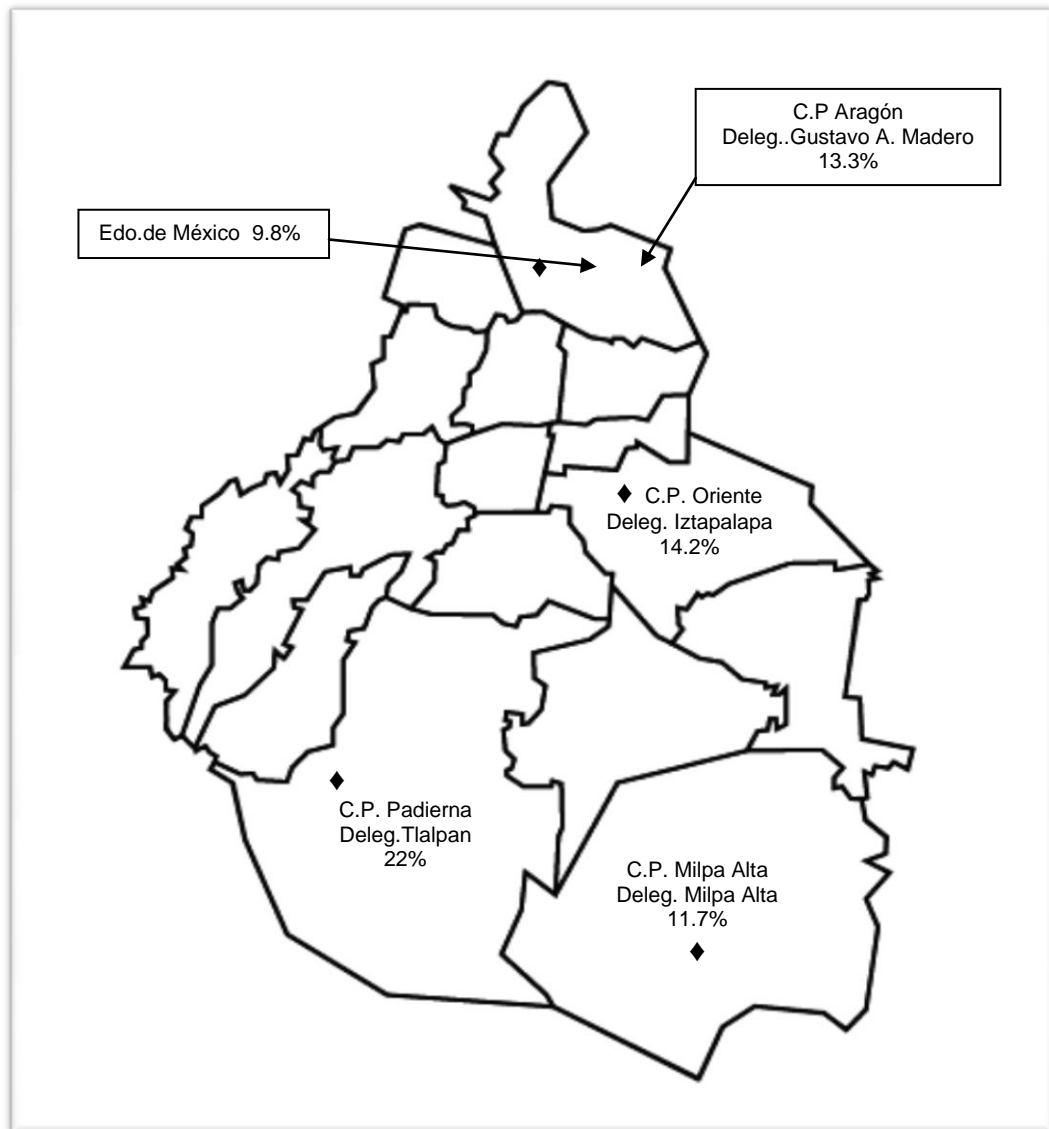
Fuente directa

La distribución de la población de estudio por delegación política se muestra en el cuadro 4; en el que se observan los resultados por delegación; las principales delegaciones donde los pacientes reportaron que habitan, corresponden a aquéllas donde está ubicada la clínica a la que acuden a atención bucodental, Aragón: Gustavo A. Madero y Estado México, Milpa Alta: Milpa Alta, Oriente: Iztapalapa, Padierna: Tlalpan señaladas (♦) en el mapa 1.

Cuadro 4. Delegaciones políticas en las vive la población de estudio

Delegación política	Aragón %	Milpa Alta %	Oriente %	Padierna %
Álvaro Obregón	0.1	0	0	0.7
Azcapotzalco	0.1	0	0	0
Benito Juárez	0.1	0	0.3	0.2
Coyoacán	0.0	0	0.4	0.6
Cuauhtémoc	0.6	0	0.4	0
Gustavo A. Madero	13.3	0	0.3	0
Iztacalco	0.2	0.1	5.5	0.1
Iztapalapa	0.1	0.5	14.2	0.1
Magdalena Contreras	0.0	0	0	3.8
Miguel Hidalgo	0	0	0	0
Milpa Alta	0	11.7	0	0
Tláhuac	0	4.3	0.3	0
Tlalpan	0	0	0	22.0
Venustiano Carranza	3.4	0	0.3	0
Xochimilco	0	1.8	0	0.2
Edo. México	9.8	1.0	2.4	0.2
Edo. Morelos	0	0.1	0	0.1
Total	27.7	19.7	24.3	28.3

Fuente directa



Fuente directa

Mapa 1. Delegaciones donde se encuentran ubicadas las clínicas periféricas

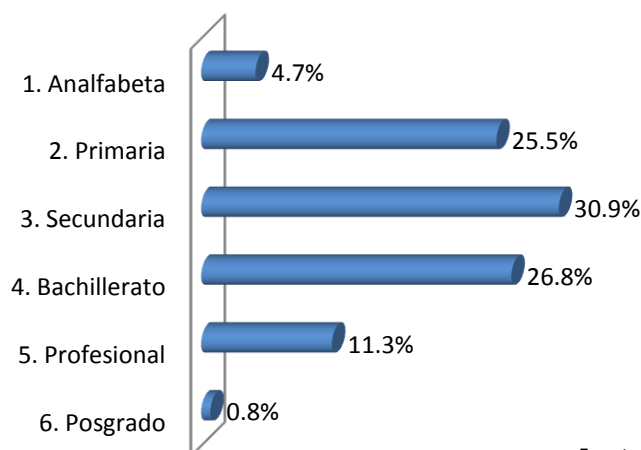
La distribución porcentual de la población de estudio en lo que a ocupación se refiere, así como los porcentajes de ocupación por clínica periférica se muestran en el cuadro 5.

Cuadro 5. Frecuencias de la variable ocupación por clínica periférica

Ocupación	Aragón %	Milpa Alta %	Oriente %	Padierna %	Total %
Ama de casa	9.8	9.1	8.6	9.0	36.5
Artesano	.6	.6	.4	.6	2.2
Campesino	.5	.8	.5	.8	2.7
Comerciante	3.6	1.6	2.0	3.2	10.4
Obrero	.4	.6	.8	.8	2.6
Empleado	5.8	2.6	4.5	5.8	18.6
Operador de Transporte	.6	.5	.8	.6	2.4
Trabajadora doméstica	.1	.1	.2	.6	1.0
Técnico	.3	.3	.4	.8	1.9
Profesional	.6	.5	1.1	.6	2.8
Pensionado o Jubilado	1.9	.7	1.3	.8	4.7
Desempleado	1.1	.4	.9	1.1	3.5
Estudiante	2.5	1.9	2.7	3.6	10.7

Fuente directa

Con respecto a la escolaridad, el 30.9% de la población refiere como grado máximo de estudios la secundaria, seguido por el bachillerato (26.8%) y primaria (25.5%) (Gráfica 3).



Fuente directa

Gráfica 3. Escolaridad de la población de estudio

La distribución porcentual por clínica periférica de esta variable se presenta en el cuadro 6, en el cual se observa que la frecuencia de posgrado en la población de estudio mantiene porcentajes similares. Cabe mencionar que el 95.3% de la población tiene al menos un grado escolar. Las clínicas de Aragón y Padierna presentan los mejores niveles de escolaridad.

Cuadro 6. Distribución porcentual de escolaridad por clínica periférica

Escolaridad	Aragón %	Milpa Alta %	Oriente %	Padierna %	Total %
Analfabeta	1.6	.9	1.0	1.3	4.7
Primaria	6.4	5.9	6.8	6.4	25.5
Secundaria	8.6	6.4	7.0	8.8	30.9
Bachillerato	7.6	5.2	6.2	7.8	26.8
Profesional	3.4	1.2	3.0	3.8	11.3
Posgrado	.1	.1	.4	.2	.8
Total	26.1 27.7	18.8 19.7	23.3 24.3	27.0 28.3	95.3 100.0

Fuente directa

De la población total de estudio, el 69.7% tiene como lugar de nacimiento el Distrito Federal, el 30% otro estado de la República Mexicana y apenas el 0.3% son extranjeros.

Estado de salud general, medicamentos y sustancias

En el cuadro 7 se incluyen las enfermedades que la población reportó, la prevalencia de la hipertensión corresponde a 14.5%, la gastritis 13.8%. El 45% de los pacientes presentó al menos una enfermedad sistémica.

Cuadro. 7 Distribución porcentual de las enfermedades con mayor prevalencia.

Enfermedad	%
Hipertensión	14.5
Gastritis	13.8
Diabetes	9
Colitis Nerviosa	7
Colesterol	5.2
Obesidad	4.5
Depresión	3.4
Ninguna	55

Fuente directa

En los cuadros 8 y 9 se observa la distribución porcentual de las enfermedades en relación con la edad y con el sexo respectivamente, en el primero se observa que a mayor edad se reportan más casos de dichos padecimientos, sin dejar de señalar que aun cuando los porcentajes son bajos, están ya presentes en adolescentes y jóvenes. En relación con el sexo, las mujeres tienen un elevado porcentaje de enfermedades sistémicas. Los resultados de todas los padecimientos incluidos en la historia clínica se encuentran en el anexo 4.

Cuadro 8. Distribución porcentual de las enfermedades con relación a la edad

Enfermedad	16 a 25	26 a 35	36 a 45	46 a 55	56 a 80
	años	años	años	años	años
	%	%	%	%	%
Hipertensión	0.2	0.5	1.6	3	9.3
Gastritis	1.8	2.7	3	2.6	2.6
Diabetes	0.2	0.5	0.8	2.1	5.4
Colitis Nerviosa	0.6	1.1	1.8	1.6	1.9
Colesterol	0	0.6	0.9	0.8	2.8
Obesidad	0.2	0.4	1.2	1.2	1.6
Depresión	0.2	0.4	0.9	0.6	1.3

Fuente directa

Cuadro 9. Distribución porcentual de las enfermedades en relación al sexo

Enfermedad	Masculino %	Femenino %
Hipertensión	4.6	10
Gastritis	3.4	10.4
Diabetes	2.9	6.2
Colitis Nerviosa	0.9	6.1
Colesterol	1.6	3.7
Obesidad	1.2	3.3
Depresión	0.8	2.7

Fuente directa

Al revisar los expediente se observó que la ingesta de penicilinas fue la alergia mas frecuente. (7.4%). (Cuadro 10).

Cuadro 10. Principales alergias entre la población de estudio.

Alergias	%
Penicilinas	7.4
Sulfas	3.2
Alimentos	1.9
Pelo ó pluma de animal	1.7
Ninguna	84.8

Fuente directa

La distribución porcentual de las alergias para cada clínica periférica se presenta en el cuadro 11, en el que se observa que la alergia a las penicilinas tiene mayor frecuencia. Las clínicas Aragón y Oriente reportaron porcentajes similares de las principales alergias. El resto de las alergias reportadas se presentan en el anexo 5.

Cuadro 11. Distribución porcentual de alergias por clínica periférica

Alergia	Aragón %	Milpa Alta %	Oriente %	Padierna %
Penicilinas	2.3	1	2.4	1.6
Sulfas	1.1	0.4	1.1	0.7
Alimentos	0.3	0.5	0.5	0.7
Pelo ó pluma de animal	0.5	0.5	0.3	0.5
Total	4.2	2.4	4.3	3.5

Fuente directa

La distribución porcentual de los medicamentos que la población de estudio reportó estar ingiriendo al momento de elaborar la historia clínica se observa en el cuadro 12. Los AINEs (Analgésicos anti Inflamatorios No Esteroideos) son los medicamentos que con frecuencia son ingeridos (12.7%). El 62.2% reportó no ingerir algún medicamento. Los resultados de la distribución porcentual de todos los medicamentos se encuentran en el anexo 6.

Cuadro 12. Distribución porcentual de medicamentos ingeridos

Medicamentos	%
AINE	12.7
Antihipertensivo	10.9
Hipoglucemiante	6.7
Antibiótico	5.1
Antiácido	2.9
Ninguno	62.2

Fuente directa

En el cuadro 13 se observa la distribución de ingesta de medicamentos por clínica periférica.

Cuadro 13. Distribución porcentual de los medicamentos de mayor prevalencia en la población de estudio

Medicamento	Aragón %	Milpa Alta %	Oriente %	Padierna %
AINE	2.6	3.2	3.3	3.7
Antihipertensivo	3.4	2.1	3	2.5
Hipoglucemiante	1.4	2.1	2.4	0.8
Antibiótico	0.8	1.1	1.6	1.7
Antiácido	0.6	0.7	0.8	0.8
Total	8.8	9.2	11.1	9.5

Fuente directa

Con relación a las sustancias nocivas de consumo, las que sobresalen en su consumo fueron el tabaco y el alcohol (21% y 17.8% respectivamente), cabe mencionar que 68.6% mencionó no ingerir sustancia nociva alguna. (Cuadro 14).

Cuadro 14. Sustancia de mayor consumo en la población de estudio

Consumo de sustancias %	
Tabaco	21.0
Alcohol	17.8
Ninguna	68.6

Fuente directa

El tabaco se presentó como principal sustancia nociva en tres de las cuatro clínicas analizadas (cuadro 15). Cabe mencionar que para la clínica Oriente el consumo de ambas sustancias es similar.

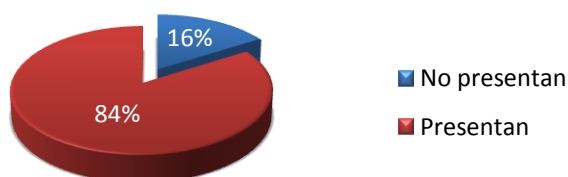
Cuadro 15. Principales sustancias nocivas por clínica periférica

Sustancia	Aragón %	Milpa Alta %	Oriente %	Padierna %
Tabaco	5.4	2.8	5.4	7.4
Alcohol	4.8	3	5.4	4.7
Total	10.2	5.8	10.8	12.1

Fuente directa

Estado de salud bucal

Con respecto al estado de salud bucodental, la prevalencia de quienes presentaron caries fue del 83.9%. (gráfica 4).



Fuente directa

Gráfica 4. Prevalencia de caries en la población de estudio

La clínica periférica con mayor porcentaje de este padecimiento fue Padierna (25.1%), seguida de Oriente, Aragón y Milpa Alta. Aragón presentó el porcentaje más alto de personas libre de caries (cuadro 16).

Cuadro 16. Presencia de caries en la población de estudio por clínica periférica

Caries	Aragón %	Milpa Alta %	Oriente %	Padierna %
No Presentaron	6.7	3.0	3.3	3.1
Presentaron	20.9	16.7	21	25.1

Fuente directa

Los grupos de edad con mayores casos de caries fue el de 56 a 80 años (18.6%) y el de 36 a 45 años (18.5%) (cuadro 17), mientras que el sexo femenino prevaleció en mayor porcentaje que el masculino (cuadro 18).

Cuadro 17. Prevalencia de caries por grupo de edad

Grupo de Edad	16 a 25 años %	26 a 35 años %	36 a 45 años %	46 a 55 años %	56 a 80 años %
Si presentan caries	14.9	16.7	18.5	14.9	18.6

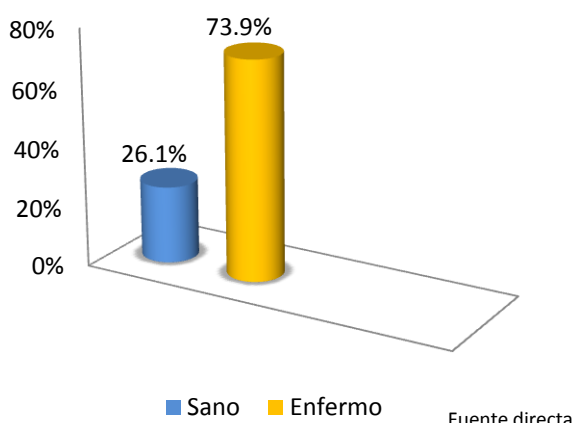
Fuente directa

Cuadro 18. Prevalencia de caries por sexo

Caries	Masculino %	Femenino %
Presente	28.2	55.5

Fuente directa

El 73.9% de la población registró por lo menos un padecimiento periodontal, mientras que el 26.1% no presentó alguno (gráfica 5).



Gráfica 5. Estado de salud periodontal de la población de estudio

En el cuadro 19 se presentan los principales periodontopatías de la población estudiada, en el que se observa con mayor frecuencia la presencia de cálculo (49.4%) seguido de la gingivitis (27%).

Cuadro 19. Principales periodontopatías en la población de estudio

Periodonto	%
Sano	26.1
Cálculo dental	49.4
Recesión gingival	16.6
Gingivitis	26.6

Fuente directa

Por clínica periférica, el porcentaje más elevado de enfermedad periodontal se registró en Padierna, seguida de Oriente y Aragón. (cuadro 20).

Cuadro 20. Distribución porcentual del estado de salud periodontal por clínica periférica

Clínica Periférica	Sano %	Enfermo %
Aragón	9.1	18.5
Milpa Alta	5.4	14.1
Oriente	4.9	19.3
Padierna	6.4	21.7

Fuente directa

En el grupo de edad de 36 a 45 años de edad la presencia de cálculo y la gingivitis fue más frecuente, la recesión gingival mantuvo mayor frecuencia en el grupo de 56 a 80 años (cuadro 21).

Cuadro 21. Distribución porcentual de las enfermedades de mayor prevalencia en relación a la edad

Grupo de edad	Cálculo dental %	Recesión gingival %	Gingivitis %	Total %
16 a 25 años	5.1	0.2	4.6	9.9
26 a 35 años	9.7	1.4	5.3	16.4
36 a 45 años	12.5	3.3	6.5	22.3
46 a 55 años	10.5	4.1	4.6	19.2
56 a 80 años	11.6	7.7	5.7	25

Fuente directa

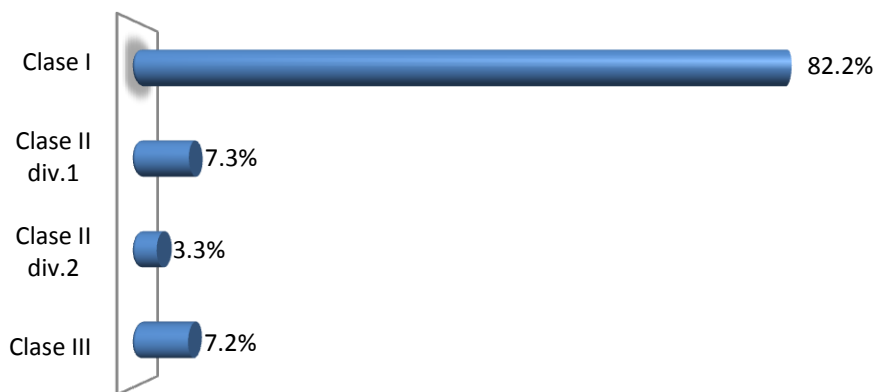
La presencia de los tres padecimientos de enfermedad periodontal tuvo más frecuencia en el sexo femenino. (cuadro 22).

Cuadro 22. Distribución porcentual de periodontopatías por sexo

Enfermedad	Masculino %	Femenino %
Cálculo	17.4	32
Recesión gingival	6.5	10.1
Gingivitis	9.2	17.4
Total	33.1	59.5

Fuente directa

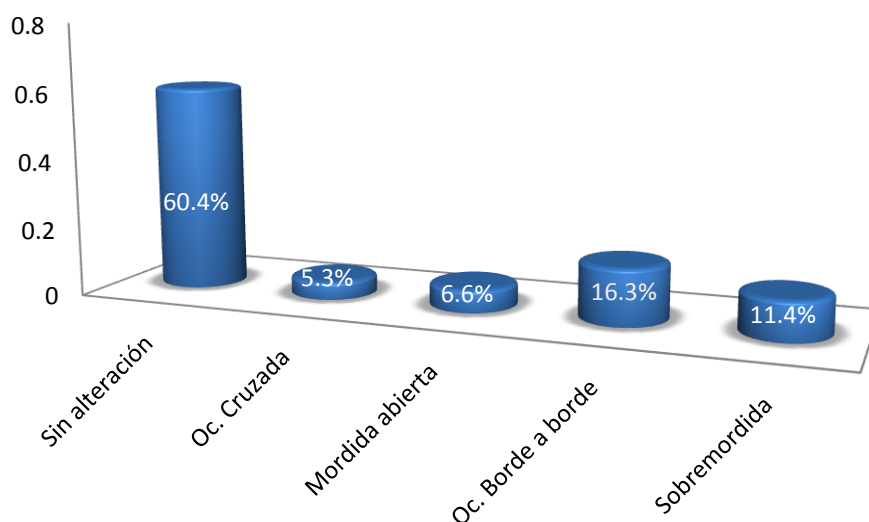
Respecto a las clasificación Angle, la clase I predominó (82.2%) en la revisión de las Historias Clínicas. Seguida por la clase II, división 1 y las clase III, con porcentajes similares (7.3 y 7.2% respectivamente)(gráfica 6)



Fuente directa

Gráfica 6. Distribución porcentual de la clasificación Angle

Se encontró que las alteraciones en la oclusión que con mayor frecuencia presentó la población de estudio fueron: oclusión borde a borde (16.3%), sobremordida (11.4%), El 60.4% de la población de estudio no presentó ninguna alteración en relación a la oclusión. (gráfica 7).



Fuente directa

Gráfica 7. Distribución porcentual de las alteraciones en la oclusión

La alteración a la oclusión con mayor frecuencia en todas las clínicas corresponde a la de oclusión borde a borde. La clínica periférica que reportó mayor porcentaje de todas las alteraciones en la oclusión fue Padierna (cuadro 23).

Cuadro 23. Distribución porcentual de alteraciones por clínica periférica

Alteración	Aragón %	Milpa Alta %	Oriente %	Padierna %
Oc. Cruzada	0.9	1.6	1.4	1.4
Mordida Abierta	2.0	1.7	1.2	1.7
Oc. Borde a borde	5.1	2.4	4.2	4.6
Sobremordida	2.8	2.3	3.1	3.3
Total	10.8	8.0	9.9	11

Fuente directa

Los síntomas relacionados con la articulación temporomandibular que tuvieron mayor prevalencia en la población de estudio fueron los ruidos articulares (27.4%). El 65.7% de la población de estudio reportó no tener algún síntoma. (cuadro 24)

Cuadro 24. Principales síntomas de la Atm

Síntoma	%
Dolor	6.2
Ruidos	27.4
Luxación	4.6
Sana	65.7

Fuente directa

En resumen, en el cuadro 25 se señalan las variables contempladas en este estudio, mostrando los resultados que tuvieron mayor frecuencia (♦) por clínica periférica.

Cuadro 25. Resumen de las variables contempladas

Variables	Aragón	Milpa Alta	Oriente	Padierna
Enfermedades (Hipertensión)	♦			
Medicamentos (AINEs)				♦
Sustancias (Tabaco)				♦
Caries	♦			
Periodonto (cálculo)	♦			
Angle (Clase I)				♦
Alteraciones (Oclusión borde a borde)		♦		
ATM (Ruidos)	♦			

Fuente directa

12 DISCUSIÓN

En este apartado se contrastan los resultados obtenidos en esta investigación con el sustento teórico de la misma. El orden en que se narrará la discusión es el mismo en el que se presentaron los resultados.

En el año 2009 se realizó una investigación similar a este estudio pero únicamente en la clínica periférica “Las Águilas” de la Facultad de Odontología UNAM, en el turno matutino⁽⁶⁾. Respecto a las variables sociodemográficas, el sexo femenino predominó en ambos estudios con más del 60%, Esto coincide con lo reportado por Díaz⁽⁸⁶⁾, quien en el año 2007 realizó un estudio sobre clasificación ASA utilizando la base de datos de pacientes de primera vez de la Clínica de Admisión del edificio central de la Facultad de Odontología UNAM. Esto puede deberse a que la mujer tiene mayor disponibilidad de tiempo por las mañanas y a que su inquietud por tener un buen estado de salud bucodental sea mayor que el de los hombres.

La variable ocupación reportó la misma prevalencia en ambos estudios con el mayor porcentaje para ama de casa, seguido de empleado y posteriormente estudiante; esto se debe quizá a que las amas de casa disponen de mayor tiempo por la mañana ya que los niños asisten a las escuelas en el turno matutino; los empleados probablemente tienen oportunidad de asistir a consulta dental con permisos, o a que sus labores las realizan en el turno vespertino o nocturno. De igual manera desde años atrás, la matrícula de estudiantes es elevada en los dos turnos y hay quienes asisten a clases por la tarde, lo que les permite acudir a la consulta en el turno en el que se realizó el estudio.

Díaz⁽⁸⁶⁾ reportó en su trabajo que la ocupación “estudiante” obtuvo el mayor porcentaje, seguido de ama de casa y empleado, esto probablemente se debe a que su población de estudio abarcó tanto el turno matutino como el vespertino, siendo que en este último hay mayor disponibilidad de tiempo por parte de los pacientes.

Al observar la escolaridad reportada en las historias clínicas, el grado máximo de estudios que obtuvo la población analizada fue la secundaria, seguido por el bachillerato y posteriormente la primaria, coincidiendo con Córdova, y en parte con Díaz⁽⁸⁶⁾ pues a excepción del nivel profesional que éste menciona, las demás escolaridades se mantienen en porcentajes muy similares.

Con respecto al lugar de nacimiento, la mayoría de los pacientes nació en el Distrito Federal, coincidiendo con lo reportado por Córdova.

Estado de salud general

En este trabajo, la hipertensión reportó la mayor número de casos; esto coincide con lo reportado en la investigación del 2009 en la clínica las Águilas⁽⁶⁾; a su vez, los dos estudios concuerdan con los resultados obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSYNUT) por entidad federativa⁽¹⁷⁾.

La gastritis obtuvo el segundo lugar en enfermedades sistémicas, seguido de la diabetes, contrario a lo reportado por Córdova⁽⁶⁾, en el que la diabetes se mantuvo en segundo lugar; la prevalencia de la gastritis posiblemente se deba al cambio en la dieta y al consumo excesivo de alimentos irritantes como es el caso de la comida “chatarra”. También sería interesante revisar qué tipo y grado de gastritis presentaban los pacientes y saber si se las había diagnosticado algún especialista o son inducciones de ellos mismos por la sintomatología presentada.

Es importante mencionar que para el estudio de Díaz⁽⁸⁶⁾, de Córdova y para el presente, más del 50% de las poblaciones estudiadas se encontraron sistémicamente sanas.

Respecto a la variable alergias, las penicilinas y sulfas se presentaron con mayor frecuencia en este reporte y en el de Córdova.

En comparación con el estudio antecedente, los medicamentos que tuvieron mayor prevalencia fueron los mismos (AINEs, antihipertensivo, hipoglucemiante, antibiótico y antiácido), aunque difieren los porcentajes y el

orden de prevalencia, ya que para el estudio de la clínica Las Águilas⁽⁶⁾, la mayor frecuencia la tuvieron en primer lugar los antihipertensivos, segundo los AINEs, seguidos de los hipoglucemiantes y por último los antibióticos. Para este estudio los AINEs prevalecieron más que los antihipertensivos, seguidos de los hipoglucemiantes, antibióticos y por último los antiácidos cuya prevalencia quizá esté relacionada con la elevada prevalencia de las en este trabajo.

Es importante reflexionar en el hecho de hacer conciencia de la importancia del dominio del conocimiento con respecto a la terapéutica farmacológica, ya que es inminente que el egresado de la licenciatura en cirujano dentista muchas veces carece de dicho conocimiento, así como de las habilidades y actitudes respecto a este tópico⁽⁸⁷⁾, cuyos resultados se verán reflejados en la práctica profesional cotidiana, al seleccionar, prescribir y administrar medicamentos y sus dosis correspondientes.

Respecto al consumo de sustancias, el tabaco tuvo mayor frecuencia seguido del alcohol. Este estudio coincide con lo reportado en la ENSyNUT 2006⁽¹⁷⁾ por entidad federativa, en el que el tabaco lo consumía el 27.2% de la población, mientras que el alcohol el 17.3%.

En relación con el estado de salud bucal, específicamente la presencia de caries, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Encuesta Nacional de Caries (ENC), mencionan que este padecimiento afecta entre un 60 y 90% de la población, similar al resultado obtenido en este trabajo (prevalencia de caries del 84%); esto puede deberse a que el sector que recibe atención dental es limitado y en México la falta de conocimiento de la importancia de implementar programas de salud bucodental a nivel nacional por las instituciones correspondientes, el nivel educativo, la deficiencia generalizada de la dieta de los mexicanos ha provocado una falta de conciencia sobre las consecuencias de no tratar tempranamente este padecimiento o de descuidar la dieta diaria, así como los hábitos de higiene, y como consecuencia, la caries se ha convertido en un importante problema de salud pública. La Facultad de Odontología siendo una institución educativa ha tomado conciencia de ello y existe una serie de

programas para la prevención de la salud bucodental , pero se necesita aún más apoyo por organismos, secretarías, instituciones.

Existe en México una prevalencia de más del 30% de periodontopatías en población adulta. De las cuatro clínicas periféricas analizadas en este estudio, 74% de la población total reportó tener al menos un padecimiento periodontal; la presencia de cálculo fue de 49%, cifra que resulta inquietante pues quizá este porcentaje elevado se deba a la mala higiene que tienen los pacientes y a que la información que reciben sobre la salud bucal sea insuficiente o mal comprendida. El porcentaje aquí reportado de cálculo coincide con lo descrito por Minaya en 2010 ⁽⁸⁸⁾, quien realizó un estudio sobre la enfermedad periodontal asociada a la pérdida de dientes, en la Universidad Autónoma de Campeche, dando como resultado que el 47.8% de su población presentó cálculo dental.

Entre los años de 1998 y 2004, el Departamento de Ortodoncia de la UNAM, realizó un estudio en 428 pacientes en edades entre ocho y cuarenta años sobre la Casuística de Maloclusiones⁽⁸⁹⁾, en el cual se observa una similitud con lo aquí reportado, ya que la clase I de Angle fue la de mayor prevalencia, seguido de la clase II con sus subdivisiones, y por último, la clase III.

En el año 2009 en la Habana Cuba, se llevó a cabo un estudio sobre trastornos en la articulación temporomandibular⁽⁹⁰⁾, en el que el 34% de la población presentó problemas articulares y el padecimiento que tuvo mayor frecuencia fue el ruido articular. Un estudio similar en 2004, realizado por la FES Zaragoza⁽⁹¹⁾ señala que 46% de la población analizada presentó padecimientos articulares siendo también los ruidos, los que prevalecieron de otros síntomas. Comparados con este estudio, los resultados son similares ya que en éste se obtuvo una prevalencia del 34%. De los padecimientos articulares registrados en las historias clínicas, también sobresalieron los ruidos.

13 CONCLUSIONES

Sabemos que vivimos en una población enferma, pero en ocasiones desconocemos en qué porcentaje y resulta de gran importancia que tanto los profesores, autoridades y alumnos tengan acceso a los resultados obtenidos en este estudio, que permiten tener un panorama mas amplio de la manera en la que se va desarrollando la salud de la población.

En la actualidad existe una gran necesidad de la población por ser atendida, y el tener una institución como la Facultad de Odontología a través de sus clínicas periféricas y la distribución de estas por el Distrito Federal, ayuda a que la población pueda tener acceso al servicio de salud dental y pueda contar con tratamientos integrales.

En primer lugar se identificó a la hipertensión y la gastritis como las enfermedades sistémicas de mayor prevalencia de un total de 34 que se reportan en la historia clínica, realizada a los pacientes de primera vez, de igual manera sucedió con las penicilinas en cuanto a alergias se refiere. Un alto porcentaje de la población reportó no tener alguna alergia.

Posteriormente se determinó que los AINEs y el tabaco son los tipos de medicamentos y sustancias respectivamente, que consume frecuentemente nuestra población de estudio. Más del 60% de la población no ingiere medicamento ni sustancia nociva alguna.

Asimismo se pudo determinar la prevalencia de caries de manera global, en el que el sexo femenino presentó el mayor porcentaje de caries, así como el grupo de 56 a 80 años de edad. Por clínica periférica, Padierna obtuvo el mayor número de historias clínicas con reporte de caries presente.

El estado y prevalencia de salud periodontal fue descrito de manera global, en el que un gran sector de la población manifestó tener por lo menos un padecimiento periodontal. El sexo femenino, la clínica Padierna y el grupo de edad 56 a 80 años, tuvieron la mayor frecuencia de este padecimiento.

Se observa que a mayor edad, se presentan mayor porcentaje de caries y periodontopatías. Teniendo un variante en el grupo de 46 a 55 años, el cual la frecuencia disminuye levemente.

Es de importancia mencionar que la presencia de cálculo, es el padecimiento periodontal que afecta en un porcentaje elevado (49%) a la población analizada.

En lo que respecta a oclusión, la clase I de Angle tuvo el mayor porcentaje en toda la población de estudio, la oclusión borde a borde fue la alteración con mayor frecuencia y los ruidos fueron los trastornos de la articulación temporomandibular que predominaron.

Recomendaciones:

- Resulta de gran importancia sistematizar la información, ya que puede servir como punto de referencia para implementar programas de prevención.
- Hacer énfasis en la enseñanza de protocolos de atención para el paciente comprometido sistémicamente, ya que los resultados de este estudio nos hacen reflexionar sobre la importancia del Cirujano Dentista, no solo como promotor de la salud bucal si no también de la salud general.
- Tener medidas de prevención en cuanto a las alergias que se padecen con mayor frecuencia, y a los medicamentos y sustancias que se ingieren.
- Se sugiere ampliar este estudio en ambos turnos (matutino vespertino),

14 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Raska K. National and International Surveillance of communicable diseases. WHO Chron 1966; 20:315-21.
2. WHO. National and Global Surveillance of Communicable Disease. Report of the technical discussions at the twenty-first World Health Assembly, Ginebra, Suiza, WHO, 1968.
3. Organización Mundial de la Salud. Vigilancia y Evaluación de la Salud Bucodental. Ginebra, Suiza: 1989, 21-26. Serie de Informes Técnicos, 782.
4. Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Odontología, A.C. Registro de Morbilidad Estomatológica (estudio piloto). AMFEO, 1984.
5. Dufoo S. Reportes de Morbilidad Estomatológica 1991 a 2002. Facultad de Odontología, UNAM.
6. Córdova Ma. D, Ochoa L, Sifuentes Ma. C., De la Fuente J. Perfil de Morbiidad. Odontología Actual; Año 7 Num. 74:6 -14. 2009
7. World Health Organization. Gilbert, J.J. Educational handbook for health personnel. WHO. 1989
8. Rabadan-Gonzalez MA: Salud bucodental ; Grupo Zeta, España.1995
9. Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión Arterial. Journal of Hypertension 2001.
10. Harrison E. Principios de Medicina Interna. 16a ed. México: McGraw-Hill; 2006.
11. Álvarez R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Ecimed; 2001. tomo II. p.517-536.
12. Secretaria de Salud. Guía para la detección integrada de diabetes, Hipertensión Arterial y Obesidad. Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Programa de Salud del Adulto y el Anciano. SSA. México. 2002.
13. Burket L. Medicina Bucal de Burket. Mc Graw Hill Interamericana 9ª ed., México, DF 2001.

14. Villarreal-Ríos E, Mathew-Quiroz A, Garza-Elizondo ME. Costo de la atención de la hipertensión arterial y su impacto en el presupuesto destinado a la salud en México. *Salud Pública México*. 2002; 44:7-13.
15. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2000. La salud de los adultos. Instituto Nacional de Salud Pública. SSA . 2003.
16. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/030ssa29.html>
17. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2006. La salud de los adultos. Instituto Nacional de Salud y Nutrición 2006. México SSA.
18. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.
19. Rodríguez-Morán M, Guerrero-Romero F. Alteraciones electrocardiográficas y factores de riesgo cardiovascular en pacientes con diabetes tipo 2. *Salud Pública México* 1999;41:12-17.
20. World Health Organization, Department of Noncommunicable Disease Surveillance. Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications. Genova: WHO; 1999.
21. Perfiles Nutricionales por Países. México. FAO. Agosto 2003. 5-39.
22. Alberti KG, Zimmet PZ. Definition, diagnosis and classification of Diabetes Mellitus and its complications. Part 1. Diagnosis and classification of Diabetes Mellitus. Provisional report of a WHO consultation. *Diabetic Med* 1998;15:539-553.
23. Eisenbarth GS, Polonsky KS, Buse JB. Type 1 Diabetes Mellitus. In: Kronenberg HM, Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR. *Kronenberg: Williams Textbook of Endocrinology*. 11th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2008.
24. Salinas-Martínez A, Muñoz-Moreno F, Barraza de León AR, Villarreal-Ríos E, Núñez-Rocha GM, Garza-Elizondo ME. Necesidades en salud del diabético usuario del primer nivel de atención. *Salud Publica*. México 2001;43:324-335.
25. Ganong W. *Fisiología médica*. 20ª ed. El Manual Moderno. México. 2002.

26. Disponible en: www.dmedicina.com/enfermedades/enfermedades-vasculares-y-del-corazon/hipercolesterolemia. Consultado en Febrero de 2010.
27. Reilly JJ, Metven E, McDowell ZC, et al: Health Consequences of obesity. *Arch Dis Chil* 2003; 88: 748-52.
28. Kershaw EE, Flier JS: Adipose Tissue as an Endocrine Organ. *J Clin Endocrinol Metab* 2004; 89: 2548-56. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15181022>
29. American Association of Clinical Endocrinologists Medical Guidelines for Clinical Practice for the Evaluation and Treatment Of Hyperthyroidism and Hypothyroidism. AACE Thyroid Task Force. *Endocr Pract.* 2002.
30. Castellanos JL. *Medicina en Odontología*. 2ª ed. Manual Moderno México DF 2002.
31. Mabry RL. *Otolaryngology head and neck surgery. A step-care approach to the treatment of upper respiratory.* Allergy 1992.
32. Oates J, Alastair J. Allergic rhinitis. *Rev. Art. N Engl J Med.* 1991; 325: 860-9.
33. Jafek BW, Stark A. *ENT Secrets.* Hanley & Belfus; Philadelphia: 1996.
34. Skoner DP. Complications of allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol* 2000; 105.
35. Morantz C. Practice Guideline Briefs. *Am Fam Physician.* Mar 2005; 71(5); 1019-899. Schroeder BM . AAFP/ACP-ASIM release guidelines on the management and prevention of migraines. *Am Fam Physician.* Mar 2003; 67: 1392, 1395-7.
36. Marx JA, Hockberger RS, Walls RM, eds. *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice.* 5th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2002.
37. Goetz CG, Pappert EJ. *Textbook of Clinical Neurology.* 2nd ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2003.
38. Cruz A, Vázquez CJL. Prevalencia de algunas enfermedades neurológicas en la Ciudad de Tepatlán, Jalisco México. *Rev Mex Neuroci* 2002, 3: 71-76.
39. Nakashima K, Yokohama Y, Shimoyama R, et al. Prevalence of Neurological disorders in a Japanese town . *Neuroepidemiology* 1996, 15: 208-213.

40. Jacobs MP, Fischbach GD, Davis MR, et al. Future directions for epilepsy. *Neurology* 2001; 57: 1536-1542.
41. Macías E. Especialista en Digestivo. Servicio digestivo. Colaborador Clínico. Clínica Universitaria de Navarra.
42. Goodwind S. Microbiology of Helicobacter Pilory. *Gastroenterology Clin N Amer* 1993 ;22;5-19
43. Kuipers E. Acid peptic disease. In: Goldman L, Ausiello D. *Cecil Textbook of Medicine*. 23rd ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007:chap 141.
44. Kelly DJ. The physiology and metabolism of the human gastric pathogen Helicobacter pylori. *Adv Micro Physiol* 1998;40:137–89 [review].
45. Scheiman JM. NSAIDs, gastrointestinal injury, and cytoprotection. *Gastroenterology Clinics of North America* 1996;25(2):279–98
46. Wilks S, Moxon W. *Lectures on pathological anatomy*. 2nd ed. London; J&A Churchill, 1975.
47. Ojanguren S. La popular y molesta colitis. *El Universal, Vida, México* 2008. Disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx/columnas/69444.html>
48. Mayo-Robson AR. Case of colitis with ulcerative colitis treated by inguinal colostomy. *Trans Clin Soc London* 1893; 26:213-215.
49. Ramzis Cotran, MD, Vinay Kumar, MD, Stanley L, Robbins, MD, Frederick J. Schoen, MD, Ph. D. *Patología Funcional y estructural* 5ta. Ed. 1995.
50. Jewell DP. Ulcerative Colitis. In: *Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology/Diagnosis/Management*, Feldman, M, Scharschmidt, BF, Sleisenger, MH (Eds), WB Saunders, Philadelphia 1998. p.1735.
51. Curtis MJ.; Clive P. *Farmacología integrada* . Elsevier, España, 1998 pp. 261.
52. López A, Moreno L. y Victoria S. *Manual de farmacología: guía para el uso racional del medicamento en español*, España, 2005.
53. Dawson J, Moreno A, Taylor M. *Lo esencial en farmacología en español*. Elsevier España, 2005; pág 55-56.

54. Rakel RE. Textbook of Family Medicine. 7th ed. Philadelphia, Pa: WB Saunders; 2007.
55. Adkinson NF Jr. Middleton's Allergy: Principles and Practice. 6th ed. Philadelphia, Pa: Mosby; 2003.
56. Álvarez de Mon M, De la Hera A. Implicaciones patogénicas del sistema inmunitario. En: García-Conde J, Merino Sánchez J, González Macías J, editores. Patología General: Semiología clínica y fisiopatología. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España, 1995: 177-188.
57. Middleton E, Reed CE, Ellis EF, Adkinson NF, Yunginger JW, Busse WW. Allergy. Principles and practice. St. Louis, Missouri 1993: 1525-1536.
58. Coombs RRA, Gell PGH. Classification of allergic reactions responsible for clinical hypersensitivity and disease. En: Gell PGH, Coombs RRA, Lachmann PJ, editors. Clinical aspects of immunology. 3rd ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1975: 761-781.
59. Greeng R. Evaluation of penicillin hypersensitivity: value of clinical history and skin testing with penicilloyl-polylysine and penicillin G. J. Allergy Clin Immunol. 60: 339-45; 1977.
60. Roujeau J. Medication use and the risk of Steven Johnson or toxic epidermal necrolysis. N Engl J Med 1995; 14: 1600-1
61. Stewart GE, Lockey RF. Systemic reactions from allergen immunotherapy. J Allergy Clin Immunol 1992; 90: 567-578.
62. Rubio G, Santo-Domingo J. Concepto de alcoholismo: perspectiva histórica desde M. Huss hasta la actualidad. An Psiquiatr 1994; 10: 406-12.
63. Rubio-Valladolid G. Actualización del Concepto de Alcoholismo. Coloquios sobre drogodependencias. España 1998: 4-8.
64. Instituto Nacional de Salud Pública/Educación. Disponible en: http://www.insp.mx/2005/noticias/noticia130605_2.htm
65. Herrera-Velazquez M, Wagner A, Velazco-Mondragón E, Borges G, Lazcano-Ponce E. Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México. Salud Pública Mex. 2004;46(2):132-140.

66. López-Jiménez J. Patrón de consumo de alcohol en pacientes captados en salas de urgencias. *Salud Pública de México*. 1998;40(6):487-493.
67. Micó JA, Romero MR., Los nuevos tratamientos en alcoholismo: aspectos neurofarmacológicos y económicos. En *Nuevas interpretaciones y nuevos abordajes del alcoholismo. Avances en farmacología de drogodependencias*. Universidad Deusto de Drogodependencias. 2001.
68. Organización Mundial de la Salud. Consecuencias del tabaco para la salud, Serie de informes técnicos, nº 568, Ginebra, OMS, 1974.
69. NSDUH. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the 2003 National Survey on Drug Use and Health: National Findings. Series H-25. DHHS Pub. No. (SMA) 04-3964. Rockville, MD: DHHS, 2004.
70. Martínez, A. Patología del consumo de tabaco, Glosa, Barcelona, 1989
71. .Pardell H. Manual de Diagnóstico y Tratamiento del Tabaquismo. Médica Panamericana. Madrid, 1996.
72. Grossi SG, Genco RJ. Periodontal disease and diabetes mellitus: a two-way relationship. *Ann Periodontol* 1998; 3:51-61.
73. Timmerman MF, van der Weijden GA. Risk factors for periodontitis. *Int J Dent Hyg*. 2006 Feb;4(1):2-7.
74. Petersen P. Continuous Improvement of Oral Health in the 21st Century the World Oral Health. Report 2003. WHO
75. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el mejoramiento de la salud general en las Américas, a través de avances críticos en la salud oral. El camino hacia delante: 2005-2015. OPS
76. Panamerican Healt Organization. XL Meeting. Washington, D.C.sept. 1997
- 77.-SSA. Programa de acción específico de salud bucal 2007-2012, México D.F. 2008.
78. Harris N, García F. Odontología Preventiva Primaria: Manual Moderno. 2001.

79. Carranza F. Periodontología Clínica. 9a Ed. Mc Graw-Hill Companies. México 2002.
80. Negroni G. Microbiología Estomatológica, Fundamentos y Guía Práctica. Editorial Panamericana. Buenos Aires. Argentina. 2004.
81. Cano C., Rosas C, Gutiérrez N, Velásquez Y., Godoy S., Quiros O., Farias M., Fuenmayor D., D Jurisic A., Alcedo C. Frecuencia de maloclusión en niños de 5 a 9 años en una zona rural del estado Guárico periodo 2007-2008. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws edición electrónica junio 2008. Disponible en: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/frecuencia_maloclusion_ninos_estado_guarico.asp. Consultado en enero de 2010.
82. Bishara E. Ortodoncia. Mc Graw- Hill México, 2003.
83. Okeson, Jeffrey P. (2003). Management of temporomandibular disorders and occlusion, 5th edition, St. Louis: Mosby.
84. De la Fuente J. Informe de Actividades 2009. Facultad de Odontología. http://www.odonto.unam.mx/WEB/alumnos/secretarias/archivos/informe_2009.pdf Consultado 26 de Abril de 2010.
85. Disponible en: <http://www.bioetica.uchile.cl/doc/helsink.htm>. Consultado en Mayo de 2010.
86. Díaz R, Gómez P, Clasificación ASA en pacientes odontológicos. Dentista y paciente. 2006
87. Espinosa, Ma. T. Evaluación de conocimientos sobre farmacología en alumnos de licenciatura y posgrado de la Facultad de Odontología de la UNAM. Tesis de Maestría. Facultad de Medicina. UNAM 2004.
88. Minaya, M, Medina, C, Casanova A, Márquez Ma. L. Pérdida de variables del estado periodontal asociadas en hombres policías adultos. Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Campeche. 2010.
89. Talley M, Katagiri M. Casuística de Maloclusiones Clase I, Clase II, y Clase III según Angle en el Departamento de Ortodoncia de la UNAM. 2007.

90. Jiménez Z, De los Santos L. Prevalencia de los trastornos temporomandibulares en población de 15 años y más en la ciudad de la Habana. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana Facultad de Estomatología. 2009.

91. Taboada O, Gómez Y, Mendoza V, Prevalencia de signos y síntomas de los trastornos temporomandibulares en grupo de adultos mayores. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. 2004

15 ANEXOS

Anexo 1 Historia Clínica



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
CLÍNICA DE ADMISIÓN Y DIAGNÓSTICO
HISTORIA CLÍNICA

IMPORTANTE

Rellene completamente el espacio que corresponda
Ejemplo:

Edad	Sexo	Estado Civil	Ocupación	Escolaridad	Lugar de nacimiento
<input type="text" value="00"/>	<input type="text" value="1"/>		<input type="text" value="00"/>		<input type="text" value="00"/>
<input type="text" value="11"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="11"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="11"/>
<input type="text" value="22"/>	Interrogatorio	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="22"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="22"/>
<input type="text" value="33"/>		<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="33"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="33"/>
<input type="text" value="44"/>		<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="44"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="44"/>
<input type="text" value="55"/>		<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="55"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="55"/>
<input type="text" value="66"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="66"/>	<input type="text" value="66"/>	<input type="text" value="66"/>	<input type="text" value="66"/>
<input type="text" value="77"/>	Interrogatorio	<input type="text" value="77"/>	<input type="text" value="77"/>	<input type="text" value="77"/>	<input type="text" value="77"/>
<input type="text" value="88"/>		<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="88"/>	<input type="text" value="88"/>	<input type="text" value="88"/>
<input type="text" value="99"/>		<input type="text" value="99"/>	<input type="text" value="99"/>	<input type="text" value="99"/>	<input type="text" value="99"/>

4.- ¿PADECE ALGUNA(S) DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES? (Anotar tiempo de evolución)

<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Úlcera péptica
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Colitis nerviosa
<input type="checkbox"/> Agina de pecho	<input type="checkbox"/> Hemorroides
<input type="checkbox"/> Soplo cardiaco	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Arritmia	<input type="checkbox"/> VIH + ó SIDA
<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Cáncer
<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Vitiligo
<input type="checkbox"/> Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/> Dermatitis atópica
<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide
<input type="checkbox"/> Rinitis alérgica	<input type="checkbox"/> Osteoartrosis
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Osteoporosis
<input type="checkbox"/> Bronquitis crónica	<input type="checkbox"/> Hiperuricemia
<input type="checkbox"/> Migraña	<input type="checkbox"/> Mastopatía fibroquística
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Quistes ováricos
<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Infección urinaria
<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> Cálculos
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Gastritis	<input type="checkbox"/> Otra

5.- ¿ESTÁ TOMANDO ALGÚN(OS) MEDICAMENTO(S) (Anotar nombre del fármaco)

<input type="checkbox"/> AINE	<input type="checkbox"/> Antineoplásico
<input type="checkbox"/> Antiácido	<input type="checkbox"/> Antiparkinsoniano
<input type="checkbox"/> Antiarrítmico	<input type="checkbox"/> Antipsicótico
<input type="checkbox"/> Antibiótico	<input type="checkbox"/> Antitiroideo
<input type="checkbox"/> Anticoagulante	<input type="checkbox"/> Broncodilatador
<input type="checkbox"/> Anticonceptivo	<input type="checkbox"/> Corticoesteroide
<input type="checkbox"/> Anticonvulsivo	<input type="checkbox"/> Digitalico
<input type="checkbox"/> Antidepresivo	<input type="checkbox"/> Hipnótico
<input type="checkbox"/> Antidiarreico	<input type="checkbox"/> Hipoglucemiante
<input type="checkbox"/> Antihipertensivo	<input type="checkbox"/> Hormona tiroidea
<input type="checkbox"/> Antihistamínico	<input type="checkbox"/> Ninguno
<input type="checkbox"/> Antimigrañoso	<input type="checkbox"/> Otro

6.- ¿ES ALÉRGICO A ALGUNO DE ESTOS PRODUCTOS?

<input type="checkbox"/> Penicilinas
<input type="checkbox"/> Sulfas
<input type="checkbox"/> Pirazolonas
<input type="checkbox"/> Aspirina
<input type="checkbox"/> Acetaminofen
<input type="checkbox"/> Sedantes
<input type="checkbox"/> Anestésico local
<input type="checkbox"/> Alimentos
<input type="checkbox"/> Polen
<input type="checkbox"/> Pelo o pluma de anim.
<input type="checkbox"/> Ninguno
<input type="checkbox"/> Otro

8.- ¿CONSUME ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SUSTANCIAS?

Alcohol

Tabaco

Marihuana

Cocaína

Anfetaminas

Ninguna

Otra

23.- ESTADO PERIODONTAL

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65					
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2					
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3					
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4					
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5					
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6					
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7					
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8					
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9					
																1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
																2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
																3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
																4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
																5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
																6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
																7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
																8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
																9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75					

1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

25.- CONDICIONES DENTALES

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

26.- ANÁLISIS DE LA OCLUSIÓN

CLASIFICACIÓN (Angle)	PLANOS TERMINALES	OCCLUS. CRUZADA	MORDIDA ABIERTA	OCCLUS. Borde-Borde	SOBREMORDIDA
<input type="checkbox"/> Clase I	<input type="checkbox"/> Recto	<input type="checkbox"/> Anterior	<input type="checkbox"/> Anterior	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Horizontal
<input type="checkbox"/> Clase II división 1	<input type="checkbox"/> Distal	<input type="checkbox"/> Posterior	<input type="checkbox"/> Posterior	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Vertical
<input type="checkbox"/> Clase II división 2	<input type="checkbox"/> Mesial	<input type="checkbox"/> Mixta	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Clase III	<input type="checkbox"/> Mesial largo	<input type="checkbox"/> No			

27.- ATM

	Der	Izq
Dolor a palp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luxación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 2. Carta de autorización para los jefes de enseñanza

Jefes de Enseñanza de las
Clínicas Periféricas de la
Facultad de Odontología
de la UNAM.
P r e s e n t e.

En seguimiento al oficio: FODO/SA/186/2009 de fecha 24 de Agosto de 2009, en que se me comisionó a desarrollar la investigación de "Perfil Epidemiológico de Salud en pacientes de Clínicas Periféricas", les agradeceré que me firmen la asistencia con fecha del último día en que se cerró el estudio de campo, de la consulta de los expedientes clínicos de los pacientes adultos, atendidos en sus Clínicas, en el ciclo escolar 2009-2010.

Sin otro particular y agradeciendo todas las atenciones que tuvieron para conmigo, así como con los pasantes **Cristina Santamaría Román** y **Abraham Espinosa Vásquez** que colaboran en dicha investigación, les doy un atento y cordial saludo.

A t e n t a m e n t e

C. D. María Delta Córdova Lagunes.

Clínica Periférica Xochimilco Xochitla Urrutia Mora 17. MARZO 2010

Clínica Periférica V. Carranza L.C. José Luis Peralta A. 18. MARZO 2010

Clínica Periférica Las Águilas Francisco Santos 22. MARZO 2010

Clínica Periférica Milpa Alta Victor Valencia V. 26. MARZO 2010

Clínica Periférica Vallejo Ramón Rodríguez 5.6. MARZO 2010

Clínica Periférica Azcapotzalco René Luna 27.12.12/04/10

Clínica Periférica Oriente Marjo A. Santana (Córdova) 14. MARZO 2010

Clínica Periférica Padierna José U. Navarrete 22/03/10

Clínica Periférica Aragón Basilio Bustos 27. IV. 10

Anexo 3. Instructivo para el llenado de la Historia Clínica

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CLINICA DE ADMISION Y DIAGNOSTICO

INSTRUCTIVO PARA LLENADO DE LA
HISTORIA CLINICA DE LECTURA OPTICA

AGOSTO 2008

INTRODUCCIÓN

Varios son los motivos que propiciaron la creación de este nuevo documento, en primer lugar, mejorar cada vez más la atención de servicios de salud que ofrece la Facultad de Odontología de la UNAM a la población, y el punto de partida de esta atención se inicia con un adecuado estudio clínico de los pacientes, a través de una Historia Clínica que cubra los aspectos de salud general y bucal.

En segundo lugar, cumplir con la Norma Oficial Mexicana 168-SSA1-1998 del Expediente Clínico, que como base de la misma lo constituye la Historia Clínica para el Expediente Odontológico (numeral 5.14) y se ajusta al numeral 3.6 de la Norma Oficial Mexicana 013-SSA2-1994 para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales. Además de este documento, para la correcta integración del Expediente Clínico Odontológico, también se elaboraron otros formatos como: (1) hoja de evolución, (2) hoja de interconsulta, (3) solicitud de estudios de laboratorio, (4) solicitud de estudio radiográfico y (5) receta.

En tercer lugar, es un instrumento que puede ser llenado y leído en un formato impreso, documento oficial como lo señala la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico, y que puede tener usos: médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico. Al mismo tiempo, y aprovechando los medios actuales de la informática, es una hoja de lectura óptica, que permite la captura rápida y eficaz a un bajo costo, de todos los datos contenidos en el instrumento, para ser almacenados en una base de datos que permitirá realizar una serie de consultas con fines diversos. Cabe señalar que el uso de estos medios como lo señala la norma -NOM-168.SSA1-1998- (numeral 5.11) son exclusivamente de carácter auxiliar.

Handwritten notes:
... + producción
... garten
... la reunión
... producción

INSTRUCTIVO

Es recomendable que el examen clínico del paciente sea efectuado por dos alumnos, uno se encargará de realizar directamente el interrogatorio y la exploración física, y el otro hará el llenado de la Historia Clínica. Queda por entendido que los alumnos seguirán todas las normas del interrogatorio y la exploración física (ejemplo; lenguaje adecuado, amabilidad, etc.) y cumplirán con el uso de las técnicas de barrera y uso de instrumental para estos fines.

Para el llenado de los alvéolos utilizar lápiz del N° 2, y para las anotaciones y firmas bolígrafo.

Es de suma importancia para la lectura óptica, que los alvéolos individualmente sean llenados en su totalidad (**no dejar zonas –central ●- sin llenar**), sin rebasar la línea perimetral.

Cada hoja debe ser llenada por separado, sin encimar las hojas, ya que esto podría hacer que los alvéolos llenos de una hoja pasaran a la otra.

Con objeto de comprender mejor el llenado del documento, se irán insertando los bloques correspondientes.

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN			
Nombre del paciente: _____			
Apellido Paterno		Apellido Materno	Nombre(s)
Domicilio: _____			
Calle	N°	Colonia	Delegación o Estado

FECHA			Edad	Sexo	Estado civil	Ocupación	Escolaridad	Lugar de nac.	Código postal	Teléfono	EXPEDIENTE			
Día	Mes	Año									Número	Unidad	Año	
05	11	01	20	1	1	13	5	09	01740	55-20-21-22	00001	00	01	2
●●	●●	●●	●●	●	●	●●	●	●●	●●●●●●	●●●●●●●●●●	●●●●●●	●●	●●	●
①①	●●	①●	①①	②	①	●①	①	①①	①●①①①	①①①①①①①①	①①①①①	①①	①●	①
②②	②	②●	②②	②	②	②	②	②②	②②②②②②	②②②②②②②②	②②②②②	②②	②●	②
③③	③	③③	③③	Interrogatorio	③	③	③	③③	③③③③③③	③③③③③③③③	③③③③③	③③	③●	③
④	④	④④	④④	●	④	④	④	④	④④④④④④	④④④④④④④④	④④④④④	④④	④●	④
⑤	⑤	⑤⑤	⑤⑤	⑤	⑤	⑤	⑤	⑤	⑤⑤⑤⑤⑤⑤	⑤⑤⑤⑤⑤⑤⑤⑤	⑤⑤⑤⑤⑤	⑤⑤	⑤●	⑤
⑥	⑥	⑥⑥	⑥⑥	⑥	⑥	⑥	⑥	⑥	⑥⑥⑥⑥⑥⑥	⑥⑥⑥⑥⑥⑥⑥⑥	⑥⑥⑥⑥⑥	⑥⑥	⑥●	⑥
⑦	⑦	⑦⑦	⑦⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦⑦⑦⑦⑦⑦	⑦⑦⑦⑦⑦⑦⑦⑦	⑦⑦⑦⑦⑦	⑦⑦	⑦●	⑦
⑧	⑧	⑧⑧	⑧⑧	⑧	⑧	⑧	⑧	⑧	⑧⑧⑧⑧⑧⑧	⑧⑧⑧⑧⑧⑧⑧⑧	⑧⑧⑧⑧⑧	⑧⑧	⑧●	⑧
⑨	⑨	⑨⑨	⑨⑨	⑨	⑨	⑨	⑨	●	⑨⑨⑨⑨⑨	⑨⑨⑨⑨⑨⑨⑨⑨	⑨⑨⑨⑨⑨	⑨⑨	⑨●	⑨

En ficha de identificación, escribir claramente con letra de molde (**legible**) el nombre completo del paciente así como su domicilio.

En este primer bloque de alvéolos, existe una hoja de claves con la que puede llenarse los datos solicitados. Más adelante se anotan las claves.

Utilizar los espacios en blanco, situados entre la zona de contraste y las columnas de números, para anotar con números los datos solicitados y facilitar el llenado de los alvéolos. En el ejemplo los números anotados de izquierda a derecha son: 05, 11, 01 que corresponden a la fecha (día, mes y año). 20 corresponde a edad; 1 a sexo masculino; 1 a estado civil soltero; 13 a ocupación estudiante; 5 a escolaridad profesional; 09 a lugar de nacimiento Distrito Federal; 01740 a código postal; 55-20-21-22 a teléfono; 00001 corresponde al número de expediente, 00 a la unidad donde se atiende al paciente que en este caso es Edificio central. En los dos últimos espacios, los situados debajo de año, se anotará el ciclo escolar correspondiente, en este caso es 01 y 2 que corresponden al ciclo escolar 2001-2002.

Cuando un pacientes no sabe su código postal exacto, poner el correspondiente a Delegación o Municipio, habrá un listado de estos códigos visible en cada clínica.

Observe que deben llenarse el o los ceros cuando el número de dígitos del dato es menor que el número de dígitos de las columnas. Es el caso para código postal que es 1740 con cuatro dígitos,

pero la columna tiene cinco dígitos, por lo tanto se llena 01740. Otro ejemplo es del expediente que es el número 1, tiene un dígito, pero la columna tiene cinco dígitos, por lo tanto se llena 00001.

En el caso de teléfonos del interior de la República con menor número de dígitos, los faltantes se llenarán con ceros antes del número.

Para teléfonos celulares, anotar el número 044 antes de los ocho dígitos, aunque en este caso no se registra en los alvéolos en número 044.

A continuación se anota la lista de claves, la cual estará siempre visible (pegada en todas las clínicas):

INTERROGATORIO:	SEXO:	LUGAR DE NACIMIENTO:
1 Directo	1 Masculino	01 Aguascalientes
2 Indirecto	2 Femenino	02 Baja California Norte
ESTADO CIVIL:	ESCOLARIDAD:	03 Baja California Sur
1 Soltero (a)	1 Analfabeta	04 Campeche
2 Casado (a)	2 Primaria	05 Coahuila
3 Viudo (a)	3 Secundaria	06 Colima
4 Divorciado (a)	4 Bachillerato	07 Chiapas
5 Unión libre	5 Profesional	08 Chihuahua
6 Separado (a)	6 Posgrado	09 Distrito Federal
7 Madre soltera	7 Menor	10 Durango
8 Menor	UNIDAD:	11 Estado de México
OCUPACIÓN:	00 Edificio Central	12 Guanajuato
01 Ama de casa	01 Aguilas matutino	13 Guerrero
02 Artesano	02 Aguilas vespertino	14 Hidalgo
03 Campesino	03 Aragón matutino	15 Jalisco
04 Comerciante	04 Aragón vespertino	16 Michoacán
05 Obrero	05 Azcapotzalco matutino	17 Morelos
06 Empleado	06 Azcapotzalco vespertino	18 Nayarit
07 Operador de transporte	07 Oriente matutino	19 Nuevo León
08 Trabajadora doméstica	08 Oriente vespertino	20 Oaxaca
09 Técnico	09 Milpa Alta matutino	21 Puebla
10 Profesional	10 Milpa Alta vespertino	22 Querétaro
11 Pensionado o Jubilado	11 Padierna matutino	23 Quintana Roo
12 Desempleado	12 Padierna vespertino	24 San Luis Potosí
13 Estudiante	13 Vallejo matutino	25 Sinaloa
14 Menor	14 Vallejo vespertino	26 Sonora
15 Otro	15 Venustiano C. matutino	27 Tabasco
	16 Venustiano C. vespertino	28 Tamaulipas
	17 Xochimilco matutino	29 Tlaxcala
	18 Xochimilco vespertino	30 Veracruz
		31 Yucatán
		32 Zacatecas
		33 Extranjero

Los siguientes bloques contienen información del interrogatorio que comprende: 2 Padecimiento actual; 3 Motivo de consulta; 4 Enfermedades actuales del paciente; 5 Empleo de medicamentos; 6 Antecedentes alérgicos; 7 Antecedentes quirúrgicos y traumáticos; 8 Consumo de drogas; 9 Antecedentes transfusionales; 10 Preferencia sexual; 11 Ficha ginecológica breve; 12 Antecedentes de inmunizaciones; 13 Enfermedades pasadas; 14 Antecedentes patológicos familiares; 15 Interrogatorio (breve) de aparatos y sistemas; 16 Habitación; 17 Alimentación; e 18 Higiene.

En todas estas secciones, excepto padecimiento actual, llenar el alvéolo correspondiente al dato obtenido del paciente, puede llenarse más de un alvéolo si este es el caso. Puede hacerse anotaciones delante del dato obtenido, teniendo cuidado de no invadir la zona siguiente de alvéolos. Por ejemplo, si el paciente refiere padecer diabetes mellitus, anotar tiempo de evolución (5 años), última determinación de glucemia y resultado (glucemia 140, 1 mes).

2. PADECIMIENTO ACTUAL (BUCAL)	3. MOTIVO DE CONSULTA	4. ¿PADECE ALGUNA(S) DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES? (Anotar tiempo de evolución)	
<input type="checkbox"/> He notado sangrado de mis <input type="checkbox"/> encías cuando cepillo los <input type="checkbox"/> dientes, esto inició hace como <input type="checkbox"/> 6 meses. También siento que <input type="checkbox"/> los dientes se mueven y se me <input type="checkbox"/> seca mucho la boca.	<input type="checkbox"/> Revisión <input type="checkbox"/> Rehabilitación <input type="checkbox"/> Limpieza dental <input checked="" type="checkbox"/> Movilidad dental <input type="checkbox"/> Pérdida de dientes <input type="checkbox"/> Dientes en mal oclusión <input type="checkbox"/> Caries <input type="checkbox"/> Dolor dental <input type="checkbox"/> Dolor ATM <input type="checkbox"/> Trismus <input type="checkbox"/> Dolor de mucosa bucal <input type="checkbox"/> Traumatismo bucal <input checked="" type="checkbox"/> Sangrado tejidos bucales <input type="checkbox"/> Aumento de volumen <input type="checkbox"/> Halitosis <input type="checkbox"/> Mal sabor de boca <input type="checkbox"/> Continuar tratamiento <input checked="" type="checkbox"/> Otro <i>Sequedad bucal</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensión arterial <i>2 años</i> <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <i>3 años</i> <input type="checkbox"/> Angina de pecho <i>glucemia</i> <input type="checkbox"/> Soplo cardiaco <i>180, 1 mes</i> <input type="checkbox"/> Aritmia <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> Rinitis alérgica <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Bronquitis crónica <input type="checkbox"/> Migraña <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Gastritis	<input type="checkbox"/> Úlcera péptica <input type="checkbox"/> Colitis nerviosa <input type="checkbox"/> Hemorroides <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> VIH + o SIDA <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Vitiligo <input type="checkbox"/> Dermatitis atópica <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide <input type="checkbox"/> Osteoartritis <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Hiperuricemia <input type="checkbox"/> Mastopatía fibroquística <input type="checkbox"/> Quistes ováricos <input type="checkbox"/> Infección urinaria <input type="checkbox"/> Cálculos <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otra

En padecimiento actual hacer una descripción breve del o los síntomas que presenta el paciente, en orden cronológico.

En motivo de consulta puede elegirse una o más opciones. En la situación en que el motivo de consulta no aparezca en la lista, elegir la opción OTRO y anotar delante y en forma muy breve ese motivo (en cursiva).

4. ¿Padece alguna(s) de las siguientes enfermedades? Llenar el alvéolo correspondiente, como en el ejemplo Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, anotando delante el tiempo de evolución.

Al igual que en motivo de consulta, si el padecimiento no se encuentra en la lista, elegir la opción OTRA(O) y anotar delante cuál. ESTO ES VALIDO PARA CUALQUIER BLOQUE DEL DOCUMENTO EN DONDE NO APAREZCA EN LA LISTA LO REFERIDO O EXPLORADO EN EL PACIENTE. Puede emplearse los espacios en blanco entre los bloques, teniendo cuidado de NO ESCRIBIR SOBRE LOS ALVÉOLOS.

5. ¿ESTÁ TOMANDO ALGÚN (OS) MEDICAMENTO (S)? (Anotar el nombre del fármaco)	6. ¿ES ALÉRGICO A ALGUNO DE ESTOS PRODUCTOS?	7. ¿HA TENIDO PERACIONES O TRAUMATISMOS?
<input type="checkbox"/> AINE <input type="checkbox"/> Antiácido <input type="checkbox"/> Antiarrítmico <input type="checkbox"/> Antibiótico <input type="checkbox"/> Anticoagulante <input type="checkbox"/> Anticonceptivo <input type="checkbox"/> Anticonvulsivo <input type="checkbox"/> Antidepresivo <input type="checkbox"/> Antidiarreico <input checked="" type="checkbox"/> Antihipertensivo <i>Captopril</i> <input type="checkbox"/> Antihistamínico <input type="checkbox"/> Antimigrañoso	<input type="checkbox"/> Antineoplásico <input type="checkbox"/> Antiparkinsoniano <input type="checkbox"/> Antipsicótico <input type="checkbox"/> Antitiroideo <input type="checkbox"/> Broncodilatador <input type="checkbox"/> Corticosteroide <input type="checkbox"/> Digitálico <input type="checkbox"/> Hipnótico <input checked="" type="checkbox"/> Hipoglucemiante <i>Glibenclá</i> <input type="checkbox"/> Hormona tiroidea <i>mida</i> <input type="checkbox"/> Ninguno <input checked="" type="checkbox"/> Otro <i>Clorotiazida -Diurético</i>	<input type="checkbox"/> Penicilinas <input type="checkbox"/> Sulfas <input checked="" type="checkbox"/> Pirazolonas <input type="checkbox"/> Aspirina <input type="checkbox"/> Acetaminofen <input type="checkbox"/> Sedantes <input type="checkbox"/> Anestésico local <input type="checkbox"/> Alimentos <input type="checkbox"/> Polen <input type="checkbox"/> Pelo o pluma de anim. <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro

Continuando con el ejemplo en el mismo paciente, toma hipoglucemiante (glibenclámid), antihipertensivo (captopril), un diurético (clorotiazida). Es alérgico a pirazolonas y le han practicado extracciones dentales y tuvo una fractura.

Es importante señalar que siempre debe averiguarse con exactitud los problemas del paciente, ya que en ocasiones éste supone que tiene una enfermedad y no ha sido aún diagnosticada por el médico. Misma situación puede suscitarse en el caso de las alergias, no es suficiente con que el paciente diga que es alérgico a determinado producto, habrá que investigar si efectivamente existieron manifestaciones de hipersensibilidad.

8. ¿CONSUME ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SUSTANCIAS?	9. ¿HA RECIBIDO TRANSFUSIONES?	10. PREFERENCIA SEXUAL	11. EN MUJERES
<input checked="" type="radio"/> Alcohol <i>Ocasionalmente</i> <input checked="" type="radio"/> Tabaco <i>10 cigarros/día</i> <input type="radio"/> Marihuana <input type="radio"/> Cocaína <input type="radio"/> Anfetaminas <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Otra	<input checked="" type="radio"/> Sangre <i>Aborto</i> <input type="radio"/> Plasma <input type="radio"/> Eritrocitos <input type="radio"/> Plaquetas <input type="radio"/> Suero <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Otra	<input checked="" type="radio"/> Heterosexual <input type="radio"/> Homosexual <input type="radio"/> Bisexual	<input type="radio"/> Embarazo ___ sem. <input type="radio"/> Embarazos <u>4</u> N° <input type="radio"/> Abortos <u>1</u> N° <input type="radio"/> Toxemia del embarazo <input type="radio"/> Flujo o Leucorrea <input type="radio"/> Dismenorrea <input type="radio"/> Prurito vaginal <input type="radio"/> Lactancia <input type="radio"/> Sangrado anormal <input type="radio"/> Menopausia <input checked="" type="radio"/> Papanicolaou <u>1</u> <input type="radio"/> Amenorrea <u>año</u> <input checked="" type="radio"/> Actividad sexual <input type="radio"/> FUR <i>Hace 5 años</i>

En este bloque, el ejemplo es de una paciente que consume alcohol ocasionalmente, fuma 10 cigarrillos por día, ha recibido una transfusión sanguínea con motivo de un aborto, es heterosexual, tuvo 4 embarazos y 1 aborto, se encuentra en la etapa postmenopáusica y su última menstruación fue hace 5 años, tiene actividad sexual y su último Papanicolaou fue hace 1 año.

12. ¿QUÉ VACUNAS HA RECIBIDO?	13. ¿QUÉ ENFERMEDADES HA PADECIDO?		
<input checked="" type="radio"/> Poliomielitis <input checked="" type="radio"/> Tuberculosis <input checked="" type="radio"/> DPT <input type="radio"/> Triple viral <input type="radio"/> Hepatitis <input type="radio"/> Otra	<input type="radio"/> Poliomielitis <input type="radio"/> Sarampión <input checked="" type="radio"/> Rubéola <input checked="" type="radio"/> Varicela <input type="radio"/> Escarlatina <input checked="" type="radio"/> parotiditis	<input type="radio"/> Fiebre reumática <input type="radio"/> Hepatitis <input type="radio"/> Tuberculosis <input type="radio"/> Sífilis <input type="radio"/> Infarto de miocardio <input type="radio"/> Embolia cerebral	<input type="radio"/> Epilepsia <input type="radio"/> Úlcera péptica <input type="radio"/> Anemia <input type="radio"/> Cáncer <input type="radio"/> Ninguna <input checked="" type="radio"/> Otra <i>Fiebre tifoidea</i>

Aquí el paciente refirió haber recibido las siguientes vacunas: poliomielitis, tuberculosis y DPT. Así mismo refirió haber padecido rubéola, varicela, parotiditis y fiebre tifoidea.

14. ¿ALGÚN FAMILIAR (ABUELOS, PADRES, HERMANOS, HIJOS, CONYUGE) TIENE O TUVO ALGUNA (S) ENFERMEDAD (ES) COMO LAS SIGUIENTES? (Anotar delante de la enfermedad al familiar)			
<input type="radio"/> Hipertensión arterial <input checked="" type="radio"/> Diabetes mellitus <i>Mamá</i> <input checked="" type="radio"/> Infarto de miocardio <i>Papá</i> <input type="radio"/> Embolia cerebral <input type="radio"/> Epilepsia <input type="radio"/> Esquizofrenia	<input type="radio"/> Migraña <input checked="" type="radio"/> Alcoholismo <i>Hermana</i> <input type="radio"/> Adicción a drogas <input type="radio"/> Cáncer <input type="radio"/> Asma <input type="radio"/> Enfisema pulmonar	<input type="radio"/> Fiebre reumática <input type="radio"/> Artritis reumatoide <input type="radio"/> Hipertiroidismo <input type="radio"/> Hipotiroidismo <input checked="" type="radio"/> Obesidad <i>Hermana</i> <input type="radio"/> Desnutrición	<input type="radio"/> Tuberculosis <input type="radio"/> Sífilis <input type="radio"/> VIH o SIDA <input type="radio"/> Malfor. congénitas <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Otra

Como señala la instrucción, anotar delante del padecimiento al familiar. En Antecedentes Heredofamiliares el paciente refirió diabetes mellitus en la mamá, infarto del miocardio en su papá así como alcoholismo y obesidad en una hermana.

15. ¿ACTUALMENTE TIENE USTED ALGUNA (S) MOLESTIA (S) COMO LAS SIGUIENTES?				
<input checked="" type="radio"/> Poliuria <input checked="" type="radio"/> Polidipsia <input checked="" type="radio"/> Polifagia <input type="radio"/> Pérdida de peso <input checked="" type="radio"/> Sequedad bucal <input checked="" type="radio"/> Nicturia <input type="radio"/> Disnea <input type="radio"/> Tos <input type="radio"/> Expectोरación <input type="radio"/> Rinorrea	<input type="radio"/> Dolor precordial <input type="radio"/> Palpitaciones <input type="radio"/> Edema <input type="radio"/> Mareo / vértigo <input checked="" type="radio"/> Fatiga <input type="radio"/> Desmayos <input type="radio"/> Fiebre <input type="radio"/> Diaforesis <input type="radio"/> Intoleran. frío / calor <input type="radio"/> Sequedad piel	<input type="radio"/> Cefalea <input type="radio"/> Otagia <input checked="" type="radio"/> Parestesia <input type="radio"/> Paresia <input type="radio"/> Nerviosismo <input type="radio"/> Temblores <input type="radio"/> Diplopía <input checked="" type="radio"/> Fosfenos <input type="radio"/> Escotomas <input type="radio"/> Hipoacusia	<input checked="" type="radio"/> Acúfenos <input type="radio"/> Disgeusia <input type="radio"/> Náusea <input type="radio"/> Vómito <input type="radio"/> Hiporexia <input checked="" type="radio"/> Diarrea <input type="radio"/> Dolor abdominal <input type="radio"/> Melena <input type="radio"/> Petequias <input type="radio"/> Equimosis	<input type="radio"/> Epistaxis <input type="radio"/> Hematuria <input type="radio"/> Coluria <input type="radio"/> Disuria <input type="radio"/> Prurito <input type="radio"/> Erupción cutánea <input type="radio"/> Cambios color piel <input type="radio"/> Artralgias <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Otro

En esta sección que corresponde al interrogatorio por aparatos y sistemas, deben señalarse los SÍNTOMAS QUE EN LA ACTUALIDAD TIENE EL PACIENTE. En este ejemplo, la enferma refirió poliuria, polidipsia, polifagia, sequedad bucal, nicturia, fatiga, parestesias, fosfenos, acúfenos, y diarrea.

En este caso, si retomamos los ejemplos iniciales de la paciente que padece diabetes mellitus e hipertensión arterial, tendríamos a un paciente con probable mal control de sus padecimientos y algunas complicaciones de los mismos.

16. HABITACIÓN				17. ALIMENTACIÓN			18. HIGIENE	
Material	Cuartos	Habitantes	Per X Cuarto	Servicios	Nº veces X semana	Nº de Comidas X día	Nº veces X semana	
● Concreto	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> Sólo	<input type="radio"/> Sólo	● Agua	Leche <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 1	Baño <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7	
○ Adobe	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2	○ Drenaje	Huevo <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 2	Ropa <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7	
○ Madera	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3	● 3	Ventilación:	Carne <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 3	Bucal: Nº veces X día:	
○ Lámina	● 4	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4	○ Buena	Frutas <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 4	Cepillado <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7	
○ Otro	<input type="radio"/> 5	● 5	<input type="radio"/> 5	● Regular	Verduras <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 5	Hilo dental <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7	
	<input type="radio"/> 6-8	<input type="radio"/> 6-8	<input type="radio"/> 6-8	○ Mala	Legumin. <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 6	Enjuague <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7	
	<input type="radio"/> +9	<input type="radio"/> +9	<input type="radio"/> +9		Cereales <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 7	Ninguna <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7	

En este ejemplo el paciente refirió habitar en una construida de concreto, con 4 habitaciones, 5 habitantes, comparte su cuarto con 2 personas, cuenta con agua potable intradomiciliaria y tiene una ventilación regular. Con respecto a su alimentación, se interroga acerca de 7 grupos de alimentos y la frecuencia con que los consume por semana, en este caso, sólo leguminosas y cereales son consumidos diariamente por el paciente, leche y carnes son consumidos 3 veces a la semana, el huevo 2 veces por semana y las frutas 4 veces a la semana; realiza 3 comidas al día. En lo referente a su higiene general y bucal, se baña y cambia su ropa diariamente, cepilla sus dientes dos veces al día y no utiliza hilo dental ni enjuagues.

EXPLORACIÓN FÍSICA.

19. SIGNOS VITALES						20. INSPECCIÓN GENERAL		
Pulso ej.:072	FR ej.:12	TA B.D. ej.: 120/080	TA B.I. ej.: 120/080	Peso ej.:070	Estatura ej.: 170	Marcha	Movimientos anormales	Facies
● 00	● 00	● 00	● 00	● 00	● 00	● Normal	● Ninguno	● Ninguna
○ 01	○ 01	○ 01	○ 01	○ 01	○ 01	○ Atáxica	○ Temblor	○ Mongoloide
○ 02	○ 02	○ 02	○ 02	○ 02	○ 02	○ Espástica	○ Corea	○ Asombro
○ 03	○ 03	○ 03	○ 03	○ 03	○ 03	○ Hemipléjica	○ Contorsión	○ Cushinoide
○ 04	○ 04	○ 04	○ 04	○ 04	○ 04	○ Parkinsoniana	○ Tics	○ Parkinsoniana
○ 05	○ 05	○ 05	○ 05	○ 05	○ 05	○ Otra	○ Otro	○ Otra
○ 06	○ 06	○ 06	○ 06	○ 06	○ 06	Complexión	Posición	Cuidado personal
○ 07	○ 07	○ 07	○ 07	○ 07	○ 07	○ Robusta	● Libre	○ Pulcritud
○ 08	○ 08	○ 08	○ 08	○ 08	○ 08	● Media	○ Forzada	● Regular
○ 09	○ 09	○ 09	○ 09	○ 09	○ 09	○ Delgada	○ Cambiante	○ Descuido

Es aconsejable que la toma de signos vitales se haga al terminar el interrogatorio, con el objeto de que el paciente esté más tranquilo.

En relación a la presión arterial en niños, como no se cuenta con brazaletes de diversos tamaños, sólo tomarla en mayores de 12 años, en los menores a esta edad, llenar los alvéolos de las columnas correspondientes con ceros.

En el ejemplo de arriba el paciente tiene un pulso de 72 X', frecuencia respiratoria 16 X', TA brazo derecho 130 / 84 mm Hg, TA brazo izquierdo 130 /86 mm Hg, peso de 64 kg y estatura 168 cm.

Como se explicó antes, todas las columnas de dígitos deben ser llenadas, tal es el caso del pulso 72 X', ⑦②, y de igual forma con las demás.

En relación con el peso o la estatura, debe redondearse las cifras, si por ejemplo el peso es de 55.5 kg o más, registrar 56 kg, si es de 55.4 o menos, registrar 55. La misma regla se aplica para la estatura.

En virtud de que el Cirujano Dentista no recibe entrenamiento durante su formación para efectuar Exploración Física COMPLETA, esta parte del examen clínico comprenderá la inspección general y la exploración de cabeza y cuello. Sin embargo, esto no quiere decir que en cada paciente deje de observarse o palpase áreas como extremidades, especialmente las superiores, o las alteraciones que serían obviamente visibles como un abdomen aumentado de volumen o muchas otras, sólo se citan ejemplos.

En el ejemplo, el paciente tiene marcha normal (ninguna característica), no tiene movimientos anormales ni facies característica, complexión media, actitud libre y cuidado personal regular.

21. CABEZA Y CUELLO					
CRANEO	CARA	OJOS	NARIZ	OIDOS	CUELLO
<input checked="" type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Pequeño <input type="radio"/> Grande <input type="radio"/> Exostosis <input type="radio"/> Hundimientos <input type="radio"/> Forma anormal <input type="radio"/> Imp. baja pelo <input checked="" type="radio"/> Pelo seco <input type="radio"/> Alopecia <input type="radio"/> Otro	<input type="radio"/> Normal <input checked="" type="radio"/> Palidez <input type="radio"/> Ictericia <input type="radio"/> Cianosis <input type="radio"/> Asimetría <input checked="" type="radio"/> Edema <input type="radio"/> Verrugas <input type="radio"/> Acné <input type="radio"/> Cloasma <input type="radio"/> Otro	<input type="radio"/> Normales <input type="radio"/> Ptosis <input type="radio"/> Exoftalmos <input type="radio"/> Epicanto <input type="radio"/> Parálisis ocular <input checked="" type="radio"/> Pterigión <input type="radio"/> Enroj. Conjunt <input type="radio"/> Secreción <input type="radio"/> Chalazión <input checked="" type="radio"/> Otro <i>Palidez conj</i>	<input checked="" type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Deformidad <input type="radio"/> Úlcera / nódulo <input type="radio"/> Eritema marip. <input type="radio"/> Angiomas <input type="radio"/> Perf. tabique <input type="radio"/> Hipert. cornetes <input type="radio"/> Pólipos <input type="radio"/> Secreción <input type="radio"/> Otro	<input checked="" type="radio"/> Normales <input type="radio"/> Implant. Baja <input type="radio"/> Deformidad <input type="radio"/> Úlceras cután. <input type="radio"/> Tofos <input type="radio"/> Secreción <input type="radio"/> Eritem Pabellón <input type="radio"/> Microtia <input type="radio"/> Apéndices <input type="radio"/> Otro	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Corto <input checked="" type="radio"/> Bocio <input type="radio"/> Nódulo tiroideo <input type="radio"/> Gang. crecidos <input type="radio"/> Torticolis <input type="radio"/> Ingurg. yugular <input type="radio"/> Ondas cañón <input type="radio"/> Crec. parotídeo <input type="radio"/> Otro

Nuevamente en esta sección puede elegirse varias opciones en cada columna y hacer anotaciones breves en las opciones de OTRO.

Aquí el paciente tiene un cráneo de forma y tamaño normales, pero su pelo es seco, presenta palidez cutánea en cara y aspecto edematoso, con pterigión en un ojo y palidez conjuntival, su nariz y oídos son normales y tiene crecimiento difuso de la glándula tiroides.

En el caso de encontrar otros hallazgos en otras áreas corporales, puede emplearse los renglones inferiores de DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO para hacer las anotaciones correspondientes, de no haberlos, utilizar este espacio para el propósito indicado.

Respecto a este último comentario, cuando el paciente conoce el diagnóstico y lo refiere al profesional, no existe problema en hacer la anotación correspondiente. Sin embargo, cuando el paciente refiere una serie de datos (síntomas) y se encuentran signos en la exploración física, puede existir limitación para emitir un diagnóstico de presunción, en tal caso, el Cirujano Dentista podrá elaborar diagnósticos sintomáticos o sindromáticos, o bien, emitir un juicio acerca del estado de salud del paciente, para subsecuentemente solicitar la interconsulta médica con el objeto de mayor estudio del paciente.

PÁGINAS 3 Y 4.

En estas páginas está contenida la información referente a los aspectos bucales exclusivamente. En el margen superior izquierdo de la página 3, aparecen nuevamente el NÚMERO DEL EXPEDIENTE y el año. Como ya se mencionó al principio, llenar los alvéolos de esta sección con las reglas ya citadas. Esta información es muy importante porque identifica al mismo paciente en caso de que las hojas se transpapelen.

18. EXPLORACIÓN BUCAL.

Esta sección consta de dos bloques, uno lista las lesiones elementales y trastornos de la mucosa bucal y el otro las áreas anatómicas de la boca. En este último es donde debe llenarse los alvéolos con el número de lista de los trastornos.

22. EXPLORACIÓN BUCAL			
01 Anquilosis	15 Granuloma piógeno	29 Leucoplasia	43 Quemadura química
02 Atrofia mucosa	16 Granuloma de cél gigantes	30 Leucoplasia pilosa	44 Queratosis friccional
03 ↑ vol causa aparente	17 Hemangioma	31 Liqueo plano	45 Quiste por erupción
04 ↑ vol sin causa aparente	18 Herpes labial	32 Macroglosia	46 Tejido linfoide ectópico
05 Candidiasis atrof. crónica	19 Hiperplasia epitelial focal	33 Mucocelo	47 Telangiectasia hemorrág.
06 Candidiasis pseudomem.	20 Hiperplasia fibrosa	34 Mucosa mordisqueada	48 Torus mandibular
07 Épulis fisuratum	21 Hiperplasia gingival	35 Nevo	49 Torus palatino
08 Equimosis	22 Hiperplasia papilar palatina	36 Nódulo gingival fibroso	50 Úlceras aftosas
09 Eritema multiforme	23 Lago venoso	37 Papiloma	51 Úlceras aftosas herpetifor
10 Estomatitis nicotínica	24 Lengua geográfica	38 Petequia	52 Úlcera traumática
11 Fistula	25 Lengua fisurada	39 Pigmentación fisiológica	53 Varices linguales
12 Fordyce	26 Lengua pilosa	40 Pigmentación amalgama	54 Otra
13 Gingivostomatitis herp.	27 Lengua saburral	41 Queilitis actínica	
14 Glositis romboidea med.	28 Leucoedema	42 Queilitis angular	

ANOTAR EL NÚMERO CORRESPONDIENTE EN LA ZONA (Si no existe lesión alguna, dejar en blanco)															
LABIOS		VESTIBULO		CARRILLOS		ENCIA		PALADAR		PISO DE BOCA		LENGUA		PROC. ALVEO	
Sup	Inf	Sup	Inf	Der	Izq	Sup	Inf	Duro	Blando	Anterior	Posterior	Dorso	Ventre	Sup	Inf
00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
02	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02
03	03	03	03	03	03	03	03	03	03	03	03	03	03	03	03
04	04	04	04	04	04	04	04	04	04	04	04	04	04	04	04
05	05	05	05	05	05	05	05	05	05	05	05	05	05	05	05
06	06	06	06	06	06	06	06	06	06	06	06	06	06	06	06
07	07	07	07	07	07	07	07	07	07	07	07	07	07	07	07
08	08	08	08	08	08	08	08	08	08	08	08	08	08	08	08
09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09

En este ejemplo, el paciente tiene un mucocelo en el labio inferior (03), leucoedema en ambos carrillos (02), pigmentación por amalgama en encía inferior (04), Torus palatino (04) y lengua saburral (02) y varices linguales (05), el resto de las áreas no presentan ningún trastorno, por lo tanto se dejan en blanco.

23. ESTADO PERIODONTAL																									
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

Con estos odontogramas del adulto e infantil, se registran las condiciones periodontales, llenando los alvéolos correspondientes con ayuda de la lista central superior. Elegir sólo una opción para cada columna correspondiente. En la situación que en un área (ejemplo 11) existan varios datos como: cálculo, sangrado, supuración, y movilidad dental, registrar como periodontitis (8).

En el ejemplo, las condiciones periodontales son: gingivitis en las zonas de 16, 12, 11, 27, 28, 46, 44, 43; periodontitis en 42 y 34; el resto de los tejidos parodontales son sanos.

24. DIENTES													
ALTERACIONES DENTALES (Si está presente marque el N° de diente, de lo contrario deje en blanco)													
FUSIÓN	GEMINACIÓN	MICRODONANCIA	MACRODONANCIA	DENS INVAGINAT	CUSPIDE ESPOL	AGENESIA							
● ●	● ①	① ①	① ①	① ①	① ①	① ①	① ①	① ①	① ①	① ①	① ①	① ①	① ①
② ②	② ●	② ②	② ②	② ②	② ②	② ②	② ②	② ②	② ②	② ②	② ②	② ②	② ②
③ ③	③ ③	③ ③	● ③	③ ●	③ ③	③ ③	③ ③	③ ③	③ ③	③ ③	③ ③	③ ③	③ ③
④ ④	④ ④	④ ④	④ ●	④ ●	④ ④	④ ④	④ ④	④ ④	④ ④	④ ④	④ ④	④ ④	④ ④
⑤ ⑤	⑤ ⑤	⑤ ⑤	⑤ ⑤	⑤ ⑤	⑤ ⑤	⑤ ⑤	⑤ ⑤	⑤ ⑤	⑤ ⑤	⑤ ⑤	⑤ ⑤	⑤ ⑤	⑤ ⑤
⑥ ⑥	⑥ ⑥	⑥ ⑥	⑥ ⑥	⑥ ⑥	⑥ ⑥	⑥ ⑥	⑥ ⑥	⑥ ⑥	⑥ ⑥	⑥ ⑥	⑥ ⑥	⑥ ⑥	⑥ ⑥
⑦ ⑦	⑦ ⑦	⑦ ⑦	⑦ ⑦	⑦ ⑦	⑦ ⑦	⑦ ⑦	⑦ ⑦	⑦ ⑦	⑦ ⑦	⑦ ⑦	⑦ ⑦	⑦ ⑦	⑦ ⑦
⑧ ⑧	⑧ ⑧	⑧ ⑧	⑧ ⑧	⑧ ⑧	⑧ ⑧	⑧ ⑧	⑧ ⑧	⑧ ⑧	⑧ ⑧	⑧ ⑧	⑧ ⑧	⑧ ⑧	⑧ ⑧

Aquí se registrarán las alteraciones dentales señaladas en las columnas utilizando la numeración de los odontogramas, en cada alteración SÓLO SE PUEDE REGISTRAR LA PARTICIPACIÓN DE DOS DIENTES.

Cuando no exista ninguna de las alteraciones, dejar en blanco como lo indica la instrucción.

En el ejemplo (supuesto sólo para fines explicativos), existe fusión de los dientes 11 y 12. En la columna de microdonancia existe la alteración que involucra a los dientes 31 y 32.

Para agenesia, si el paciente está enterado registrarla, de lo contrario, tomar el estudio radiográfico para confirmarlo.

OTROS TRASTORNOS DENTALES.

	EDÉNTULO	HIPOPLASIA DEL ESMALTE	ABRASIÓN	ATRICIÓN	EROSIÓN	SUPERNUMERARIO	MESIODENS
	●	○	○	○	○	○	○
Sup 1, Inf 2	● ●	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②

Esta sección comprende dos pasos: en el primero identificar el trastorno presente, en caso de existir, llenar el alvéolo en la columna correspondiente (primera fila de alvéolos); y segundo la arcada donde se localiza (SUPERIOR ①, INFERIOR ②), observe que en este paso puede estar presente el trastorno en ambas arcadas, en tal caso, llenar los alvéolos ① y ②.

En el ejemplo, el paciente es edéntulo en ambas arcadas, el resto de las columnas se dejan en blanco.

25. CONDICIONES DENTALES.

De la misma forma que en Estado Periodontal, están representados los odontogramas del adulto e infantil, con la ayuda de la lista central superior, llenar los alvéolos correspondientes. Elegir sólo una opción para cada columna.

Este es un ejemplo real de un paciente donde existe:

- ① SANO, dientes 42 y 43
- ② PERDIDO POR CARIES, dientes 18, 16, 26, 15, 25, 14, 24, 13, 22, 21, 41, 31, 32, 33, 45, 35, 36, 47, 37, 48, 38.
- ⑤ OBTURADO SIN CARIES, dientes 17, 12, 11.
- ⑥ OBTURADO CON CARIES, dientes 28, 27, 44, 34, 46.

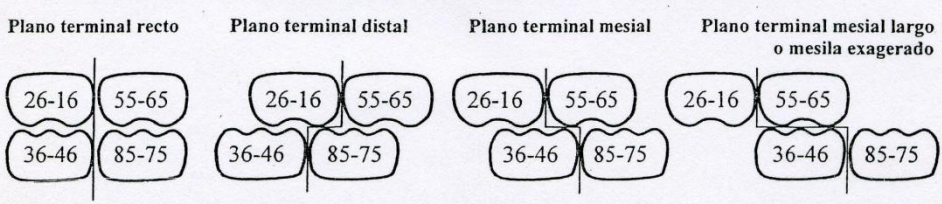
⊗ EXTRACCIÓN INDICADA, diente 23.

25. CONDICIONES DENTALES																											
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	0Sano	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	

26. ANÁLISIS DE LA OCLUSIÓN					
CLASIFICACIÓN (Angle)	PLANOS TERMINALES	OCCLUS. CRUZADA	MORDIDA ABIERTA	OCCLUS. Borde-Borde	SOBREMORDIDA
<input type="radio"/> Clase I <input type="radio"/> Clase II división 1 <input type="radio"/> Clase II división 2 <input type="radio"/> Clase III	<input type="radio"/> Recto <input type="radio"/> Distal <input type="radio"/> Mesial <input type="radio"/> Mesial largo	<input type="radio"/> Anterior <input type="radio"/> Posterior <input type="radio"/> Mixta <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Anterior <input type="radio"/> Posterior <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Horizontal <input type="radio"/> Vertical <input type="radio"/> No

Cuando el paciente presenta dentición permanente se tomará como referencia la clasificación de Angle. Llenar el alvéolo correspondiente de acuerdo a la Clasificación que presente el paciente.

Planos terminales. Cuando el paciente presenta dentición temporal o dentición mixta, tomaremos como referencia la clasificación de planos terminales. Si ya están presentes los 1^{os} molares permanentes en oclusión, se tomará como referencia la clasificación de Angle.



Llenar el alvéolo correspondiente de acuerdo al plano que presente el paciente. **Oclusión cruzada, Mordida abierta, Oclusión borde-borde, Sobremordida;** Llenar el alvéolo correspondiente de acuerdo a la clasificación que presente el paciente.

Interferencias oclusales.
Oclusión céntrica. Determinar punto prematuro de contacto (primer punto que interfiere en el cierre en céntrica). Se deberá marcar de izquierda a derecha los dos primeros dientes que hagan contacto en el momento de cierre (ej.: 15 y 45).

Las interferencias oclusales se presentan en los movimientos excursivos de la mandíbula.

Interferencia oclusal en lado de trabajo. Se deberá marcar de izquierda a derecha los dos primeros dientes que hagan contacto e impidan el desplazamiento lateral, se analizará lado derecho y lado izquierdo (ej.: 16-46 y/o 24-34)-

Interferencias oclusales en lado de balance. Se deberá marcar de izquierda a derecha los dos primeros dientes que al desplazamiento en el lado de balance exista el mayor contacto, se analizará lado derecho y lado izquierdo (ej.: 17-47 y/o 28-38).

Interferencias oclusales en movimiento protrusivo. Se deberá marcar de izquierda a derecha los dientes posteriores (que tengan mayor contacto) de cada lado, que al finalizar el movimiento protrusivo, presenten contacto (ej.: 16-47, 26-37).

INTERFERENCIAS OCLUSALES: (Marcar con el N° del Odontograma, si no existe dejar en blanco)															
OCCLUSIÓN CENTRICA				LATERAL TRABAJO				LATERAL BALANCE				PROTRUSIVA			
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8

27. ATM			28. PALPACIÓN DE LOS MÚSCULOS			
	Der	Izq	DOLOR		ESPASMO	
Dolor a palp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Der	Izq	Der	Izq
Ruidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luxación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Masetero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ATM y Palpación de los músculos:

Llenar el alvéolo correspondiente de acuerdo a la anomalía que presente el paciente, si no se presenta dejarlo en blanco.

29. MOVIMIENTOS MANDIBULARES								
	Apertura		Cierre		Lateral		Protrusión	
	Der	Izq	Der	Izq	Der	Izq	Der	Izq
NORMAL	0	0	0	0	0	0	0	0
DESVIACIÓN	1	1	1	1			1	1
LIMITACIÓN	2	2	2	2	2	2	2	2

MOVIMIENTOS MANDIBULARES

Llenar el alvéolo correspondiente

Determinar el orden de los servicios clínicos que requiere el paciente, llenando los alvéolos correspondientes. Por motivos técnicos y para emplear una sola fila de dígitos, la columna de CEROS (0) corresponde al primer servicio, la columna de UNOS (1) al segundo servicio, y así sucesivamente. **POR EJEMPLO:** si los servicios que requiere un paciente son ODONTOLOGÍA PREVENTIVA, PERIODONCIA, OPERATORIA DENTAL Y PRÓTESIS, ver orden en tabla.

RUTA CLINICA	
ANOTAR EL ORDEN DE LOS SERVICIOS	
ODONTOLOGÍA PREVENTIVA	1 2 3 4 5 6 7 8 9
PERIODONCIA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
ODONTOPEDIATRÍA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
ENDODONCIA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
OPERATORIA DENTAL	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
EXODONCIA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
CIRUGÍA BUCAL	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
PRÓTESIS FIJA Y REMOVIBLE	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
PROSTODONCIA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
PATOLOGÍA BUCAL	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

FINALMENTE, solicitar al paciente o tutor la firma en el sitio correspondiente. Anotar el parentesco de la persona que acompaña al paciente en el caso de menores de edad o discapacitados o por otro motivo. Así mismo el alumno que realiza el examen clínico debe anotar su nombre y firma. El alumno debe solicitar al profesor que supervisa la Historia clínica su nombre, firma y clave.

Anexo 4. Resultados de todas las enfermedades sistémicas incluidas en la historia clínica.

Enfermedades	Aragón	Milpa Alta	Oriente	Padierna	Total
1. Hipertensión	100 4.7%	60 2.8%	84 3.9%	65 3.1%	309 14.5%
2. Diabetes	47 2.2%	48 2.3%	69 3.2%	28 1.3%	192 9.0%
3. Angina de pecho	2 0.1%	1 0%	2 0.1%	1 0.0%	6 0.3%
4. Soplo	2 0.1%	2 0.1%	6 0.3%	4 0.2%	14 0.7%
5. Arritmia	8 .4%	1 .0%	5 .2%	1 .0%	15 .7%
6. Colesterol	43 2.0%	9 0.4%	27 1.3%	32 1.5%	111 5.2%
7. Obesidad	36 1.7%	13 0.6%	30 1.4%	18 0.8%	97 4.6%
8. Hipertiroidismo	2 0.1%	3 0.1%	3 0.1%	0 0.0%	8 0.4%
9. Hipotiroidismo	11 0.5%	2 0.1%	1 0%	4 0.2%	18 0.8%
10. Rinitis alérgica	8 0.4%	2 0.1%	8 0.4%	5 0.2%	23 1.1%
11. Asma	8 0.4%	4 0.2%	15 0.7%	9 0.4%	36 1.7%
12. Bronquitis crónica	7 0.3%	0 0%	4 0.2%	4 0.2%	15 0.7%
13. Migraña	15 0.7%	3 0.1%	16 0.8%	26 1.2%	60 2.8%
14. Epilepsia	6 0.3%	1 0%	3 0.1%	3 0.1%	13 0.6%
15. Parkinson	0 .0%	0 .0%	1 .0%	0 .0%	1 .0%
16. Alzheimer	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
17. Depresión	24 1.1%	11 .5%	25 1.2%	13 0.6%	73 3.4%
18. Gastritis	81 3.8%	58 2.7%	73 3.4%	82 3.9%	294 13.8%
19. Úlcera péptica	4 0.2%	2 0.1%	5 0.2%	1 0%	12 0.6%
20. Colitis nerviosa	55 2.6%	18 0.8%	45 2.1%	32 1.5%	150 7.0%
21. Hemorroides	17 0.8%	5 0.2%	7 0.3%	8 0.4%	37 1.7%
22. Anemia	7 0.3%	4 0.2%	7 0.3%	2 0.1%	20 0.9%
23. VIH + ó SIDA	0 0%	0 0%	1 0%	0 0%	1 0%
24. Cáncer	3 0.1%	0 0%	1 0%	1 0%	5 0.2%
25. Vitiligo	2 .1%	2 .1%	1 .0%	4 .2%	9 .4%

Reporte de Morbilidad de pacientes de cuatro Clínicas Periféricas de la Facultad de Odontología UNAM

26. Dermatitis atópica	4 0.2%	3 0.1%	2 0.1%	0 0%	9 0.4%
27. Artritis reumatoide	21 1.0%	15 0.7%	14 0.7%	11 0.5%	61 2.9%
28. Osteoartrosis	8 0.4%	1 0%	4 0.2%	3 0.1%	16 0.8%
29. Osteoporosis	9 0.4%	1 0%	7 0.3%	5 0.2%	22 1.0%
30. Hiperuricemia	1 0%	0 0%	0 0%	1 0%	2 0.1%
31. Mastopatía fibroquística	1 0%	0 0%	4 0.2%	2 0.1%	7 0.3%
32. Quistes ováricos	6 0.3%	7 .3%	1 .0%	3 .1%	17 .8%
33. Infección Urinaria	9 .4%	14 .7%	14 .7%	10 .5%	47 2.2%
34. Cálculos	5 .2%	1 .0%	2 .1%	4 .2%	12 .6%
35. Ninguna	307 14.4%	244 11.5%	250 11.7%	370 17.4%	1171 55.0%

Fuente directa

Anexo 5. Resultados de todas las alergias incluidas en la historia clínica

Alergias	Aragón	Milpa Alta	Oriente	Padierna	Total
1. Penicilinas	50 2.3%	22 1.0	51 2.4	35 1.6	158 7.4
2. Sulfas	24 1.1%	8 .4%	23 1.1%	14 .7	69 3.2
3. Pirazolonas	0 .0%	1 .0%	0 .0%	0 .0%	1 .0%
4. Aspirinas	6 .3%	3 .1%	4 .2%	8 .4%	21 1.0%
5. Acetaminofen	2 .1%	2 .1%	2 .1%	7 .3%	13 .6%
6. Sedantes	0 .0%	1 .0%	2 .1%	0 .0%	3 .1%
7. Anestésico local	1 .0%	0 .0%	2 .1%	1 .0%	4 .2%
8. Alimentos	7 .3%	10 .5%	10 .5%	14 .7%	41 1.9%
9. Polen	6 .3%	8 .4%	7 .3%	2 .1%	23 1.1%
10. Pelo ó pluma de animal	10 .5%	11 .5%	6 .3%	11 .5%	38 1.8%
11. Ninguna	504 23.7%	358 16.8%	424 19.9%	520 24.4%	1806 84.8%

Fuente directa

Anexo 6. Resultado de todos los medicamentos incluidos en la historia clínica

Medicamentos	Aragón	Milpa Alta	Oriente	Padierna	Total
AINE	55 2.6%	68 3.2%	70 3.3%	79 3.7%	272 12.8%
Antiácido	12 .6%	15 .7%	18 .8%	17 .8%	62 2.9%
Antiarrítmicos	7 .3%	1 .0%	0 .0%	1 .0%	9 .4%
Antibiótico	16 .8%	24 1.1%	33 1.6%	37 1.7%	110 5.2%
Anticoagulante	17 .8%	2 .1%	6 .3%	7 .3%	32 1.5%
Anticonceptivo	1 .0%	2 .1%	2 .1%	6 .3%	11 .5%
Anticonvulsivo	6 .3%	1 .0%	1 .0%	4 .2%	12 .6%
Antidepresivo	5 .2%	1 .0%	7 .3%	6 .3%	19 .9%
Antidiarreico	0 .0%	0 .0%	1 .0%	0 .0%	1 .0%
Antihipertensivo	73 3.4%	44 2.1%	64 3.0%	53 2.5%	234 11.0%
Antihistamínico	3 .1%	4 .2%	9 .4%	2 .1%	18 .8%
Antimigrañoso	0 .0%	0 .0%	0 .0%	3 .1%	3 .1%
Antineoplásico	1 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	1 .0%
Antiparkinsoniano	1 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	1 .0%
Antipsicótico	0 .0%	0 .0%	4 .2%	0 .0%	4 .2%
Antitiroideo	3 .1%	2 .1%	1 .0%	3 .1%	9 .4%
Broncodilatador	3 .1%	3 .1%	9 .4%	6 .3%	21 1.0%
Corticoesteroide	2 .1%	0 .0%	3 .1%	0 .0%	5 .2%
Digitálico	3 .1%	1 .0%	0 .0%	0 .0%	4 .2%
Hipnótico	2 .1%	0 .0%	0 .0%	3 .1%	5 .2%
Hipoglucemiante	30 1.4%	44 2.1%	52 2.4%	18 .8%	144 6.8%
Hormona tiroidea	6 .3%	2 .1%	2 .1%	3 .1%	13 .6%
Ninguno	401 18.8%	254 11.9%	307 14.4%	364 17.1%	1326 62.3%

“Soli Deo Gloria”