



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PREVALENCIA DE LESIONES OROFACIALES EN
DEPORTISTAS MEXICANOS DE ALTO RENDIMIENTO,
CIUDAD DE MEXICO 2016.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A

HELUÉ KIM RABADÁN TORRES

TUTORA: C.D. MARÍA CONCEPCIÓN RAMÍREZ SOBERÓN

MÉXICO, CDMX

2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

A mi padre Gabriel Rabadán

Que durante 15 años en buenos y difíciles momentos ha estado a mi lado incondicionalmente así como yo con él, que me dio la oportunidad de seguir haciendo lo que me gusta, educarme con valores y tener amor hacia mí que me da impulso por seguir avanzando día a día.

Gracias por confiar en mí, sé que es poco lo que puedo regalarte, pero este es un éxito logrado por los dos. Espero poder siempre ser un orgullo para ti.

¡Te amo papá!

A Ivonne Morales por estar la mayor parte de mi carrera, casi empezamos juntas y salimos juntas, gracias por todo apoyo en todo momento, por todos esos momentos que hemos compartido dentro de la facultad y fuera de ella.

Sabes lo que significas para mí

A mi grupo base donde pase momentos inolvidables, gracias a este conocí grandes personas y que aún siguen a mi lado.

Tania Pozos y Lizeth González siendo mis amigas lobas favoritas que sé que puedo confiar en ellas y me darán un buen consejo.

A Dulce Ruiseco que me ha soportado durante ya más de 8 años mostrándome que es la fidelidad y verdadera amistad, sin dejar atrás a Itati que bailaremos sin Cesar siempre, Nugget por ser tan fiel y Ely López Sánchez que me enseñó que los abrazos eran buenos, Maricela Terrazas por estar los 3 años conmigo, solo puedo decirles gracias por todos esos momentos llenos de risas y alegrías, por brindarme su bella amistad.

A mis amigos del reclusorio 88, Valeria, Piñeiro, German, Melany, Paty, Vero, Chuchu, Pepe, Víctor y grupo A. Que aunque no nos veamos tan seguido se cuántos momentos pase junto a ustedes y los que seguiremos pasando.

A Ariadna Esteve que fue y es una amiga más, por apoyarme.

A todos mis profesores desde la etapa preprimaria hasta la fecha de hoy, que de todos ellos aprendí lo que hoy sé.

A mi amada Universidad Nacional Autónoma de México que me ha dado la oportunidad de estar en sus aulas desde la preparatoria, que me ha enseñado a amar una institución y lograr sacar adelante hasta ahora el proyecto más valioso de mi vida.

Por brindarme la alegría de haber estado en la Escuela Nacional Preparatoria no. 7 Ezequiel A. Chávez, donde curse 3 de los mejores años de mi vida llenos de buena experiencias, amistades y maestros.

Por haberme elegido para desempeñar mi carrera en la Facultad de Odontología donde viví 6 años intensos de experiencias profesionales y personales.

A mi tutora C.D María Concepción Ramírez Soberón y a la Dra. Arcelia Felicitas Meléndez Ocampo, que apenas tuve el placer de conocerlas, que me demostraron su apoyo y paciencia para realizar este proyecto.

A mis compañeros y alumnos representativos de la UNAM así como a sus
profesores;

Lic. En biología Gabriela Jiménez de Lima Lama

Al M.V.Z. José Sámano Hernández de Taekwondo

Hilario Ávila Mejía de Judo

Al presidente de la ABAUNAM Antonio Solórzano González

A los profesores de natación Juan Alanís e Isaac Hernández

César Santoyo Zedillo y José González de Waterpolo

Ing. Manuel Humberto Rentería Flores coordinador de la alberca.

Por su apoyo incondicional para la realización de este proyecto

ÍNDICE

	Página
1. INTRODUCCIÓN.....	8
2. ANTECEDENTES.....	9
2.1 Odontología del deporte.....	9
2.2 Historia del deporte.....	12
2.2.1 Juegos Olímpicos en la antigüedad.....	12
2.2.2 Juegos Olímpicos modernos.....	13
2.3 Deporte en México.....	15
2.4 Deportes.....	18
2.4.1 Boxeo.....	18
2.4.2 Judo.....	19
2.4.3 Lima Lama.....	20
2.4.4 Natación.....	21
2.4.5 Taekwondo.....	22
2.4.6 Waterpolo.....	23
2.5 ETIOLOGIA DE LAS LESIONES OROFACIALES EN DEPORTES	24
2.5.1 Variable.....	25
2.5.2 Diagnóstico.....	25
2.5.3 Tratamiento.....	26
2.4.4 Gestión del trauma.....	27
2.6 EL CIRUJANO DENTISTA ANTE EL TRAUMA FACIAL.....	28
2.7 LESIONES FACIALES.....	28
2.7.1 Fractura de mandíbula.....	28
2.7.2 Fractura de hueso malar.....	29
2.7.3 Fractura de hueso maxilar.....	29
2.7.4 Tratamiento.....	30
2.8 TRAUMATISMOS ALVEOLODENTARIOS.....	30
2.9 CLASIFICACIÓN DE LESIONES.....	31
2.9.1 Fracturas.....	31
2.9.2 Luxaciones dentarias.....	34
2.9.3 Avulsión.....	38
2.9.4 Protocolo en pacientes pediátricos.....	41
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	42
4. JUSTIFICACIÓN.....	43

5. OBJETIVOS.....	43
5.1 General.....	43
5.2 Específicos.....	43
6. MÉTODO.....	43
6.1 Material y método.....	44
6.2 Tipo de estudio.....	44
6.3 Población de estudio.....	44
6.4 Muestra.....	44
6.5 Criterios de inclusión.....	44
7. RESULTADOS.....	45
7.1 Boxeo.....	45
7.2 Judo.....	51
7.3 Lima Lama.....	58
7.4 Natación.....	65
7.5 Taekwondo.....	71
7.6 Waterpolo.....	78
8. CONCLUSIÓN.....	83
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	84
10. ANEXOS.....	86

1. INTRODUCCIÓN

Aproximadamente 4000 años a.C. el deporte en la civilización humana ha estado presente en el día a día como todo en este mundo ha tenido una constante evolución.

El humano el día de hoy ha incorporado el deporte como una forma recreativa, para mantener la salud física y mental, o simplemente como un estilo de vida.

Si todos con el simple hecho de despertar y salir de la cama somos vulnerables a tener algún tipo de accidente, con mayor razón una persona que desempeña regularmente una actividad física. El sujeto al momento de estar involucrado con un deporte, se vuelve más vulnerable a sufrir algún tipo de accidente por el tipo de ritmo en que se desempeña, esto puede ser producido por un objeto inmóvil, móvil o incluso otro atleta.

El no usar el equipo adecuado para practicar dicha actividad va a repercutir directamente en el estado físico y de salud. Utilizar los complementos de protección diseñados para cada deporte será básico para desempeñar al 100 y mantener la integridad.

Por eso ante cualquier accidente que pueda sufrir es vital hacer conciencia a los atletas de la importancia de utilizar la mayor cantidad de equipo de protección bucal y general, y es al gremio odontológico al que compete realizar esto.

2. ANTECEDENTES

2.1 ODONTOLOGÍA DEL DEPORTE

La salud bucodental no es tomada en cuenta en el área del deporte como se debería, la odontología del deporte tiene el fin de estudiar la salud dental de los deportistas para que tengan un rendimiento óptimo en la práctica de su disciplina. Poco a poco se va indagando en este ámbito, aunque dentro de las especialidades médicas es la de menor importancia.¹

Los problemas de la boca están relacionados con el resto del cuerpo humano, algunas infecciones tienden a propagar las bacterias hacia el torrente sanguíneo, da como resultado lesiones en articulaciones y músculos bajando el rendimiento del atleta, Esto puede ser desde la acumulación de placa dentobacteriana hasta infecciones mayores. Esto por la acumulación de bacterias que producen mediadores inflamatorios, dando signos de fatiga e inflamación, desgarros y dolores musculares y articulares. Esta información es desconocida por lo que los deportistas no relacionan baja en su rendimiento o molestias con su estado bucodental y viven con las molestias durante mucho tiempo, algo que tiene solución como una simple Profilaxis o tratamiento de caries. Las malocclusiones presentan relación en su estado físico, debido a que masticar de forma incorrecta produce desde que no mantengan una buena alimentación debido a la digestión, dolores de la musculatura de cuello y espalda, hasta presentar problemas de oído involucrando el equilibrio.^{2,5}

DEFINICION DE DEPORTE.

Existen varias definiciones sobre la palabra deporte.

Coubertin (1960) dice que el deporte es *“culto voluntario y habitual del intenso ejercicio muscular, apoyado en el deseo de progresar y que puede llegar hasta el riesgo”*.³

Según José María Cagigal (1985) *“DEPORTE es aquella competición organizada que va desde el gran espectáculo hasta la competición de nivel modesto; también es cada tipo de actividad física realizada con el deseo de compararse, de superar a otros o a sí mismos, o realizada en general con aspectos de expresión, lúdicos, gratificadores, a pesar del esfuerzo”*.³

Mientras, Parlebas (1981), citado por Hernández Moreno (1994:15) define el deporte como *“situación motriz de competición reglada e institucionalizada”* y es complementada por Hernández Moreno (1994 y 1996) añade el aspecto lúdico, quedando la definición de deporte de la siguiente manera: *“situación motriz de competición, reglada, de carácter lúdico e institucionalizada”*.³

García Ferrando (1990:31), entiende que en todo deporte aparecen tres elementos esenciales definiéndolo como *“una actividad física e intelectual, humana, de naturaleza competitiva y regida por reglas institucionalizadas”*.³

Sánchez Bañuelos (1992), al definir el término deporte, nos dice que este está relacionado con *“toda actividad física, que el individuo asume como esparcimiento y que suponga para él un cierto compromiso de superación de metas, compromiso que en un principio no es necesario que se establezca más que con uno mismo”*.³

Romero Granados (2001: 17), quien dice que el deporte es *“cualquier actividad, organizada o no, que implique movimiento mediante el juego con objeto de superación o de victoria a título individual o de grupo”*.³

Castejón (2001: 17), aporta una nueva definición del deporte bastante amplia en la que tiene cabida cualquier disciplina deportiva: *“actividad física donde la persona elabora y manifiesta un conjunto de movimientos o un control voluntario de los movimientos, aprovechando sus características individuales y/o en cooperación con otro/ s, de manera que pueda competir consigo mismo, con el medio o contra otro/ s tratando de superar sus propios límites, asumiendo que existen unas normas que deben respetarse en todo momento y que también, en determinadas circunstancias, puede valerse de algún tipo de material para practicarlo”*.³

En resumen se puede asumir que deporte es la actividad física intelectual humana de competición en la que el individuo aprovechara sus habilidades y características para llevar a cabo una competencia sea individual o contra otros según el grado de compromiso consigo mismo.

Hernández Moreno en el año 2004 le otorga características al deporte: es un juego ya que empieza como carácter lúdico, situación motriz por lo que implica ejercicio físico, competición para ser un reto siempre hacia una marca propia o de los adversarios, estar reglamentados y estandarizados, esto último por instituciones oficiales como las federaciones.³

Se divide en:

El alto rendimiento: personas que tienen talento deportivo, dedicación diaria a la práctica deportiva, siendo su principal actividad (en el caso de un deportista profesional, la única); representar a su país como seleccionado en competencias internacionales; y obtener resultados deportivos a nivel nacional y/o internacional.⁴

Prospecto: sujeto que tiene habilidad motriz necesaria para desempeñar con éxito la práctica del deporte que desee hacer con disciplina deportiva y características físicas adecuadas al mismo.⁴

Talento: debe mostrar capacidad de aprendizaje, predisposición para rendimiento y dirección cognitiva.⁴

Existen muchas clasificaciones del deporte una de ellas es de Bouet que en 1968 divide al deporte por:³

- Deporte de combate con implemento y sin implemento, en ambos existe contacto físico cuerpo a cuerpo.³
- Deportes de Balón o pelota: colectivos o individuales; en este puede o no existir contacto cuerpo a cuerpo.³
- Deportes atléticos y gimnásticos; de medición objetiva y subjetiva. en estos el contacto es mínimo, suelen ser individuales.³

- Deportes de naturaleza, realizados en medio natural y el riesgo es alto.³
- Deportes mecánicos, en estos se emplean maquinas, como autos, motocicletas, bicicletas. el riesgo en estos deportes es muy alto.³

2.2 HISTORIA DEL DEPORTE

Los antecedentes históricos del deporte se remontan en los años 4000 a.C., en específico en China donde se descubren artefactos relacionados con la práctica de deportes. En Egipto los deportes que se acostumbraban a practicar era la pesca que también servía para consumir el producto y la natación. Pero en forma desde la antigua Grecia fue donde se implementaron los juegos olímpicos los cuales son la representación más grande del deporte a nivel mundial hasta hoy en día.⁶

2.2.1 JUEGOS OLIMPICOS EN LA ANTIGÜEDAD

La historia de los primeros juegos olímpicos remonta a que fue el primero de Julio del año 776 A.C. cuando ocurrió la primera celebración el nombre se le atribuye a la ciudad de Olimpia en Grecia. Es una tradición de competencia deportiva la cual data de esos años. Es posible hayan existido desde antes pero no hay registros de celebraciones oficiales. Desde aquellos tiempos la celebración ocurría cada cuatro años en el monte Kronion, donde diferentes atletas de distintas regiones de Grecia se reunían para competir entre sí. Debían de ser hombres y ser ciudadanos griegos. Las actividades a realizar eran eventos de salto, lanzamiento de jabalina y disco, pentatlón eventos de carreras, lucha, boxeo, eventos ecuestres, lucha libre y pancraccio, este último es la mezcla de lucha libre, sumisiones y boxeo griego antiguo.⁷

El tiempo de concentración previa era de 30 días antes, esto era para tener ser supervisados y entrenar bajo un régimen de disciplina deportiva severo.

Terminando este tiempo se trasladaban a Olimpia para ser evaluados y calificados como aptos para realizar dicho deporte. En el curso del tiempo fueron cambiando los diferentes criterios de aceptación y el certamen fue evolucionando hasta lo que hoy conocemos.⁷

Entre los siglos V y IV a.C. se modernizaron los juegos olímpicos, en los cuales hubo flujo de atletas procedente de todo el mediterráneo lo cual obligó a que se ampliaran las instalaciones y cambiaron las normas de los juegos.⁶

Estos juegos eran como una ofrenda para el reino y los dioses olímpicos Zeus y Pélope. Orillo a los deportistas a practicar con mayor profundidad y conciencia en su disciplina, así se dio la profesionalización del deporte en los juegos olímpicos dejando de lado el sentido cultural-religioso, transformándose en una competencia profesional.⁶

Entre el siglo III y II a.C. los juegos dejaron de tener el interés cultural que existía en el pasado y se trataron más como si fuera una moda de lujos y costumbres romanas, debido a las conquistas de Roma.⁶

Tesodio I el grande en el año de 394 d.C. abolió las olimpiadas ya que para él era una costumbre pagana. Hasta ese momento se habían celebrado 293 olimpiadas durante 1200 años aproximadamente.⁶

2.2.2 JUEGOS OLIMPICOS MODERNOS

Evangelos Zappas fue quien hizo el intento por volver a celebrar los juegos olímpicos sin embargo fracasó ya que no encontró el entusiasmo en la población a mediados del siglo XIX.⁸

El Barón de Coubertin es quien se ve motivado por las acciones que tomó Evangelos Zappas casi 40 años antes, en el año 1896 logra rescatar en Grecia dichos juegos haciendo un excelente trabajo al elaborar el proyecto, logrando venderlo a la Unión Deportiva y Atlética de París y posteriormente al resto de los

países. Se fueron estableciendo los nuevos valores y reglas que tendrían en fin las nuevas olimpiadas y podrían ahora participar todos los países del mundo.⁸

Tanto fue el apogeo de los Juegos Olímpicos modernos que primeramente se formó el Comité Olímpico Internacional representado por 12 países: Austria, Bélgica, Francia, Reino Unido, Italia, Rusia, Argentina, Estados Unidos, Grecia, Hungría, Nueva Zelanda y Suecia, acordando seguir la tradición que se realizaran cada 4 años.⁸

Posterior al éxito de los juegos de verano, se establecen en 1924 los Juegos Olímpicos de Invierno para deportes de nieve y hielo. Y en 1960 se hicieron los juegos Paralímpicos para deportistas discapacitados.^{9, 10}

Se han suspendido en dos ocasiones, debido a la primera guerra mundial en el año de 1916 la celebración era en Berlín (Alemania) y la segunda ocasión la celebración se llevaría a cabo en Londres (Inglaterra) y la suspensión fue por la Segunda Guerra Mundial.⁹

Se ha modificado la lista de los deportes que forman parte de la cuesta olímpica al paso de los años, estos actualmente son los oficiales:⁹

- Atletismo: Carreras de velocidad, marcha atlética, saltos y lanzamientos.
- Bádmiton
- Baloncesto
- Balonmano
- Boxeo
- Canotaje
- Ciclismo: BMX, Montaña, pista y ruta
- Deportes acuáticos: Natación, Nado sincronizado, clavados y waterpolo.
- Equitación
- Esgrima
- Fútbol
- Gimnasia: artística, rítmica y trampolín
- Halterofilia
- Hockey de césped
- Judo

- Lucha: Grecorromana y libre
- Pentatlón moderno
- Remo
- Taekwondo
- Tenis
- Tenis de mesa
- Tiro con arco
- Tiro deportivo
- Triatlón
- Vela
- Voleibol: Sala y playa

2.3 DEPORTE EN MÉXICO

También se practicaban deportes entre las culturas, como fue el juego de pelota, este fue un juego prehispánico considerado como un deporte practicado en territorio mesoamericano gran parte en el territorio ahora México, participaron varias culturas como la Olmeca, Teotihuacana, Mayas, Zapotecas, Mixtecas, Toltecas, Tarascos y Aztecas. En el desarrollo de esta actividad. A través del tiempo se han encontrado más de 1500 canchas donde se practicaba este juego.¹¹

Era un ritual en ocasiones de vida o muerte, el ganador salía premiado y el perdedor era asesinado en forma de sacrificio para el Dios Quetzalcóatl, de las canchas más famosas se encuentran las de la región Maya ubicadas en Chichén Itzá.¹¹

Se utilizaba una pelota de caucho de aproximadamente tres kilogramos, que debía de ser pasada por dos equipos integrados cada uno por siete integrantes, un juez y una cancha larga dividida en dos. Se debía lanzar la pelota haciendo pases, se podía tocar la pelota con un mazo, la cadera, mano, antebrazo guante u otro utensilio permitido. Los puntos se obtenían cuando la pelota se golpeaba con alguna parte del cuerpo no permitida como pies o piernas. Y cuando la pelota cruzaba el aro, el equipo que lo lograba salía con honores y premios.¹¹

Las características de los jugadores utilizaban como protección para los golpes un calzoncillo-falda de cuero, algodón o madera ajustada por un fajado por un cinto de cuero en las rodillas y codos se ponían rodilleras y coderas. Y en el lado

estético usaban penachos o tocados hechos con plumas y sus mejores prendas para la ocasión.¹¹

Debido a la influencia que otros países han tenido en nuestro país desde el año 1512 ha habido intercambio cultural. En la época colonial tiene el origen el deporte nacional por excelencia la Charrería. Aunque este es emblemático de México, la población que lo practica es selecta debido a los altos costos que representa.¹²

Inglaterra vino a Orizaba y a Pachuca para enseñar la explotación de minas; en los tiempos libres enseñaron a los obreros la pasión que ellos tenían por el tenis, remo, ciclismo y siendo el más importante el Fútbol (soccer).¹³

Los estadounidenses trajeron el béisbol el cual tuvo una gran aceptación, estos junto con los ingleses ya mencionados trajeron el Box esencialmente en Veracruz y Tampico, este deporte rápidamente tuvo gran demanda en todo el país, el cual sigue siendo hasta estas fechas un deporte bien aceptado y practicado por todos los estratos sociales, teniendo buenos pugilistas.¹³

Hubo practica de alpinismo en las diferentes montañas de México, exhibiciones de gimnasia sueca, cricket y golf aunque este último no hace mucho auge ya que no es bien visto por la sociedad por su delicadeza al ser jugado.¹³

La casa de los Azulejos era el Jockey Club, la alberca Pani fue donde se desarrollaron los deportes acuáticos. Fue Miguel de Beístegui quien se relaciona con Pierre de Fredy, barón de Coubertin quien logro la restauración de los Juegos Olímpicos. Beístegui se comunicó con Porfirio Díaz mediante una carta la cual decía que había aceptado ser representante por México ante el Comité Olímpico Internacional para coadyuvar la formación del Comité Olímpico Mexicano.¹³

Durante el porfiriato llego el tenis a México antes de esto ya era común la práctica del tiro al blanco, gimnasia, lucha libre, acrobacia y esgrima. Porfirio Díaz por su obsesión con la cultura europea principalmente con la francesa opto por que la alta sociedad adquiriera rasgos europeos, esto llevo a tener un gran número de actividades deportivas.¹³

El detonante del desarrollo deportivo nacional fue la inauguración del hipódromo de Peralvillo en 1882, de ahí fue la reapertura del frontón san camilo, en san Lázaro se practicaba béisbol y en la viga se construyó una plaza de jaripeo. El primer encuentro masivo de Box se celebró en Pachuca en 1895 el cual derribo la idea de la sociedad la cual era respaldada por el gobierno sobre qué era lo más bajo de la idiosincrasia estadounidense.¹³

En el siglo XX algo importante de destacar es que en 1902 se inició la celebración del campeonato de futbol mexicano al inicio con cinco conjuntos deportivos, esto se mantuvo con bajas de equipos hasta que en 1910 cuando estallo la revolución se vio mermado ya que era difícil transportarse, los caminos eran inseguros y no había asistentes. El futbol pese a esa racha que paso continúa siendo el deporte actualmente más popular en México.¹³

México fue el primer país latinoamericano en recibir los juegos olímpicos de verano en el año 1968, y fue el primero a nivel mundial en tener la celebración de juegos olímpicos de verano 1968 seguidos por mundial de futbol 1970.¹³

Desde esos años hasta la fecha el deporte en México ha ido evolucionando la forma del deporte se han hecho instalaciones para la práctica deportiva, a nivel de escuelas desde el nivel preescolar se da educación física la cual sigue hasta la preparatoria, teniendo gran parte de estas escuelas así como las universidades equipos representativos. Instituciones como el CENAR tienen la visión de identificar los talentos deportivos, convocándolos a un régimen de alto rendimiento a la par de cumplir sus actividades escolares.¹⁴

2.4 DEPORTES EXAMINADOS

2.4.1 BOXEO

Tiene origen en el año 4000 a.C. en Egipto y oriente. En la antigua Grecia era un deporte practicado en los antiguos Juegos Olímpicos, siempre ha sido un deporte popular, en Roma los guantes eran llamados Cestus que eran de metal con clavos, los cuales eran para matar a sus oponentes, el dato más reciente de las primeras peleas modernas fue en Inglaterra en 1681 donde el Duque de Albermarle puso a pelear a su carnicero y mayordomo. En el siglo XVIII se empieza a luchar por dinero en esa época sin guantes.^{15, 16}

Es un deporte de combate en el cual dos contrincantes usan sus puños protegidos por guantes para golpear al adversario arriba de la cintura, esto por rounds en hombres de 3 minutos por 30 segundos de descanso y en mujeres de 2 minutos por 1 de descanso.^{15, 16}

Las peleas se hacen según el peso del atleta, en peleas de boxeo amateur en Juegos Olímpicos se decide al ganador por puntos o KO y en boxeo profesional por KO o por decisión dada por los jueces.^{15, 16}

Prohibido golpear la nuca o parte posterior de la cabeza, patear, dar la espalda, hacer caer al rival de forma distinta al KO, golpear abajo del cinturón y utilizar objetos ajenos a los guantes.^{15, 16}

Equipo

Vendas

Guantes

Protector bucal

Protector de pecho (mujeres)

Concha (hombres)

2.4.2 JUDO

Es un arte marcial y deporte de combate, significa “el camino a la flexibilidad”. Su origen data a la provincia de Kyoto en Japón en los años 1882 por el maestro Jigoro Kano. El cual fusiono las esencias de táctica y técnica de las antiguas escuelas Tenjin shin'yo-ryu y Kito-ryu, las cuales eran lucha cuerpo a cuerpo practicada por los guerreros medievales en armadura o samuráis. ^{17, 18, 19}

Consiste en realizar acciones como tirar, lanzar, hacer sumisiones, luxaciones, desarmes, puntos de presión, estrangulaciones y puntos de reanimación al oponente. Usando la fuerza del propio cuerpo, desarrollando una educación física integral. ^{17, 18, 19}

Actualmente el judo es un deporte internacional, acontecimientos importantes son en 1951 se crea la International Judo Federation y en 1964 se reconoce como deporte oficial olímpico en los Juegos Olímpicos de Tokio. ^{17, 18, 19}

Equipo

Judogui y obi (cinturón)

2.4.3 LIMA LAMA

Su significado es la mano de la sabiduría. Es un arte marcial de defensa personal originario de las islas polinesias, específicamente de Samoa Americana. ^{20, 21}

Es un deporte de técnica, lógica, explosividad y rapidez para neutralizar el ataque del contrincante. Para principiantes desarrollan este deporte en forma de pelea continua y los avanzados lo llevan de manera Full contact y formas más complejas. ^{20, 21}

Consiste en defenderse de golpes continuos, inesperados y fuertes por medio de bloqueos y movimientos para esquivar los ataques. Buscando en todo momento el contraataque de forma contundente y precisa para neutralizar al adversario esto por medio de golpes, palancas, barridas, proyección o llaves. Es una mezcla de movimientos coordinados y con suavidad, otros con rapidez y fuerza. No se usa más que el cuerpo como instrumento de defensa y ataque. Las partes del cuerpo que más se utilizan son manos con movimientos circulares; rodillas, espinillas, pies y codos para complementar. ^{20, 21}

Tiene los principios principales de dignidad, honor y respeto, así como libertad, igualdad y justicia entre todos los practicantes sin importar raza y credo. ^{20, 21}

No se busca masacrar al adversario o al atacante, es una forma de defensa personal para poder salir del problema, huir y buscar ayuda. ^{20, 21}

Las protecciones son:

Careta, guantes y espinilleras de espuma

Peto en algunas ocasiones

Protector bucal

2.4.4 NATACIÓN

No se tiene en si una información exacta cuando se empezó a practicar la natación pero lo cierto es que puede ser ancestral, la prueba está en el estudio de las civilizaciones antiguas, el dominio de esta actividad puede ser parte de la adaptación humana. ^{22, 23}

Con los egipcios nadar significaba mucho, era parte de los aspectos elementales de la educación pública. ^{22, 23}

En Grecia y Roma se tomó como entrenamiento militar, notaba distinción social, tal era su importancia que en ese tiempo para llamar analfabeto e inculto a una persona se decía “no sabe nadar ni leer. ^{22, 23}

Los Fenicios eran navegantes los cuales incluían o formaban un grupo de nadadores en los viajes de comercio esto con la finalidad principal en caso de naufragio rescatar pasajeros y mercancía. ^{22, 23}

En la edad media la práctica de la natación fue en declive ya que introducirse en el agua se relacionaba con las epidemias de esos tiempos. ^{22, 23}

Hasta el siglo XIX fue que volvió a surgir la práctica común de la natación hasta estos tiempos, se toma como un método de supervivencia y terapia. ^{22, 23}

Es un deporte de velocidad, mayormente individual, solo en caso de relevos deja de serlo. No es un deporte de contacto sin embargo pueden surgir accidentes como en todos los deportes, esto mayormente con contacto con objetos inmóviles como el piso y orillas de la alberca. Y en caso del entrenamiento algún choque no intencional con algún compañero. ^{22, 23}

Equipo

- Traje de baño
- Gorro
- Gafas
- Aletas de goma
- Palas de natación
- Tabla
- Esnórquel
- No está estipulado el uso obligatorio de un protector bucal.

2.4.5 TAEKWONDO

El origen del taekwondo es coreano hace aproximadamente 2000 años, taekwon-do significa arte de pie y el puño. Sus inicios datan de los juegos ceremoniales de tribus coreanas antiguas, dichas ceremonias eran Yeongo y Dongmaeng que eran forma de dar gracias y Mucheon está la danza de los cielos. ^{24, 25, 26}

Durante el periodo de los Tres Reinos, el Taekkyeon como solía llamarse antes, fue un arte marcial obligatorio de los militares, era dirigido a la defensa nacional y la capacidad de lucha, practicado por la defensa nacional Musadan. El valor de esta disciplina fue reconocido por lo cual fue sistematizado y llevado a la popularidad. ^{24, 25, 26}

Se ha convertido en un deporte vistoso y popular, hizo su primera aparición en los Juegos Olímpicos de Seul en el año 1988 como deporte de exhibición, hasta las Olimpiadas de Sidney en el año 2000 fue reconocido como deporte olímpico oficial, actualmente practicado a nivel mundial. ^{24, 25, 26}

Su forma de ejecución no solo se basa en el uso de piernas, tienen formas de emplear puños, codos y rodillas, estos últimos dos con menos frecuencia. Se utiliza todo el cuerpo. Cultiva el carácter del individuo, mediante el entrenamiento mental y físico, logrando una técnica por disciplina. ^{24, 25, 26}

Equipo

- Dobok y Ti (cinturón)
- Casco
- Peto
- Guantes
- Espinilleras con empeine
- Concha (hombres)
- Protector bucal.

2.4.6 WATERPOLO

Era un término utilizado en las competencias de natación para un entretenimiento para el público el cual consistía similar al polo normal, solo que este se realizaba en dos equipos montados en un barril simulando a un caballo, apoyados de remos jugaban el balón de una forma tradicional para anotar goles. ^{27, 28}

Su origen fue en el siglo XIX en Inglaterra. Durante los primeros 20 años no tuvo reglas y los equipos estaban hechos desde 7 hasta 20 jugadores. El objetivo principal en esos años era llevar el balón hasta el lado del contrincante, similar al rugby, carecían de porterías y en lugar de ellas solo había una balsa a cada lado del río o lago en el cual debía depositar el balón para anotar en el marcador. No había reglas y por lo tanto no se marcaban las posiciones del jugador, en ocasiones los jugadores escondían el balón entre el traje de baño y nadaban hasta el otro extremo por debajo del agua, apareciendo cerca de la portería y marcando con mayor facilidad. ^{27, 28}

Actualmente la duración del partido es de 32 minutos divididos en cuatro cuartos de 8 minutos, para marcar gol se puede usar cualquier parte del cuerpo excepto el puño cerrado, hasta que el jugador no suelte la bola o sea hundido por el contrincante no se marca falta, en teoría para robar el balón no se debe tocar al oponente y solo el portero puede saltar y tener las dos manos arriba a la vez, cualquier otro jugador que haga esto se puede marcar penalti o expulsión dependiendo la ubicación del jugador. ^{27, 28}

Equipo

- Traje de baño
- Gorra: solo tiene protección para las orejas

2.5 ETIOLOGIA DE LAS LESIONES OROFACIALES EN DEPORTES

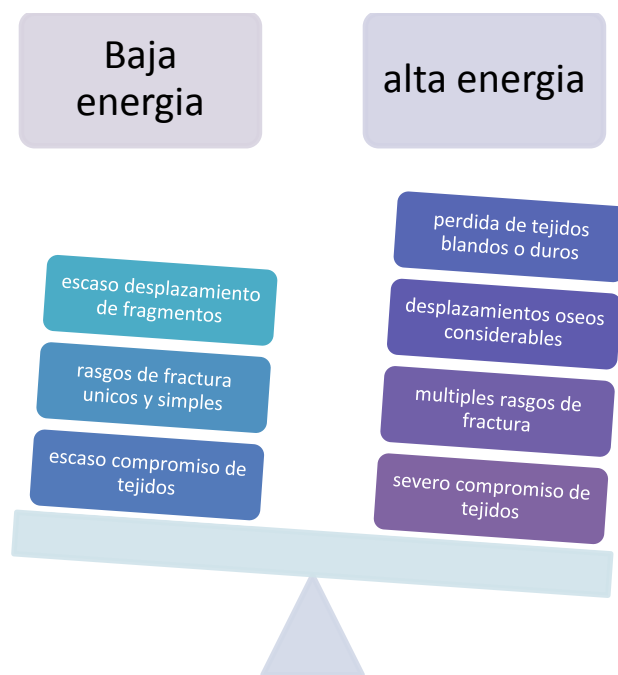
En el capítulo X del libro cirugía bucal para pregrado y odontólogo general, Solé Besoaín, definen al trauma como: “daño de nuestros tejidos u órganos provocados por energía actuando de forma aguda o crónica”. Un órgano o tejido tiene la capacidad de absorber la energía de un impacto y disiparla. Pero cuando esta energía es mayor es cuando se produce la ruptura. Estas pueden ser heridas, fracturas, luxaciones, contusiones, hematomas, etc. ^{29, 30}

Aumento epidemiológico del trauma:



2.5.1 VARIABLE

Mayor educación tienden a respetar los señalamientos de tránsito y normas de seguridad, la práctica de deportes elite de alto riesgo como el ski, bungee, paracaidismo, rafting, etc. A mayor energía mayor trauma.



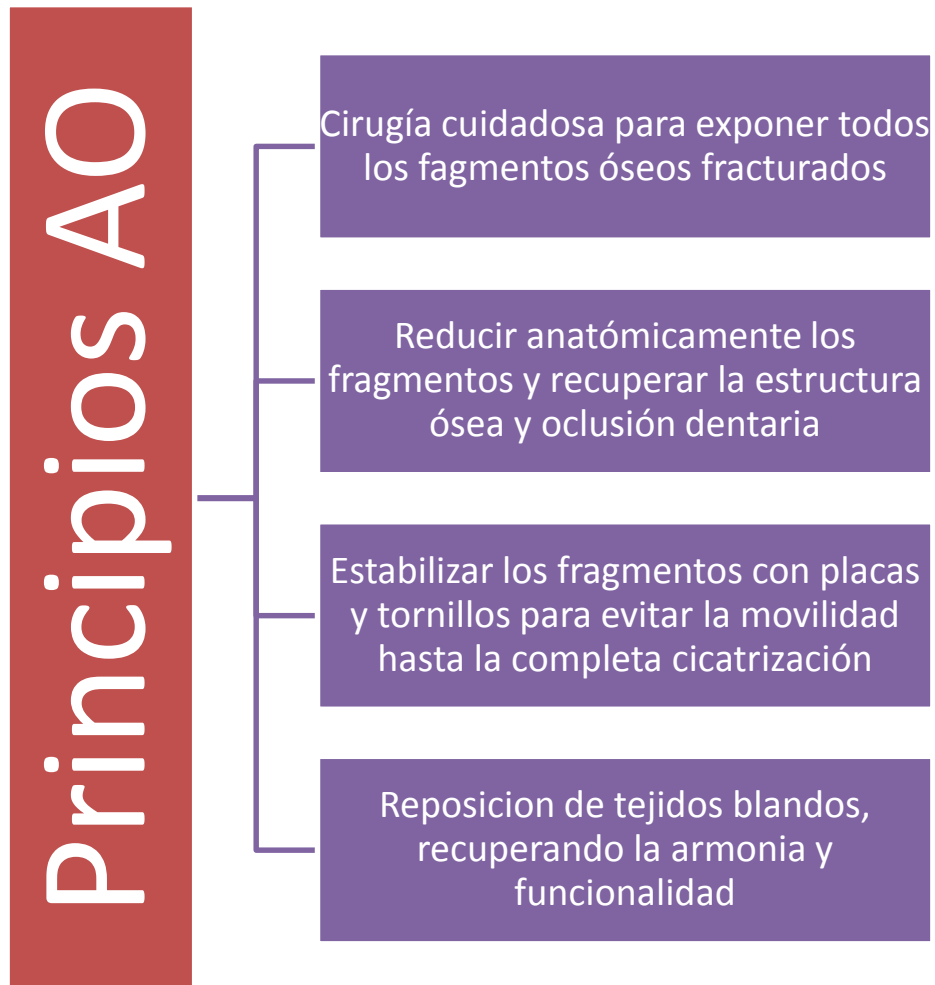
2.5.2 DIAGNOSTICO

Como en todo procedimiento la anamnesis y el examen físico apoyado de estudios como la radiología siempre se han utilizado, aunque el uso de esta última a veces complicaba los diagnósticos por la superposición de imagen. Todo depende del grado de lesiones del paciente, en pacientes con trauma facial severo la toma de una radiografía, por el movimiento que se debe de hacer para la toma de la misma podría complicar lesiones en medula espinal

u otras estructuras de importancia, optando por tecnología como la tomografía axial computarizada TAC.^{29, 30}

2.5.3 TRATAMIENTO

En los años 80 hay un notable avance en el tratamiento de pacientes con trauma facial empezó en Europa y se extendió mundialmente con las siglas AO (Asociación para la Osteosíntesis).^{29, 30}



2.5.4 GESTION DEL TRAUMA

Ante un paciente politraumatizado el principio básico antes de que llegue el cuerpo de emergencias nos puede ayudar a mantener con vida al paciente. El ATLS (Advanced Trauma Life Support) Prioriza la atención por medio de un A-B-C-D.^{29, 30}

A	B	C	D
(Air)	(Breathing)	(Circulation)	Evaluación del compromiso del estado neurológico
verificar via a aérea no este obstruida	asegurar que el paciente respire, de lo contrario iniciar maniobra de RCP	control de hemorragias	

Educación por parte del paciente es importante, la prevención siempre será una mejor opción para evitar un trauma de cualquier tipo. Educación por parte nuestra como área de la salud, para llevar a cabo el tratamiento más acorde a la lesión.^{29, 30}

2.6 EL CIRUJANO DENTISTA ANTE EL TRAUMA FACIAL

El trauma facial como tal es de ámbito hospitalario se requieren especialistas en cirugía bucal y maxilofacial y cirujanos plásticos. Ante esto los Cirujanos Dentistas están obligados a tener conocimiento sobre estas situaciones, así como de un plan para darles solución. ^{29, 30}

Se debe saber identificar el tipo de lesión, darle un tratamiento primario y remitirlo a un centro especializado. En el trauma facial la fractura nasal es la de mayor incidencia seguida por la fractura de mandíbula. ^{29, 30}

2.7 LESIONES FACIALES

2.7.1 FRACTURA DE MANDIBULA

Debido a su localización y su movilidad es uno de los huesos de la cara más propensos a sufrir un traumatismo. Tiene 3 zonas propensas a sufrir fracturas, el área del agujero mentoniano, el ángulo y el cóndilo; este último el más frecuente. La causa más frecuente de sufrir traumatismo entre los 20 y 30 años es accidentes de tráfico, agresiones y hasta el último, accidentes en el domicilio. ^{30, 31}

Síntomas: dolor, tumefacción, hematoma, deformidad, movilidad anormal, crepitación, salivación, mal olor, mal oclusión y trismus. ^{30, 31}

Signos: mala oclusión, movilidad del foco de fractura, disfunción a la deglución y masticación, crepitación y tumefacción. ^{30, 31}

2.7.2 FRACTURA DEL HUESO MALAR

Por su localización prominente en algunos casos es fácil de fracturarse o recibir alguna contusión. La prevalencia es en gente joven siendo los accidentes de tránsito el primer lugar seguido por las agresiones físicas y los accidentes domésticos.^{30, 31}

Signos: pérdida de proyección malar, equimosis conjuntival, hematoma palpebral, enoftalmos, hematoma gingival vestibular superior, anestesia del nervio infraorbitario, trismus por fractura del arco cigomático y diplopía por daño a la musculatura ocular en caso de fractura del piso de la órbita.^{30, 31}

2.7.3 FRACTURA DEL HUESO MAXILAR

El hueso maxilar tiene la característica de ser menos compacto que otros, en este sentido los traumatismos son frecuentes en accidentes de tránsito, agresiones físicas y accidentes domésticos, el tipo de fractura será resultado de la dirección y fuerza del traumatismo.^{30, 31}

Se clasifican en 4 tipos:

Le Fort I: la línea de la fractura está por arriba de los ápices dentales hasta la apófisis pterigoides.

Le Fort II: la línea de la fractura abarca la raíz nasal, hueso lacrimal, reborde infraorbitario, la pared maxilar hasta llegar a la apófisis pterigoides.

Le Fort III: la línea de la fractura recorre la raíz nasal, hueso lacrimal, apófisis frontal del hueso malar, la pared posterior y lateral del maxilar hasta llegar a la apófisis pterigoides.

Otras: como fracturas del proceso alveolar, fracturas sagitales, fracturas parcelarias del hueso maxilar, etc.

. 4) Otras: Fracturas proceso alveolar Fracturas sagitales del maxilar superior. Fracturas parcelarias.

Signos: hematoma periorbitario de antifaz, epistaxis, equimosis conjuntival, aumento de la longitud del tercio medio de la cara, mala oclusión, mordida abierta anterior, etc.^{30, 31}

2.7.4 TRATAMIENTO

- Preservar vía aérea.
- Control de la hemorragia.
- Remitir a centro especializado.

2.8 TRAUMATISMOS ALVEOLODENTARIOS

La etiología de este tipo de traumatismo por frecuencia en etapas de la vida, en la población infantil y adolescentes son las caídas y accidentes deportivos y mientras que en los adultos son los accidentes de tráfico.³⁰

La epidemiología arroja que la mayor frecuencia es en varones en edad de 8 a 15 años. En la dentición decidua la prevalencia es la luxación y en la segunda dentición son las fracturas. Por ubicación los dientes que presentan mayor riesgo de sufrir un traumatismo son los dientes anteriores tanto superiores como inferiores, destacando los centrales y laterales superiores y en inferior los incisivos.³⁰

Además de las fracturas, luxaciones y demás traumatismos en tejidos duros se deben tomar en cuenta las lesiones de tejidos blandos.³⁰

2.9 CLASIFICACION DE LESIONES.

Fracturas dentarias y de hueso alveolar	Luxaciones	Avulsiones
<ul style="list-style-type: none">• Coronal no complicada• Coronal complicada• Corono-radicular• Radicular• Alveolar	<ul style="list-style-type: none">• Concusión• Subluxación• Luxación extrusiva• Luxación lateral• Luxación intrusiva	<ul style="list-style-type: none">• Diente con ápice abierto• Diente con ápice cerrado

2.9.1 FRACTURAS

- Fractura coronal no complicada.

Esta fractura solo abarca el esmalte y en ocasiones esmalte y dentina no compromete la vitalidad de la pulpa. Clínicamente se aprecia la pérdida de la estructura coronal sin signos de exposición pulpar. Puede que a las pruebas de vitalidad de un signo positivo a daño pero es un daño transitorio. Se debe monitorear la respuesta hasta poder dar un diagnóstico definitivo. No hay movilidad dental. Radiográficamente se parecía solo la pérdida del tejido coronal sin presencia de alteración patológica radicular o periapical.³⁰

Tratamiento: si el fragmento está en buen estado se podría volver a posicionar con técnicas adhesivas, de lo contrario se puede usar un recubrimiento con ionómero de virio como solución provisional o hacer una restauración definitiva con una resina.³⁰

Seguimiento: radiográfico y clínico 6 y 8 semanas después y al año para corroborar estado.³⁰

- Fractura coronal complicada

En este tipo de fractura además de estar involucrados el esmalte y la dentina, existe el compromiso de la pulpa. Clínicamente se aprecia la fractura coronaria, visible pérdida de tejido y exposición pulpar. A la prueba de vitalidad es positivo. No existe movilidad dental. Radiográficamente hay pérdida de tejido dental sin alteración patológica a nivel de raíz o ápice.³⁰

Tratamiento:

Dientes con ápice abierto recubrimiento pulpar directo o pulpotomía para que el desarrollo radicular continúe.³⁰

Dientes con ápice cerrado se debe de hacer tratamiento de conductos, posterior a ello se rehabilitara con restauración directa o prótesis fija.³⁰

Seguimiento: radiográfico y clínico 6 y 8 semanas después y al año para corroborar estado.³⁰

- Fractura Corono-radicular

En esta fractura los tejidos que se involucran es esmalte, dentina y cemento, el tejido pulpar puede estar o no expuesto. Clínicamente se ve que la fractura de esmalte y dentina está más abajo del borde gingival, puede presentar segmentos móviles pero adheridos. Prueba de sensibilidad positiva generalmente. Radiográficamente es posible ver el rasgo de fractura, muchas veces solo se aprecia la lesión del tejido coronal.³⁰

Tratamiento:

Urgencia: Luego de localizar el rasgo de fractura, estabilizar los fragmentos con resina. En dientes con ápice abierto hacer un recubrimiento pulpar directo o pulpotomía.³⁰

Definitivo: todo va a depender de la severidad del caso. Se puede hacer remoción del fragmento y una gingivectomía, y rehabilitar protésicamente.³⁰

Dieta blanda y mantener la higiene bucal por siete días. Uso de clorhexidina al 0.12%

En fracturas muy profundas lo que se recomienda es la extracción del diente.

Seguimiento: radiográfico y clínico 6 y 8 semanas después y al año para corroborar estado.

- Fractura radicular

Fractura de la raíz dental la cual puede involucrar esmalte, dentina y pulpa. Clínicamente el segmento puede estar o no desplazado, la dentina puede tomar un tono rojo o gris. A prueba de sensibilidad, a la percusión puede ser positivo, al frío y calor son negativos inicialmente esto indica daño transitorio o permanente. Monitorear estado pulpar. Radiográficamente se ve el rasgo de fractura vertical u horizontal.³⁰

Tratamiento: reposicionar el segmento coronal lo más pronto posible, verificar la posición con una radiografía y hacer estable el diente con una férula flexible durante las siguientes 4 semanas. Si la fractura está en el área cervical, se deberá ferulizar durante 4 meses. Verificar el estado de la pulpa, para valorar posible tratamiento de conductos.³⁰

Dieta blanda y mantener la higiene bucal por siete días. Uso de clorhexidina al 0.12%

Seguimiento: radiográfico y clínico a las 4, 6 y 8 semanas, a los 4 meses, al primer y quinto año.

- Fractura alveolar

Fractura del hueso alveolar la cual puede continuar al hueso adyacente. Clínicamente el reborde alveolar presenta movilidad, presenta con frecuencia alteración en la oclusión debido a la movilidad del segmento. Pruebas de sensibilidad pueden ser positivas o negativas. Radiográficamente las líneas de fractura se ubican en cualquier nivel, puede o no estar relacionado a la fractura de raíz.³⁰

Tratamiento: reposicionar el o los fragmentos fracturados, suturar en caso de daño a tejido blando y utilizar una férula flexible mínimo por cuatro semanas.
30

Dieta blanda y mantener la higiene bucal por siete días. Uso de clorhexidina al 0.12%

Seguimiento: radiográfico y clínico a las 4, 6 y 8 semanas, a los 4 meses, al primer y quinto año.

2.9.2 LUXACIONES DENTALES

- Concusión

Lesión de estructuras de soporte sin movilidad o desplazamiento. Clínicamente presenta dolor a la percusión pero no hay desplazamiento dental.

Prueba de sensibilidad positivo. Radiográficamente no hay presencia de lesión, el diente está dentro del alveolo.³⁰

Tratamiento: recetar AINEs de 3 a 5 días.

Dieta blanda y mantener la higiene bucal por siete días. Uso de clorhexidina al 0.12%.

Seguimiento: radiográfico y clínico 6 y 8 semanas después y al año para corroborar estado pulpar.

- Subluxación

Lesión de los tejidos de soporte con una notable movilidad dental, pero sin que salga del alvéolo. Clínicamente a la percusión hay sensibilidad, movilidad dental aumentada, en ocasiones hay presencia de hemorragia en el surco gingival. Pruebas de sensibilidad por lo regular son negativas esto como signo de daño pulpar transitorio. Radiográficamente no se observan lesiones, el diente está en el alvéolo, puede observarse ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal.³⁰

Tratamiento: usar férula flexible para proporcionar al paciente comodidad por dos semanas.

Dieta blanda y mantener la higiene bucal por siete días. Uso de clorhexidina al 0.12%.

Seguimiento: radiográfico y clínico 6 y 8 semanas después y al año para corroborar estado pulpar.

- Luxación extrusiva

El diente sufre un desplazamiento vertical de su alveolo en sentido coronal. Clínicamente el diente está excesivamente móvil y parcialmente fuera del

alveolo esto por la separación parcial o total del ligamento periodontal, el alveolo no sufre ningún daño. Además de la luxación vertical puede haber protrusión o retrusión haciendo más notable la lesión. La prueba de sensibilidad es negativa. Cuando el ápice está cerrado hay ocasiones que se vuelve a revascularizar y cuando son ápices abiertos esto ocurre casi siempre. Respuesta pulpar positiva. Radiográficamente el espacio del ligamento periodontal esta aumentado.³⁰

Tratamiento: se reposiciona el diente en el alveolo suavemente, el segmento que fue expuesto tiene que ser lavado antes con suero y posterior a la reinserción en el alveolo se coloca una férula flexible, la misma que a las dos semanas se debe de retirar.³⁰

En dientes que dan negativo a las pruebas posteriores de sensibilidad, indican una necrosis, se le debe de realizar tratamiento de conductos.³⁰

Dieta blanda y mantener la higiene bucal por siete días. Uso de clorhexidina al 0.12%.

Seguimiento: radiográfico y clínico a las 4, 6 y 8 semanas, a los 4 meses, al primer y quinto año.

- Luxación lateral

El diente se proyecta de forma lateral con dirección palatina, lingual o vestibular debido a que sufre una separación total o parcial del ligamento periodontal, en ocasiones esto se combina con la separación de alguna de las tablas. Pese a que hay una separación del ligamento el diente no tiene movilidad, a la percusión dará un sonido metálico alto y a la prueba de sensibilidad es negativa. Radiográficamente se observa ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal a nivel lateral, apical o ambos y posible fractura de alguna de las tablas.³⁰

Tratamiento: se prensa el diente con fórceps para liberarlo de la tabla ósea y reposicionarlo en el alvéolo. Se ocupa férula flexible durante cuatro semanas y se monitorea la condición pulpar. En caso de presentar pruebas de sensibilidad negativas se diagnostica como necrosis, será necesario el tratamiento de conductos.³⁰

Dieta blanda y mantener la higiene bucal por siete días. Uso de clorhexidina al 0.12%.

Seguimiento: radiográfico y clínico a las 4, 6 y 8 semanas, a los 4 meses, al primer y quinto año.

- Luxación intrusiva

Existe un desplazamiento radicular en sentido vertical hacia el ápice, dentro del alveolo. Clínicamente estará inmóvil, prueba de percusión da un sonido metálico y alto como si estuviese anquilosado, a las pruebas de sensibilidad pulpar dará resultados negativos. Radiográficamente el espacio del ligamento periodontal no es visible por partes o completamente a lo largo de la raíz.³⁰

Tratamiento

Dientes con raíz incompleta: permitir la reposición espontánea, si no ocurre dentro de las tres semanas siguientes, se debe de reposicionar con ortodoncia.

Dientes con raíz completamente formada: se debe de reposicionar de inmediato por medio quirúrgico u ortodóntico. Por el estado necrótico de la pulpa se debe de hacer el tratamiento de conductos.

Dieta blanda y mantener la higiene bucal por siete días. Uso de clorhexidina al 0.12%.

Seguimiento: radiográfico y clínico a las 2, 6 y 8 semanas, a los 6 meses, al primer y quinto año.

2.9.3 AVULSIÓN

El diente es proyectado en su totalidad fuera del alvéolo. Clínicamente el alvéolo se encuentra vacío, a veces el coagulo está formado. Radiográficamente alvéolo vacío y posibles fracturas de él mismo o del hueso alveolar.³⁰

Tratamiento

- Dientes permanentes con ápice cerrado:

Si el diente ya ha sido reimplantado antes de la consulta se debe de limpiar el área con suero o clorhexidina, no se extrae el diente, solo se sutura si hay lesiones en mucosa, verificar clínica y radiográficamente la posición del diente, posterior a se debe de colocar una férula flexible por dos semanas. Recetar antibióticos sistémicos tetraciclina como primera opción, puede llegar a presentar tinción dental por el uso de este fármaco. Si el diente tuvo contacto con cualquier cosa fuera de su ambiente se debe de remitir al paciente al médico para evaluar la opción de la vacuna antitetánica.³⁰

El tratamiento de conductos se puede realizar una semana después de la reimplantación, esto debe ocurrir antes de quitar la férula. Seguimiento radiográfico debe de ser el primer mes semanalmente, posterior cada 3 meses, y después del primer año, controles anuales.³⁰

Dieta semisólida y mantener la higiene bucal por 15 días. Uso de clorhexidina al 0.12% cada 12 horas.

- El diente está en un medio de conservación o tiempo extrabucal seco menor a 60 minutos.

Si el diente está contaminado debe de limpiarse la superficie radicular con un chorro de suero y colocarlo en el mismo. El coágulo del alvéolo debe de ser examinado y removido con suero fisiológico, si existe fractura del hueso alveolar se debe reposicionar. El diente se reimplanta con presión digital cuidadosamente, se coloca férula flexible durante dos semanas. Clínica y radiográficamente se debe de verificar la posición del diente en el alveolo. Recetar antibióticos sistémicos, tetraciclina como primera opción, puede llegar a presentar tinción dental por el uso de este fármaco. Si el diente tuvo contacto con cualquier cosa fuera de su ambiente se debe de remitir al paciente al médico para evaluar la opción de la vacuna antitetánica.³⁰

El tratamiento de conductos se puede realizar una semana después de la reimplantación, esto debe ocurrir antes de quitar la férula. Seguimiento radiográfico debe de ser el primer mes semanalmente, posterior cada 3 meses, y después del primer año, controles anuales.³⁰

Dieta semisólida y mantener la higiene bucal por 15 días. Uso de clorhexidina al 0.12% cada 12 horas.

- Tiempo extrabucal seco mayor a 60 minutos.

El pronóstico de éxito a largo plazo es bajo ya que el ligamento periodontal habrá sufrido necrosis y la cicatrización será difícil. Se espera que con la reimplantación y el tratamiento de conductos se produzca una anquilosis y así

mantener el diente en boca, en dientes jóvenes se trata de producir esto para que la el nivel cresta alveolar no se pierda.³⁰

Técnica³⁰

Remover con una casa el tejido necrótico

El tratamiento de conductos se puede hacer extraoral o después del reimplante

El diente se deja por 20 minutos en una solución de fluoruro de sodio al 2%

Remover el coágulo con suero y un instrumento adecuado, si el alveolo ha sufrido fractura se reposicionan los fragmentos

El diente se reimplanta en el alveolo con presión digital cuidadosamente. En caso de tener lesión en tejidos blandos se suturan. Se coloca férula flexible durante cuatro semanas. Verificar el diente clínica y radiográficamente.

Recetar antibióticos sistémicos tetraciclina como primera opción, puede llegar a presentar tinción dental por el uso de este fármaco. Si el diente tuvo contacto con cualquier cosa fuera de su ambiente se debe de remitir al paciente al médico para evaluar la opción de la vacuna antitetánica.³⁰

El tratamiento de conductos se puede realizar una semana después de la reimplantación, esto debe ocurrir antes de quitar la férula. Seguimiento radiográfico debe de ser el primer mes semanalmente, posterior cada 3 meses, y después del primer año, controles anuales.³⁰

Dieta blanda y mantener la higiene bucal por 15 días. Uso de clorhexidina al 0.12% cada 12 horas.

2.9.4 PROTOCOLO EN PACIENTES PEDIATRICOS

El porcentaje de trauma dentoalveolar en primera dentición es de una tercera parte de pacientes pediátricos a nivel mundial. Sobre esta estadística los pacientes masculinos están doblemente expuestos. El traumatismo con más frecuencia representando un 39% son las luxaciones. La principal causa de los traumatismos son caídas en la escuela y el entorno familiar. Lo preocupante de esta situación es la escases de recursos para recibir una atención adecuada.³⁰

Todo depende de la situación del paciente pero se debe de tener cuidado con los gérmenes dentales de la dentición permanente, en caso de fracturas dentales va desde mínima restauración hasta una pulpotomía o pulpectomía, las luxaciones se mantendrán en observación y en caso de avulsión lo más recomendable es evitar la reimplantación ya que se puede exponer el germen dental a una infección o daño del mismo.³⁰

3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El deporte en México generalmente es de cuestión recreativa. No existe la cultura generalizada de realizar una actividad como parte de una disciplina de vida.

Es notable el desconocimiento que existe de la relación entre deporte, cuerpo y la salud dental, el desempeño deportivo se puede ver disminuido debido a las bacterias que se propagan por el torrente sanguíneo llegando a las diferentes estructuras como músculos y articulaciones, la inflamación que producen estas bacterias da como resultado la merma de la condición física afectando el rendimiento.

Los deportistas son propensos a sufrir traumas faciales y dentales debido a las actividades que desempeñan, la no implementación regular del protector bucal para prácticas, partidos y competencias contribuye a que cualquier golpe que reciban, el resultado se magnifique.

Se tiene la idea de que los atletas que practican deportes de contacto son los que están más expuestos a sufrir traumatismo orofacial, sin embargo todos los atletas están igualmente expuestos aun en deportes aparentemente inofensivos. Deportes de contacto mínimo o nulo están expuestos como cualquier otra persona a sufrir alguna caída o golpe con objetos móviles o inmóviles.

¿Cuál es la prevalencia de lesiones orofaciales en deportistas mexicanos?

4 JUSTIFICACIÓN

Debido a que el deportista está expuesto a sufrir traumatismo facial es de vital importancia concientizar a esta comunidad deportiva sobre el uso continuo del protector bucal y de todos los aditamentos que los puedan proteger a todo nivel del cuerpo.

5 OBJETIVOS

5.1 General

Identificar la prevalencia de lesiones orofaciales en deportistas mexicanos

5.2 Específicos

Identificar la prevalencia de lesiones orofaciales en deportistas mexicanos por género, edad y deporte.

6 METODO

Se realizó comunicación formal e informal con los entrenadores de las actividades deportivas de la Universidad Nacional Autónoma de México de: Boxeo, judo, lima lama, natación, taekwondo y waterpolo para encuestar a los atletas sobre lesiones orofaciales sufridas en práctica o competencia de su especialidad.

6.1 Tipo de estudio

Transversal de intervención

6.2 Población de estudio

Deportistas mexicanos representativos o de alto rendimiento de la Universidad Nacional Autónoma de México

6.3 Muestra

115 atletas de 6 deportes: boxeo, judo, lima lama, natación, taekwondo y waterpolo de la Universidad Nacional Autónoma de México.

6.4 Criterios de inclusión

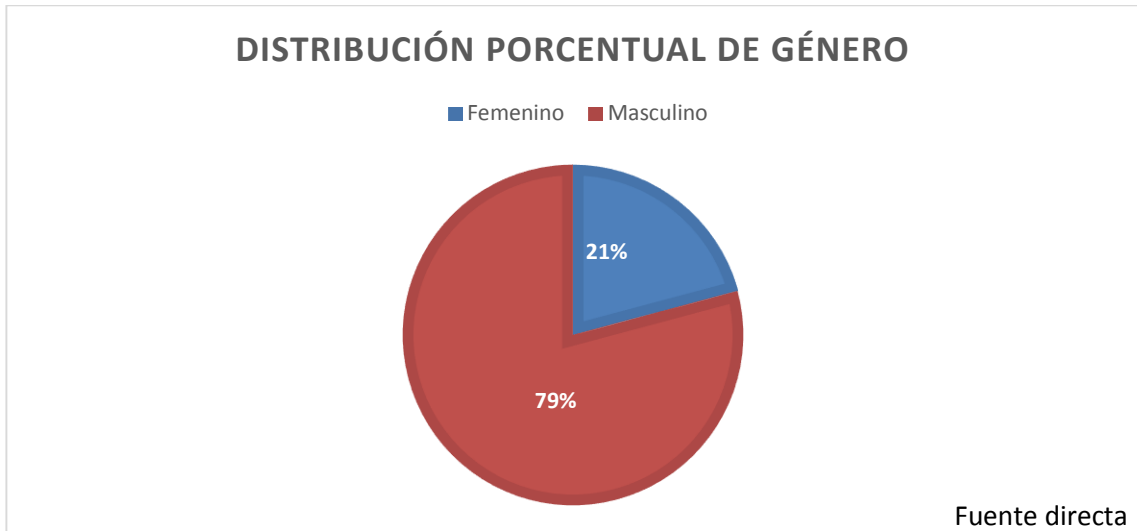
- Ser deportista.
- Ser mexicano.
- Ser representativo o de alto rendimiento de la UNAM.
- Desea participar en el presente estudio.

6.5 Variables de estudio

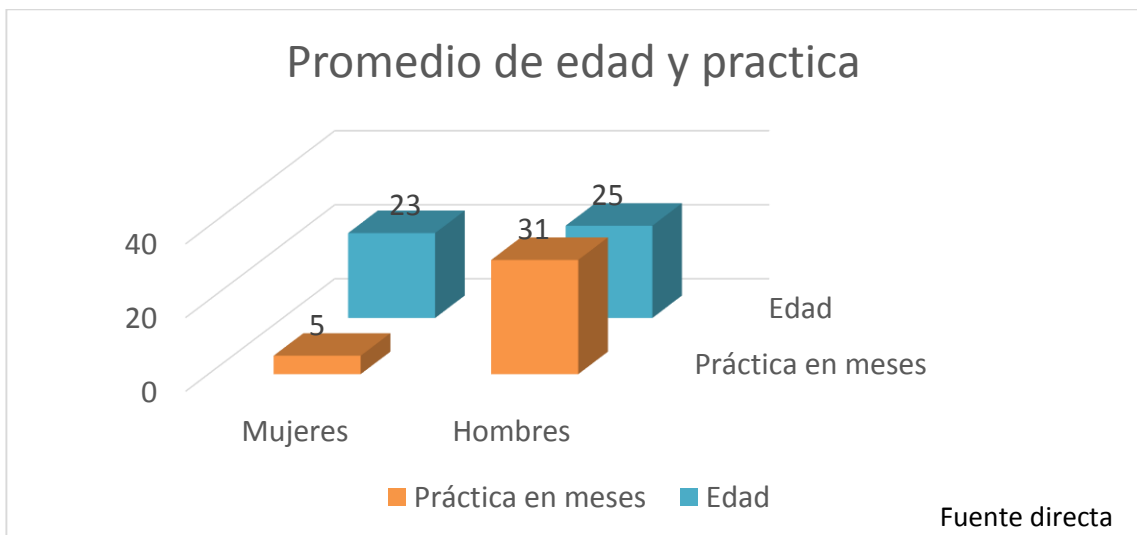
- Variable dependiente: lesiones.
- Variable independiente: edad, género y deporte.

7 RESULTADOS

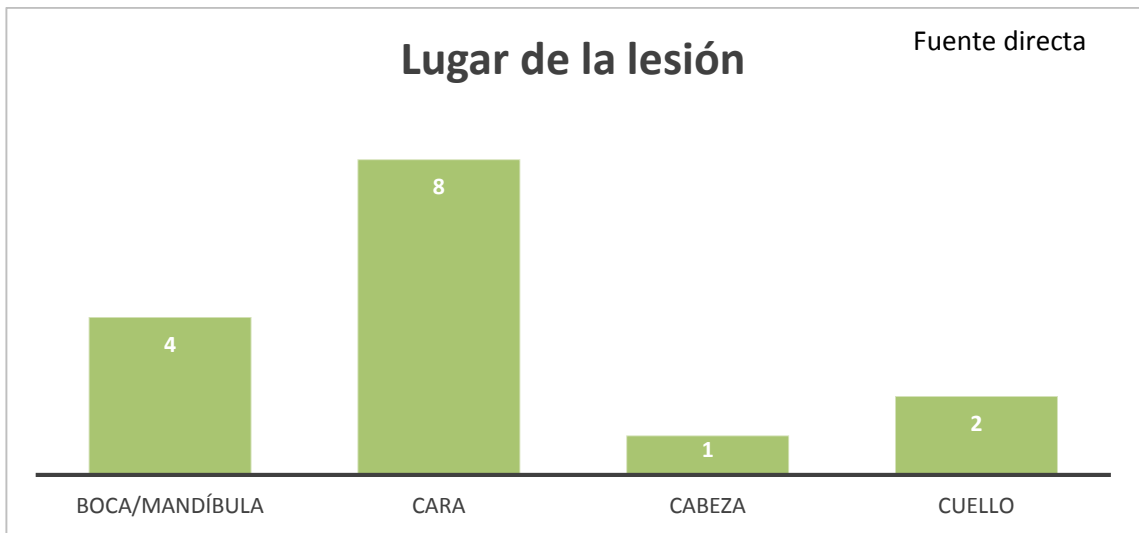
BOXEO



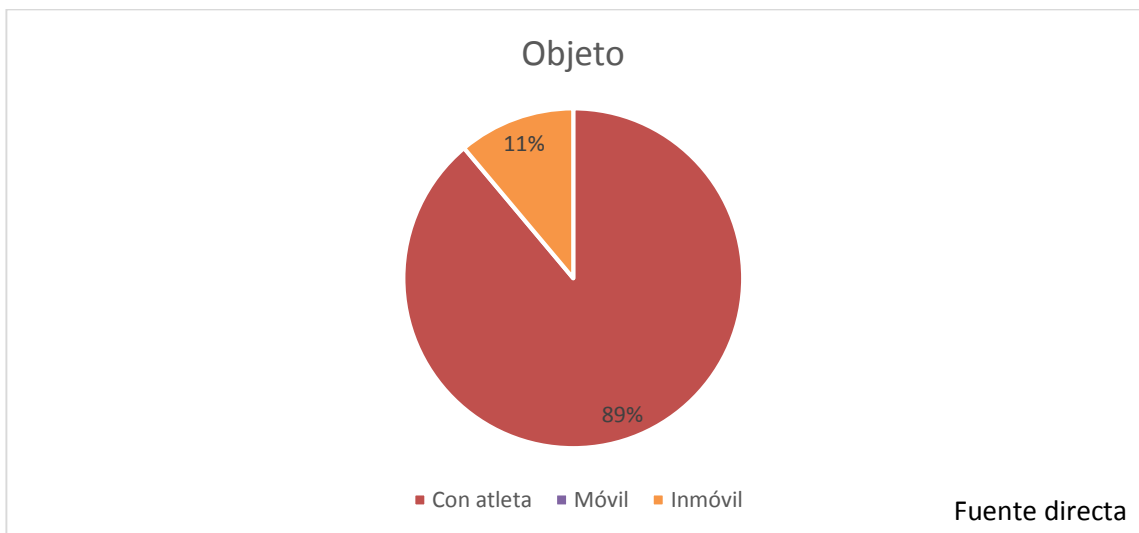
Del total de los deportistas encuestados el 79% correspondió al género masculino y el 21% al femenino.



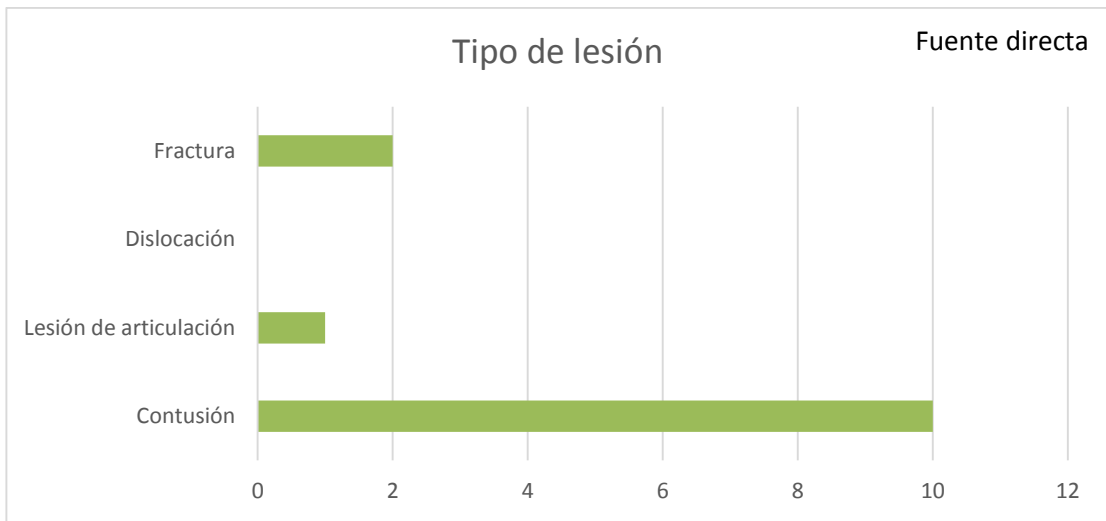
Comparando estos resultados el promedio de edad es casi igual solo existe diferencia de dos años mujeres 23 años y hombres 25 años. Con respecto al tiempo de práctica los hombres superan considerablemente a la mujer 31 meses a 5.



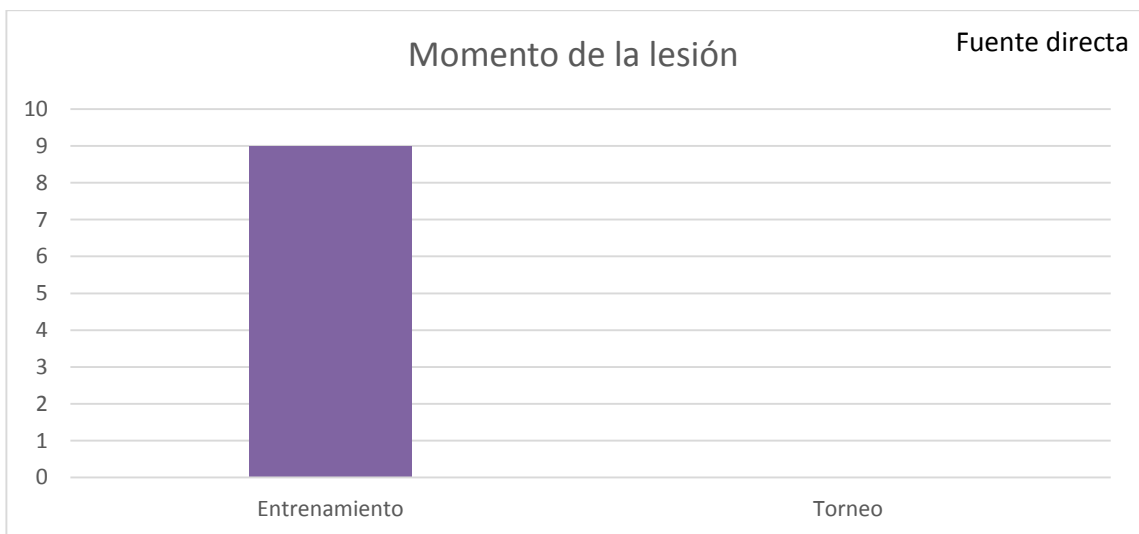
En el boxeo uno de los lugares predilectos para ser golpeados es la cabeza incluido el rostro, donde la mayor prevalencia es en cara, esto específicamente en Nariz, pómulos y ojos, seguido por la mandíbula.



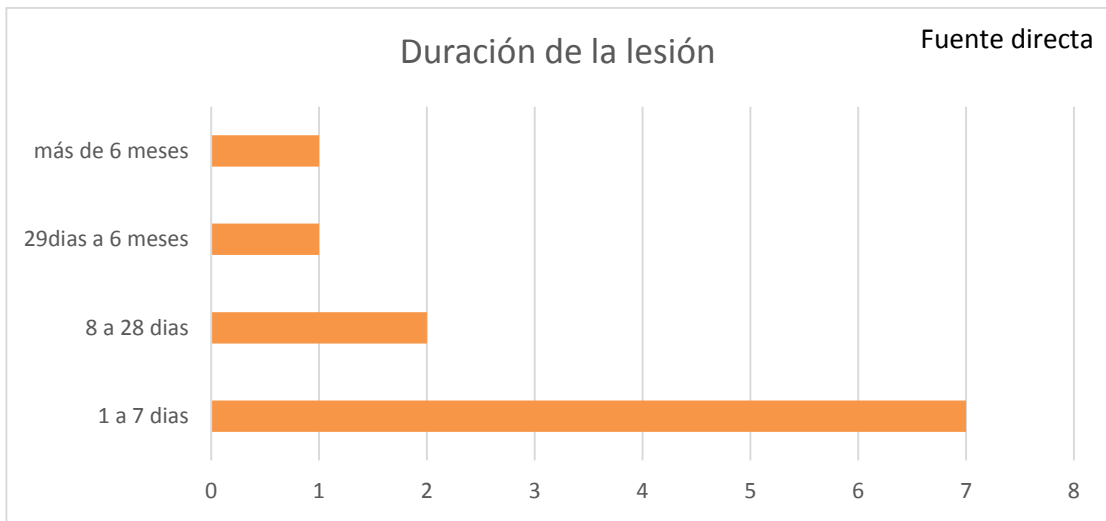
De todos los encuestados en este deporte solo una persona tuvo un accidente contra un objeto inmóvil, el resto fue con otro atleta.



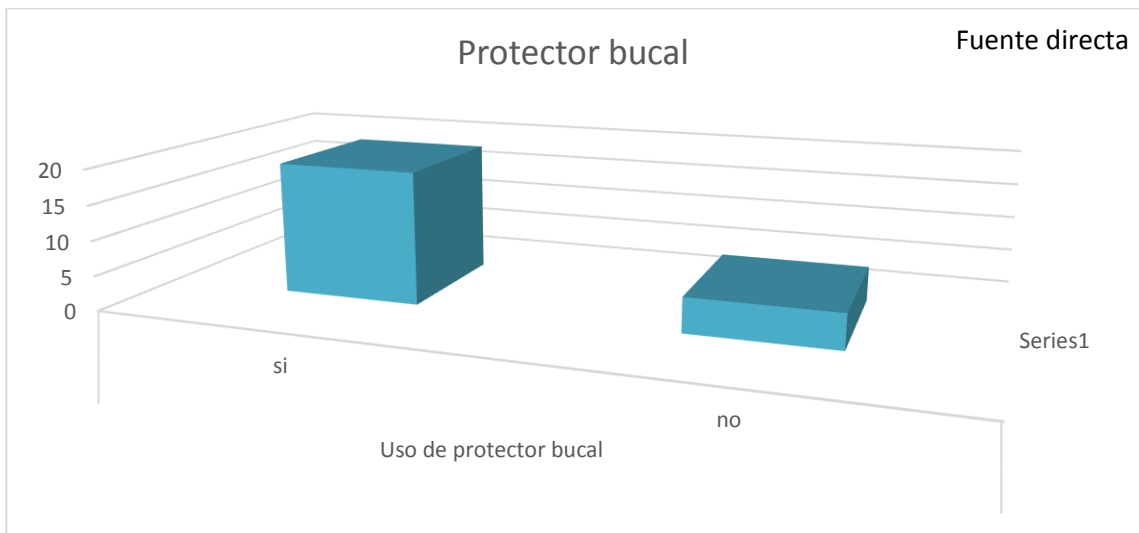
El tipo de lesión por lo regular es desde inflamación y hematomas hasta fractura de nariz, lesión de la articulación temporomandibular solo se encontró una.



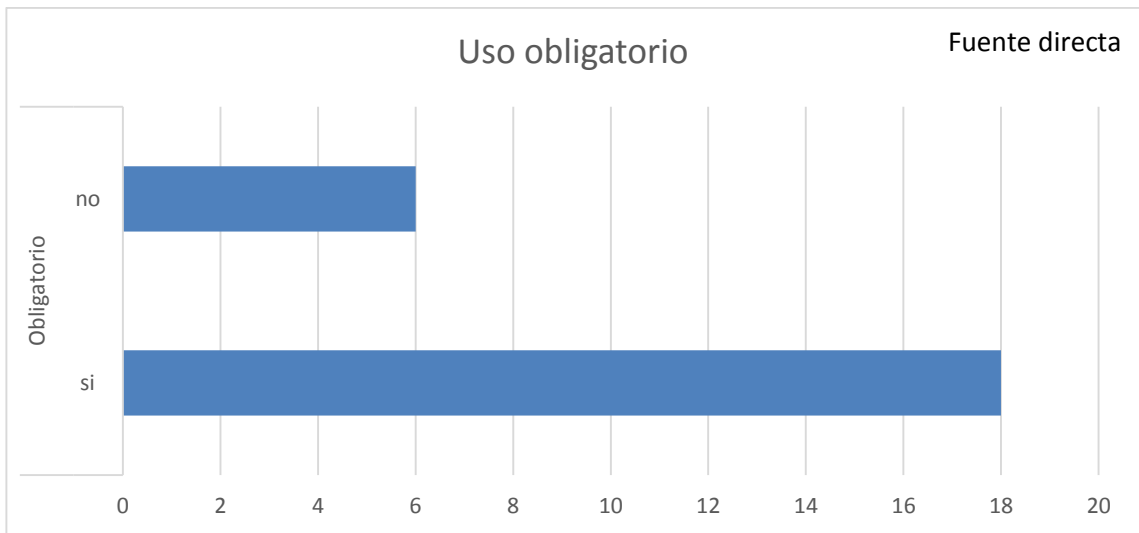
Argumentaron que todas las lesiones que han sufrido han sido haciendo “sparring” entre ellos mismos, preparándose para las peleas representativas.



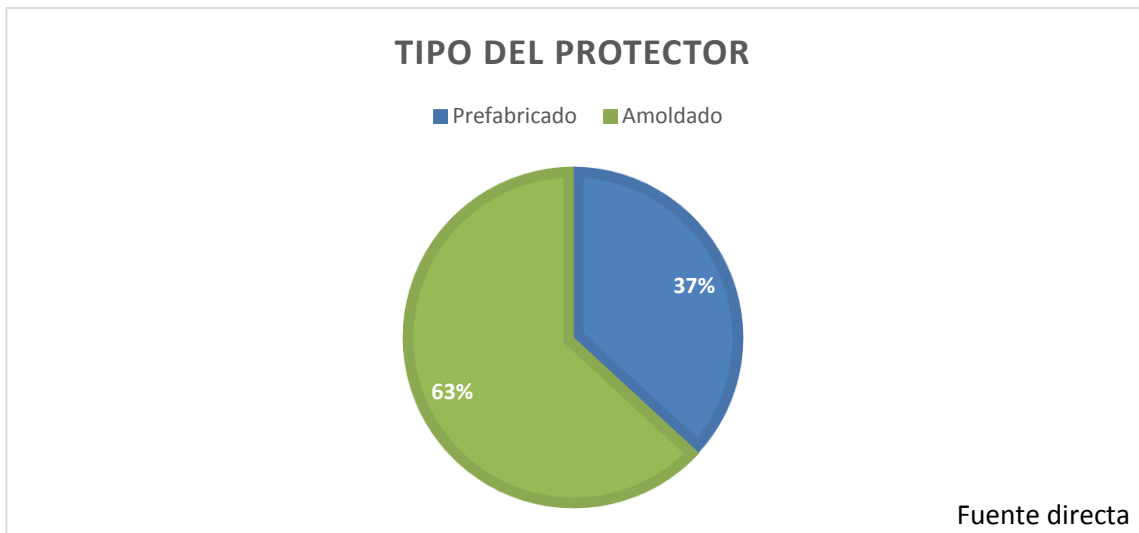
Las lesiones fueron transitorias, y las que representaron el mayor tiempo fueron las relacionadas con golpe a la mandíbula, ocasionando una lesión aparente a la ATM.



La mayoría de los atletas que utilizan el protector bucal, lo hacen solo a la hora del enfrentamiento.



En este deporte está estipulado el uso obligatorio de protector bucal, en las peleas al menos, en los entrenamientos el uso de este depende de los profesores a cargo y la conciencia del deportista sobre su integridad física.

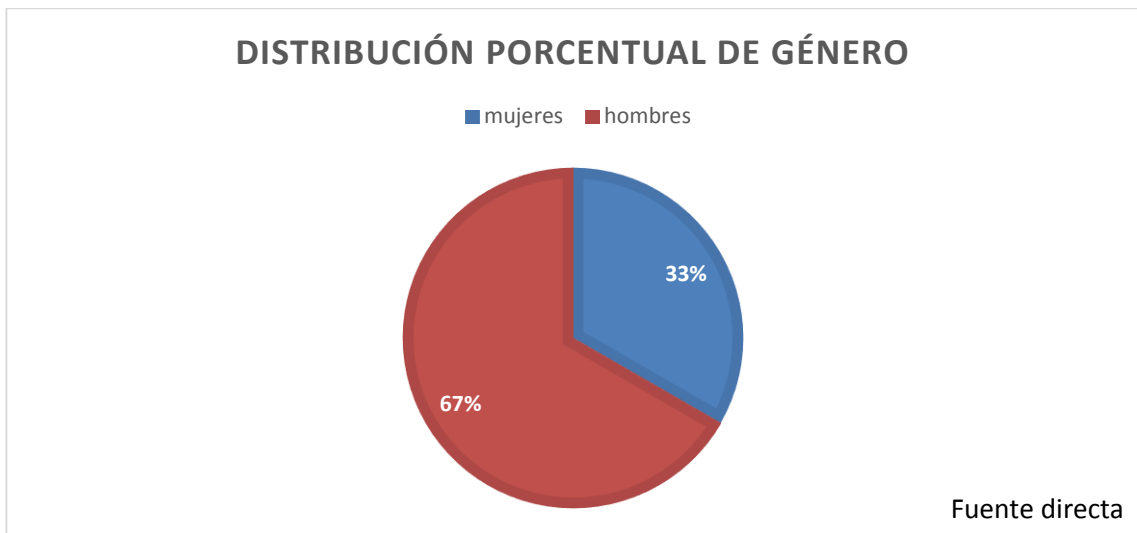


El tipo de protector bucal que prevaleció fue de tipo amoldado. Estos protectores se adaptan un poco mejor a la boca del deportista, aunque no asegura que el mismo sepa amoldar el protector de manera adecuada.

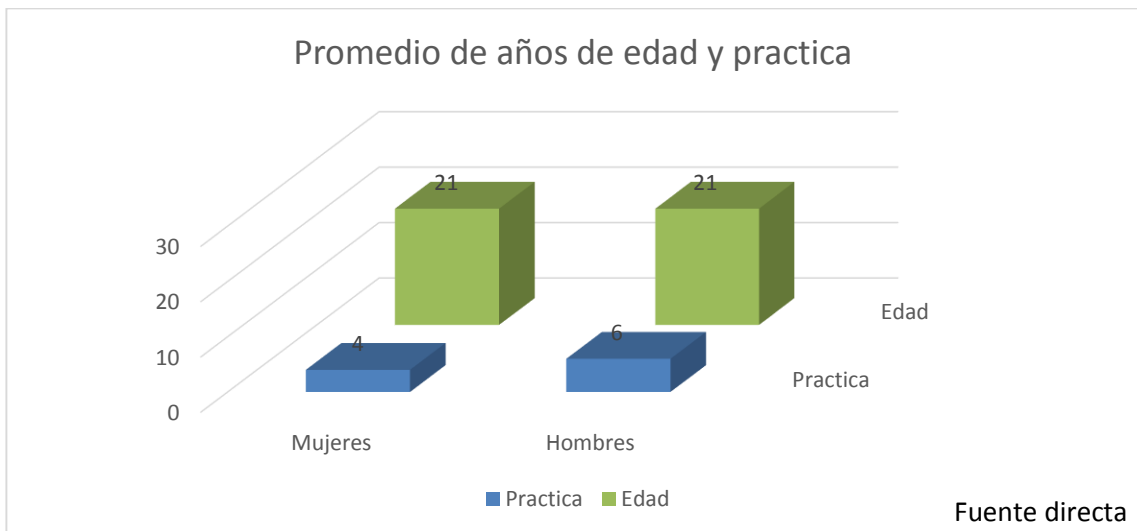


La mayoría de las lesiones ocurrieron cuando usaban el protector, aun así se debe tener en cuenta que dichas lesiones no tienen relación con la boca y en caso de tenerla el impacto no es tan severo como si no lo usara.

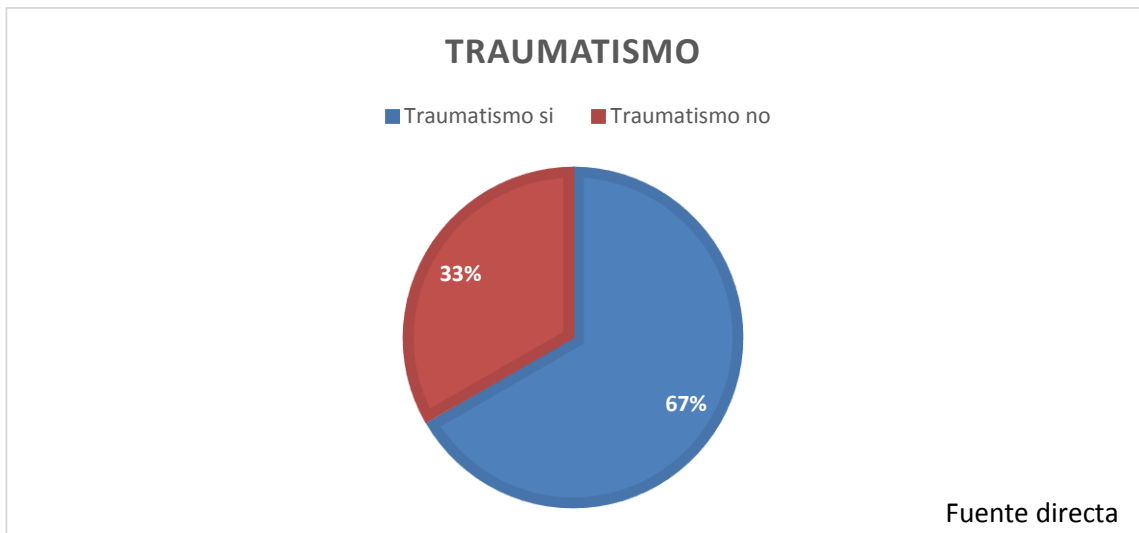
JUDO



Del total de los deportistas encuestados el 67% correspondió al género masculino y el 33% al femenino.



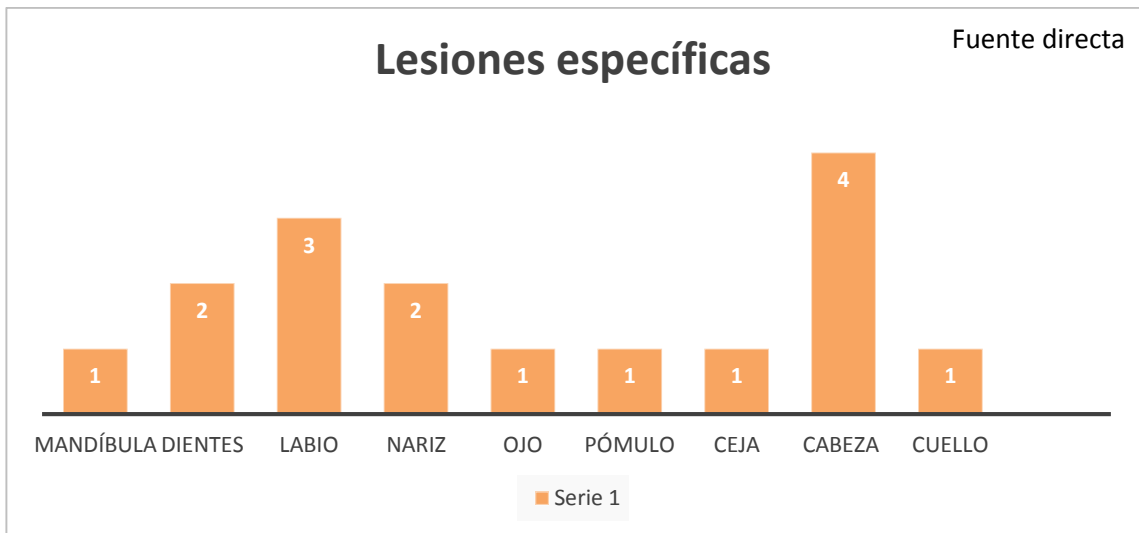
El promedio de edad es el mismo 21 años para ambos géneros, y en el promedio de años de práctica es 4 años para las mujeres y 6 años para los hombres.



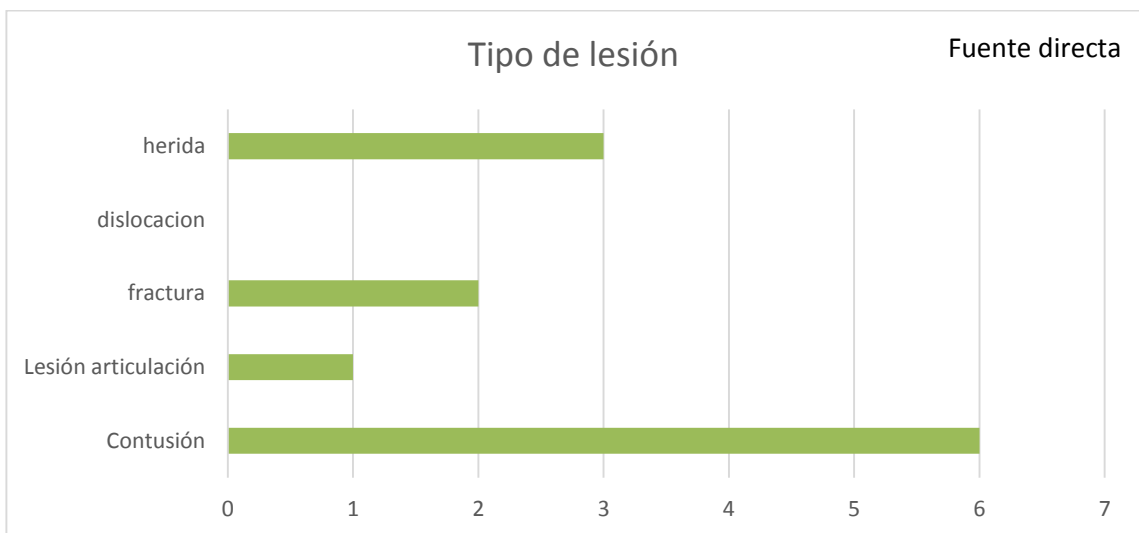
El porcentaje de atletas que sufrieron alguna lesión es 67%, el 33% negó haber tenido una lesión en cara.



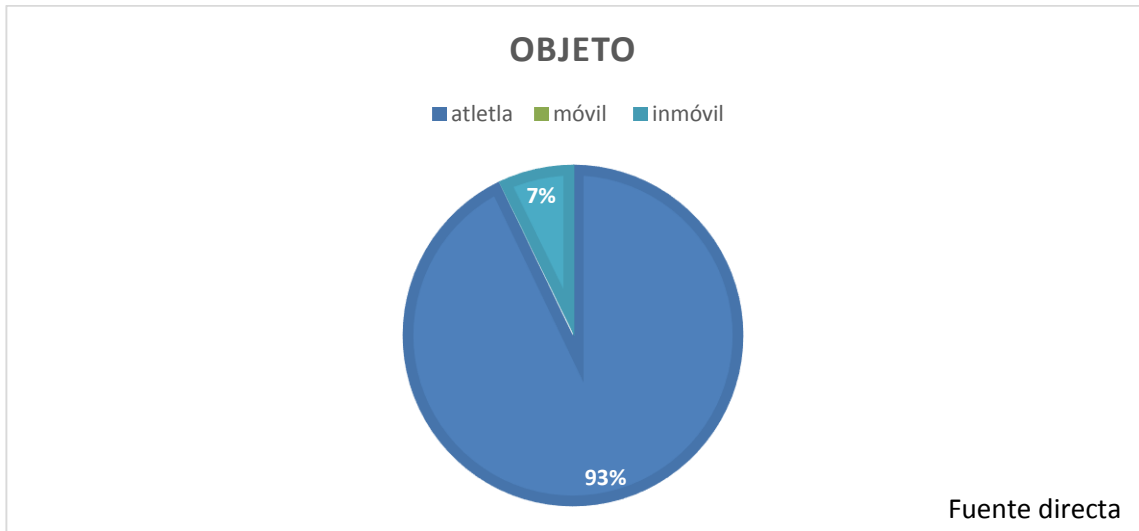
Indicaron que tuvieron 5 lesiones en cara, 4 en boca y 4 más en cabeza. El cuello resulto ser el menos traumatizado.



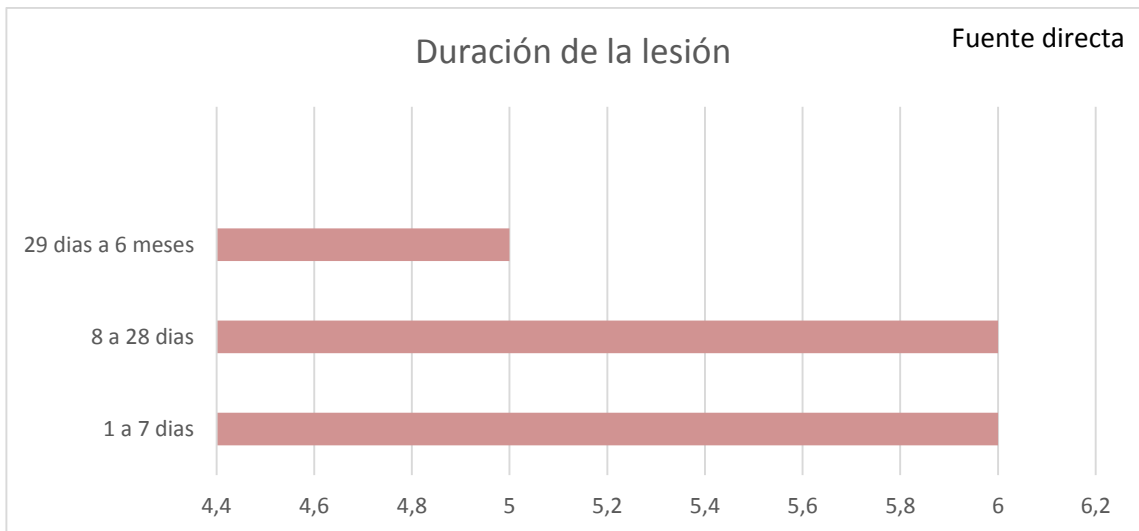
Fue el resultado de las lesiones específicas, resaltando 2 golpes en dientes y uno más en mandíbula.



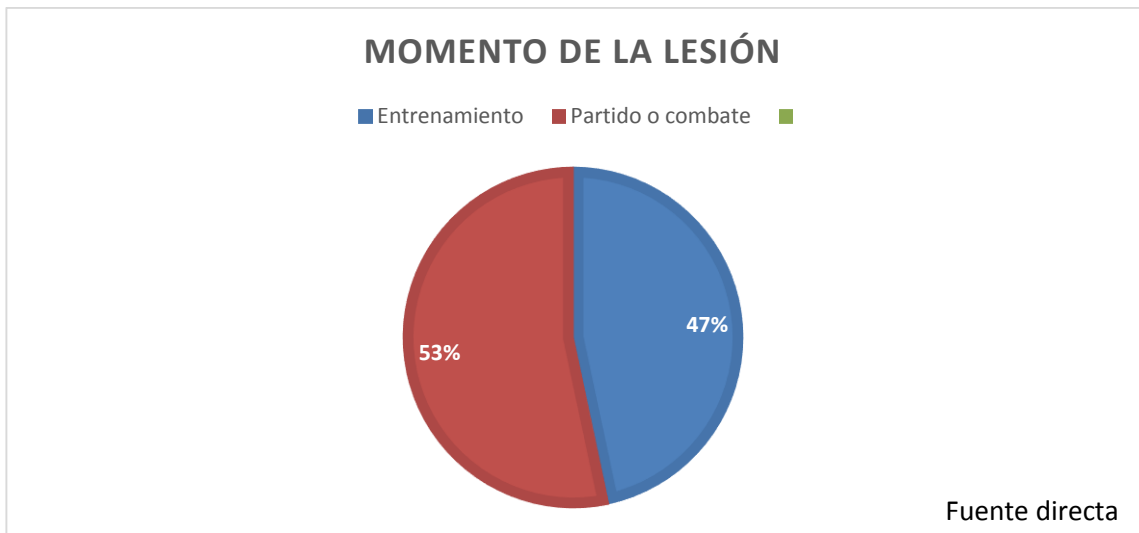
Las heridas que se produjeron en labio y ceja fueron de tipo herida, fractura corresponde a nariz y dientes, la lesión a la articulación temporomandibular y las contusiones al resto de la cara y cabeza.



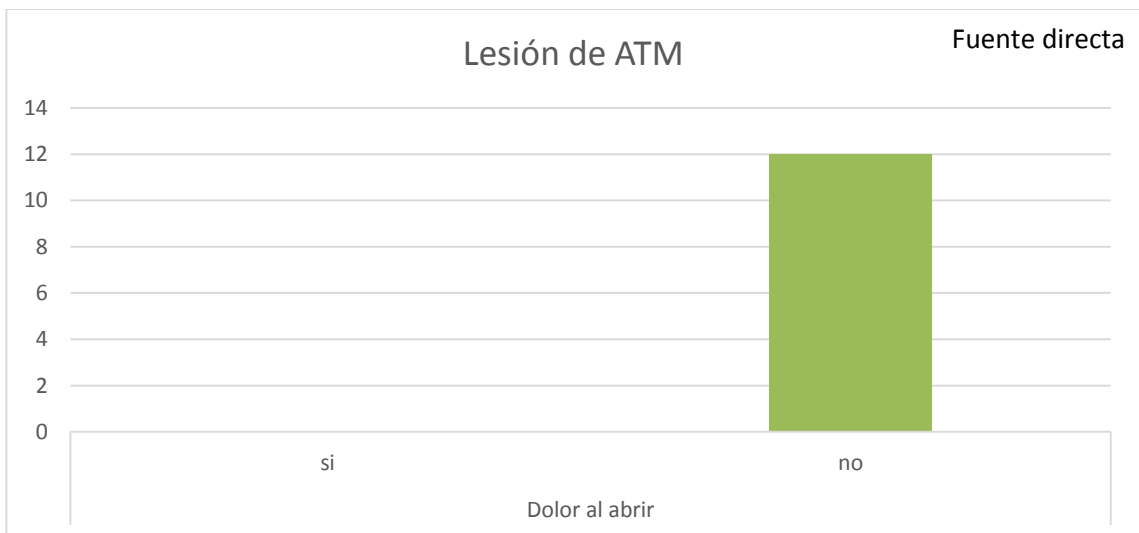
De todos los traumatismos que se produjeron, solo uno estuvo relacionado con objeto inmóvil.



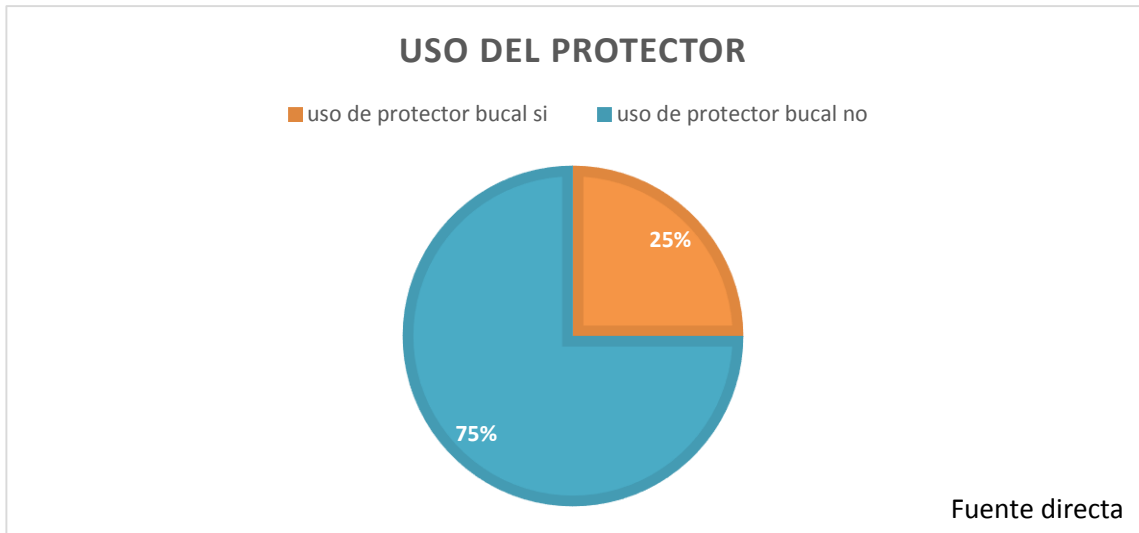
Las fracturas de nariz y la lesión a la ATM en un periodo de 29 días a 6 meses, el resto pertenece a lesiones como heridas y contusiones.



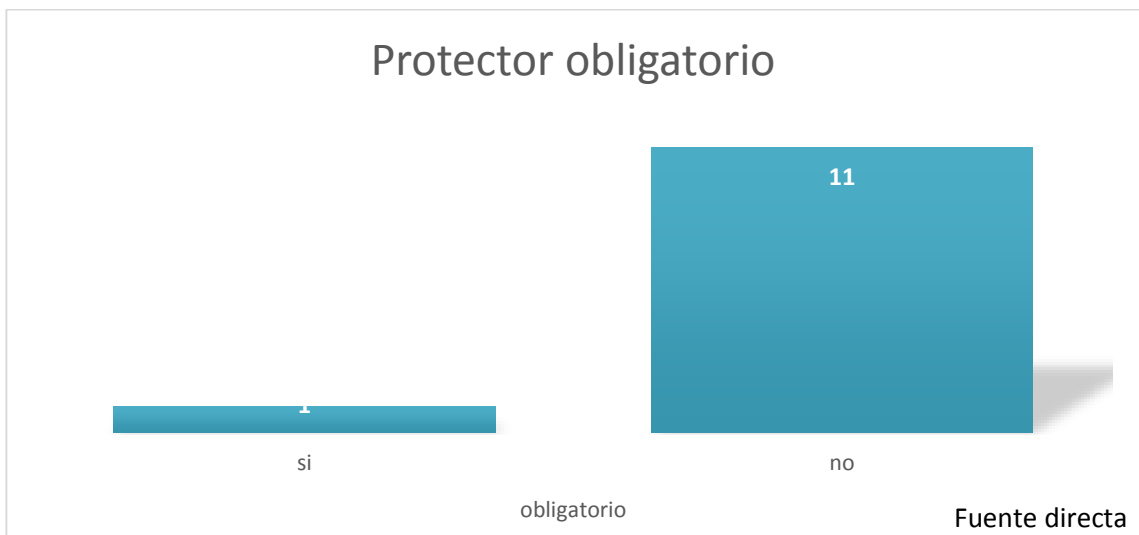
En el entrenamiento ocurren sin duda un número considerable de lesiones, el porcentaje es casi el mismo, esto indica que son vulnerables tanto en enfrentamiento como en práctica.



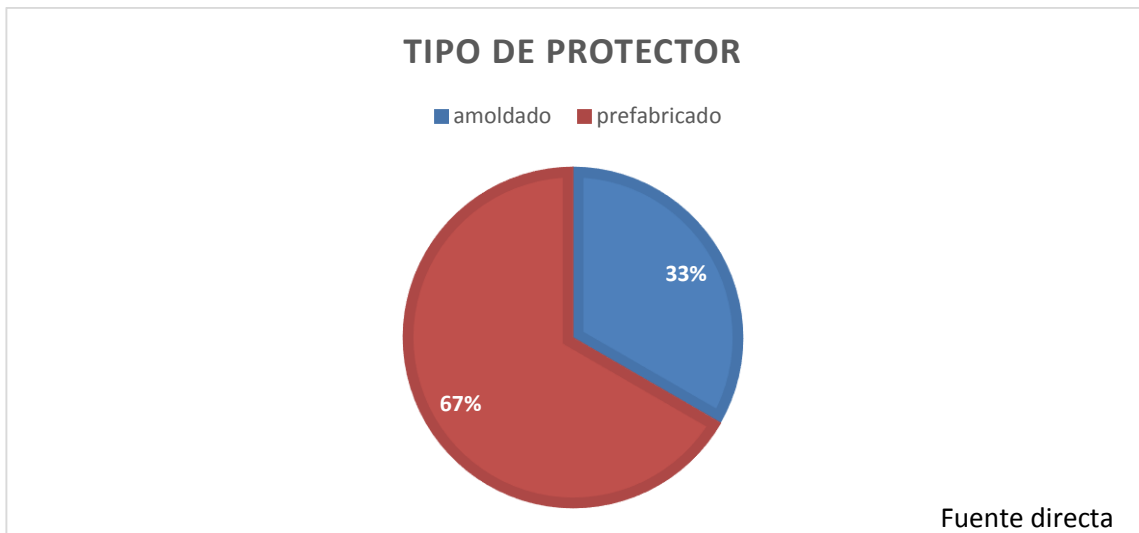
El 100% de los deportistas niega tener molestia de la articulación temporomandibular en este momento.



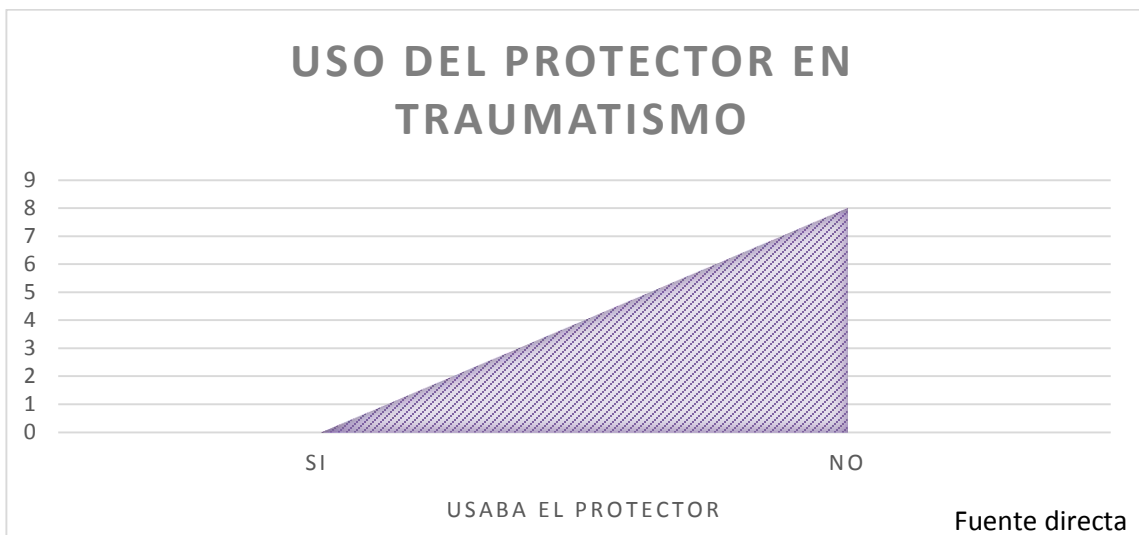
Solo 3 personas usan el protector bucal.



Solo una considera que es de uso obligatorio los demás no.

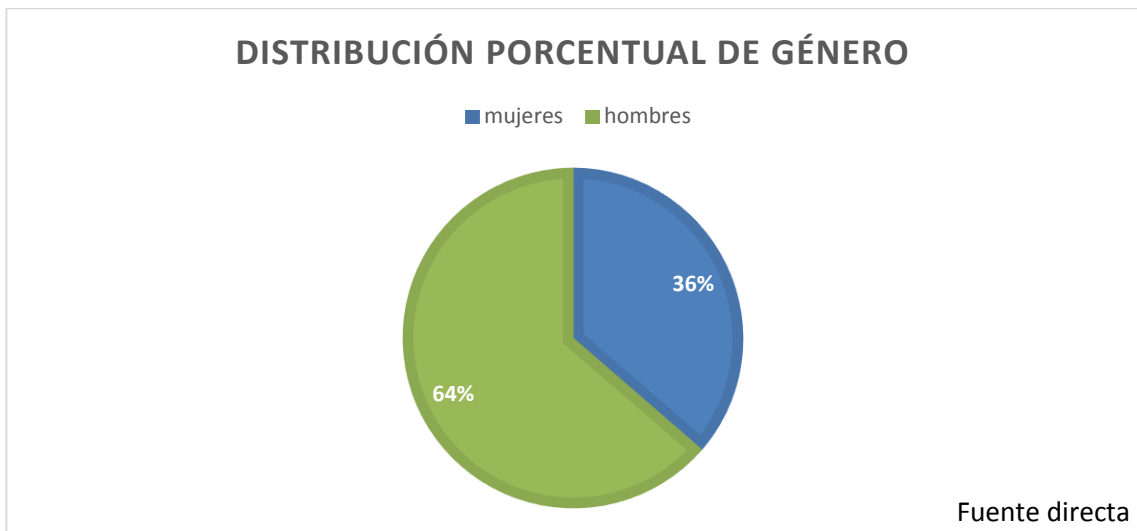


De las 3 personas que usan el protector bucal 2 son de tipo prefabricado y el otro es amoldado.

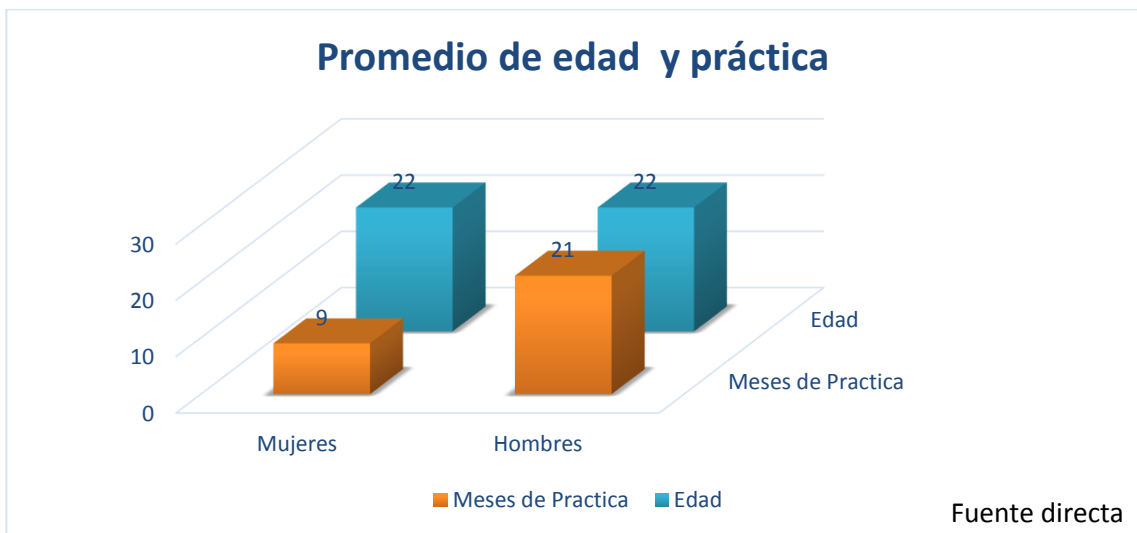


Aunque 3 personas dicen tener un protector bucal, el resultado práctico a la hora del traumatismo es que no lo usan más que en combate.

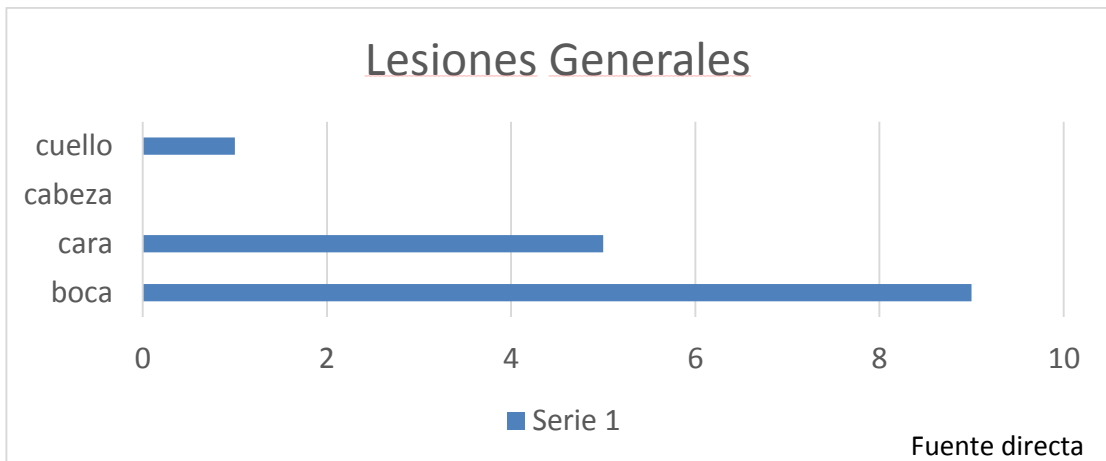
LIMA LAMA



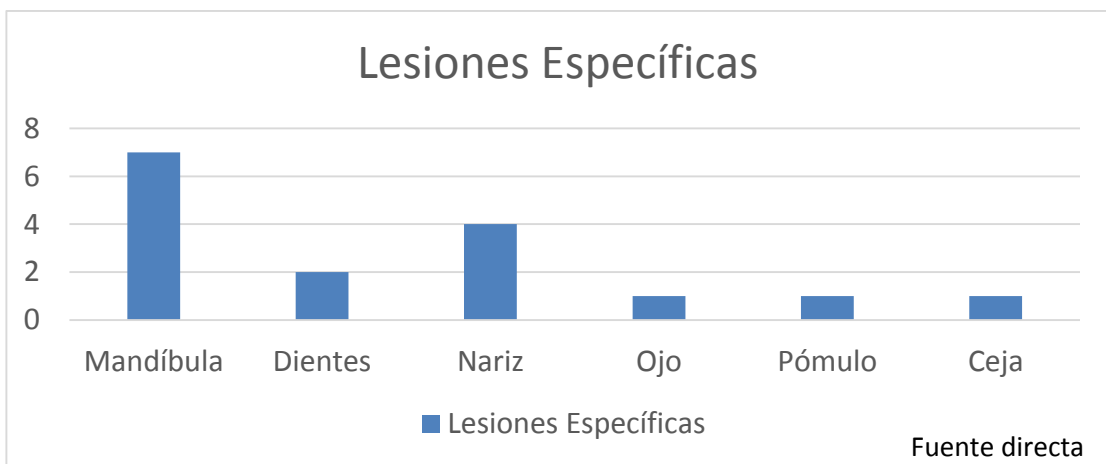
Del total de los deportistas encuestados el 64% correspondió al género masculino y el 36% al femenino.



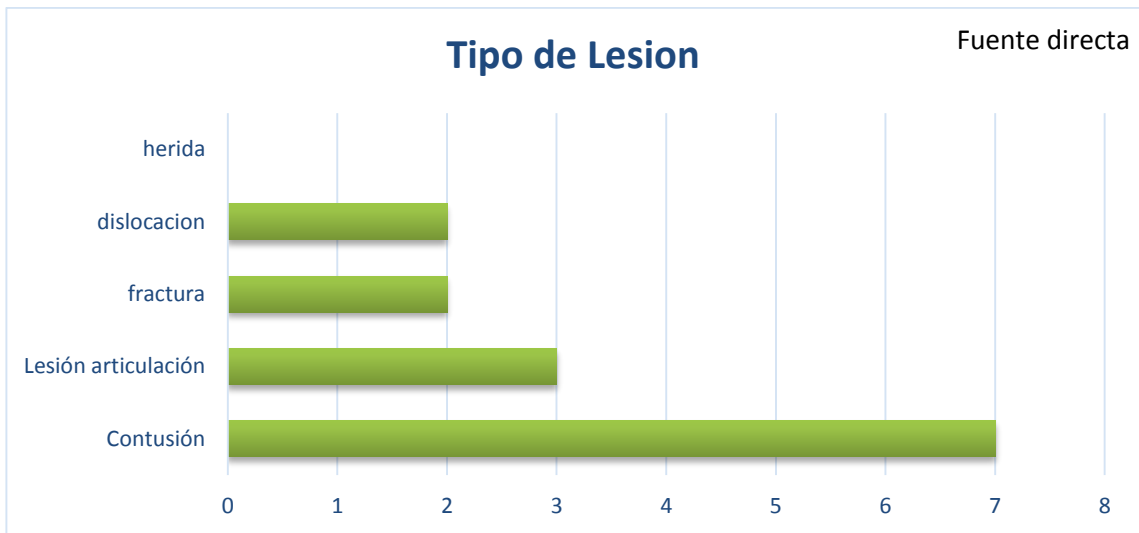
El promedio de edad es el mismo, sin embargo los hombres tienen mayor número de meses de práctica 21 contra 9 de las mujeres.



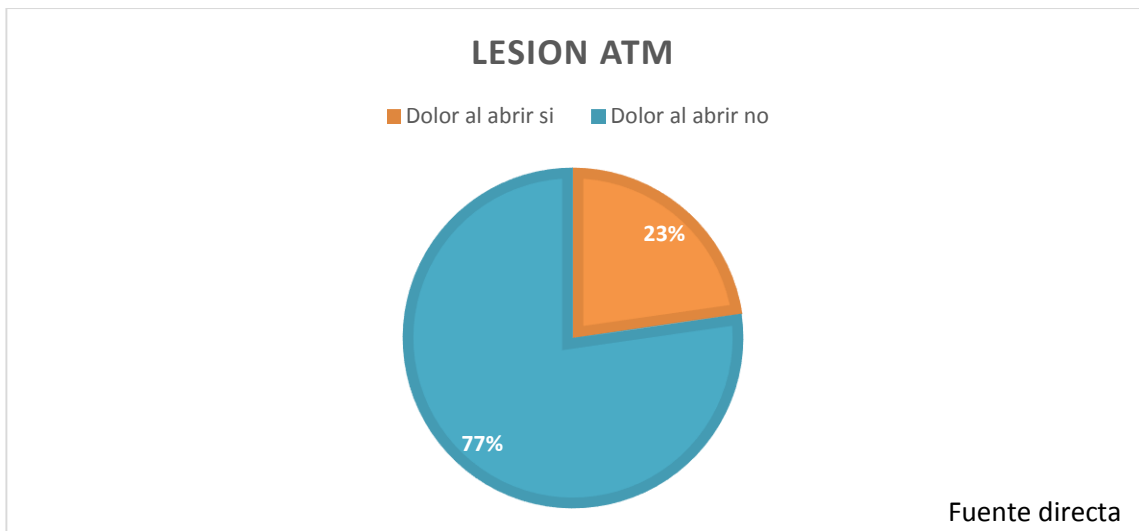
Prevalcieron las lesiones en boca 9, en cara fueron 5 y en cuello fue 1.



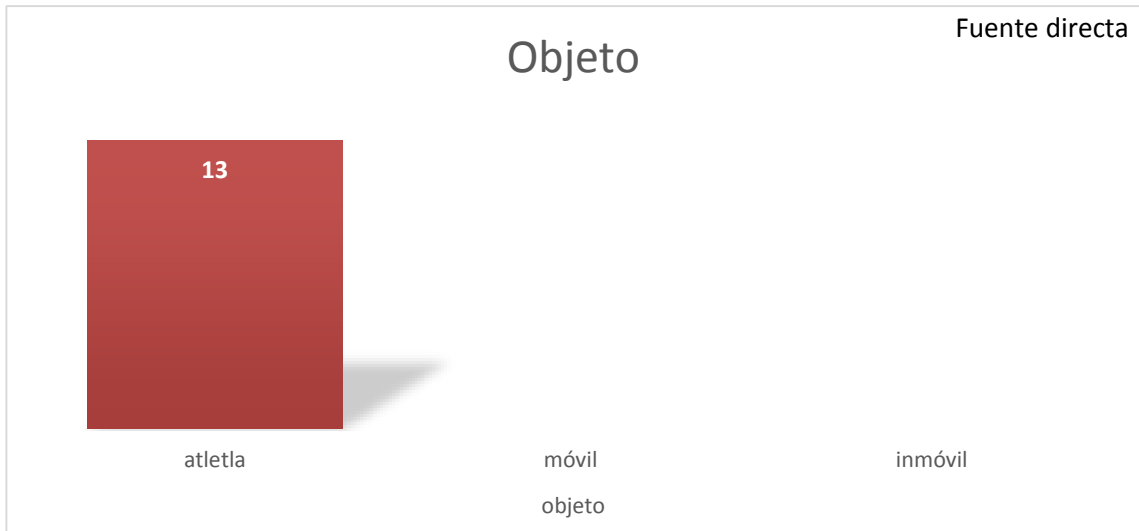
Específicamente existieron más lesiones en mandíbula 7 y en dientes fueron 2.



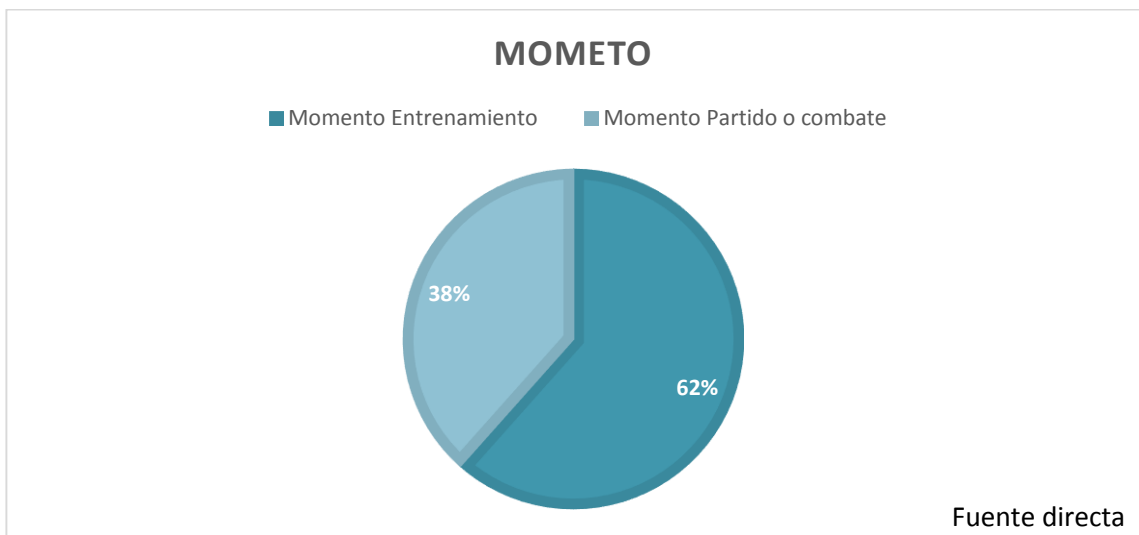
La mayoría de lesiones pertenecen al tipo de contusión, pero encontramos tres lesiones en ATM, dos dislocaciones de mandíbula y dos fracturas de dientes.



El 23% de los deportistas presentan molestia al abrir.



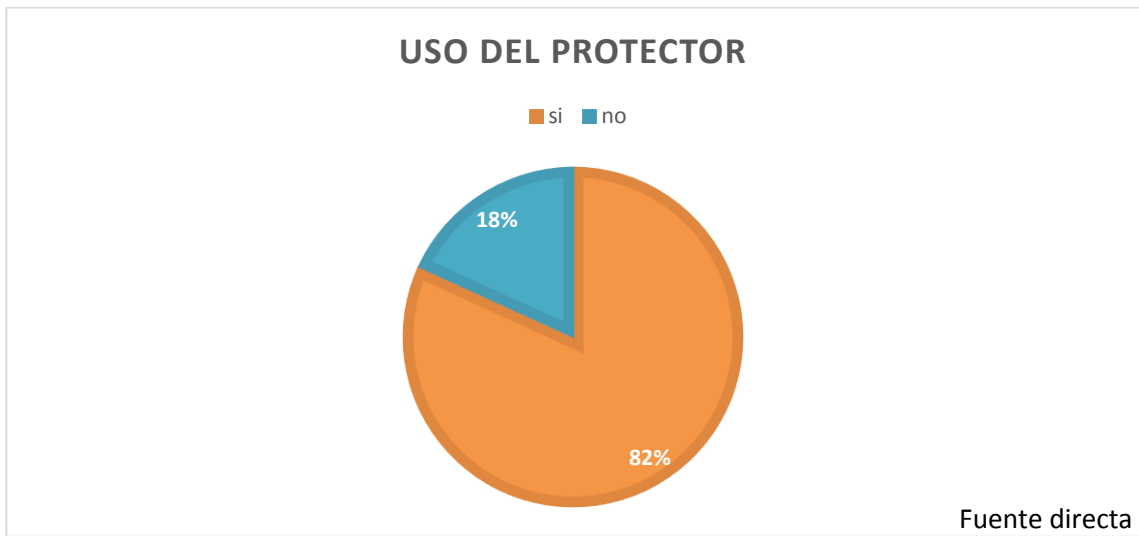
Todos los traumatismos fueron en contra de otro atleta.



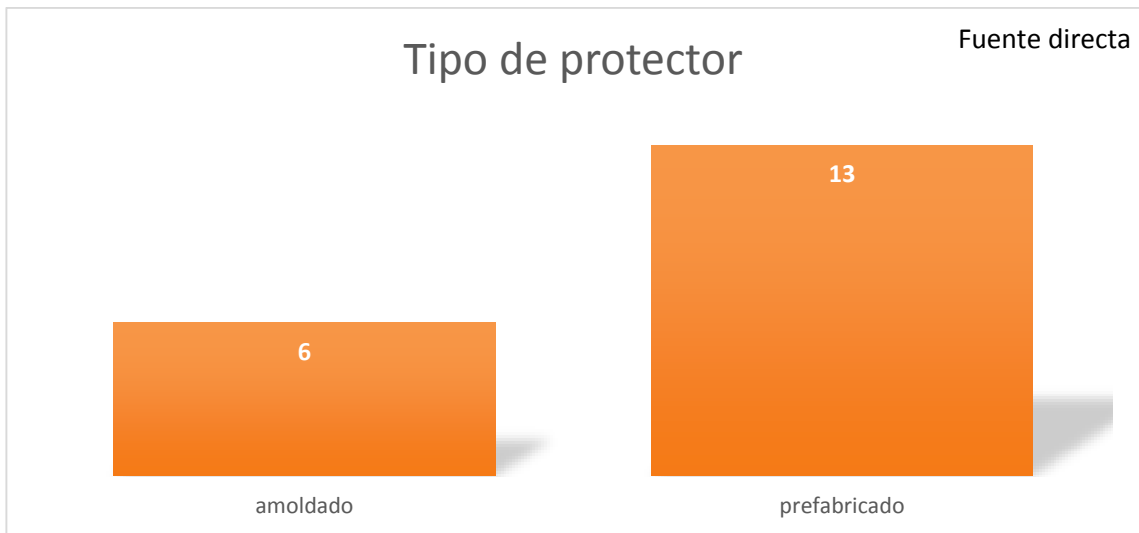
La mayoría de los traumatismos tuvieron lugar durante el entrenamiento.



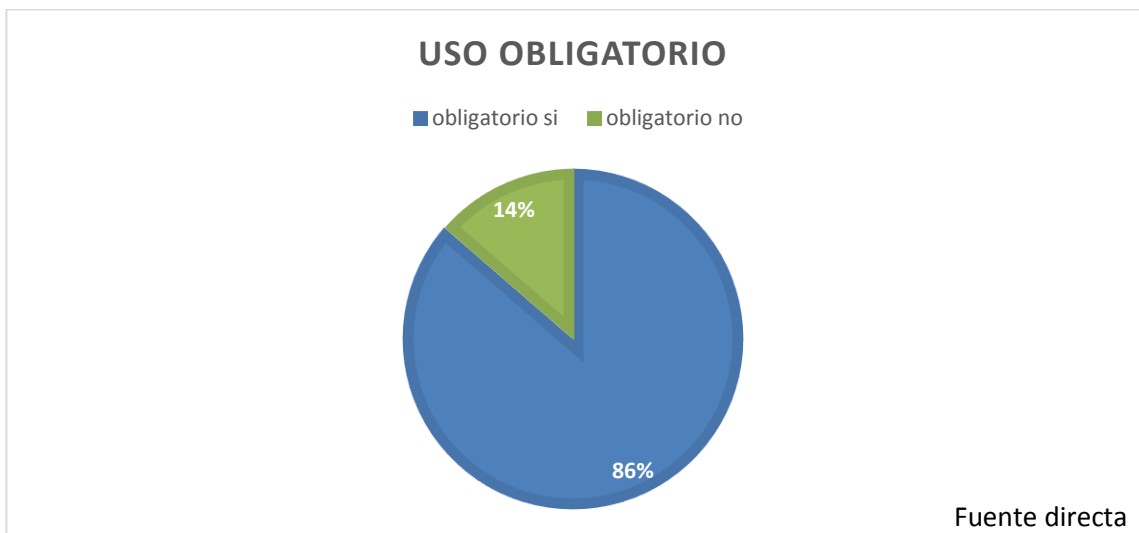
La mayoría de las lesiones fueron transitorias, las lesiones a la articulación representan duración de 29 días a más de 6 meses.



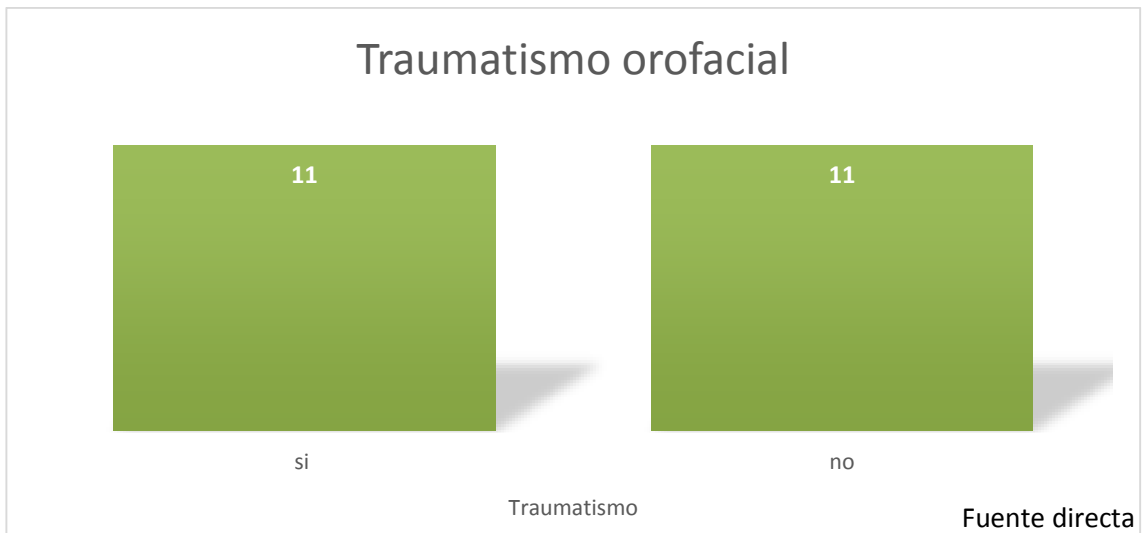
La mayor parte de los deportistas del lima lama usan el protector bucal.



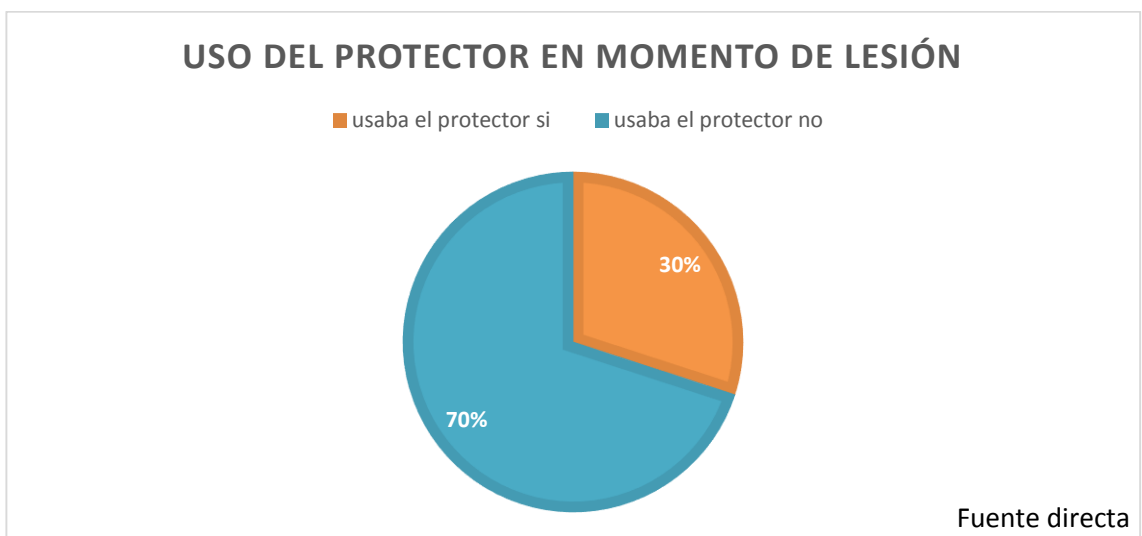
El tipo del protector que usa la mayoría de los atletas es de tipo prefabricado, el cual no es la mejor opción ya que no tiene un ajuste adecuado.



El protector bucal es de tipo obligatorio según el 86% de los deportistas, el 14% no lo considera.

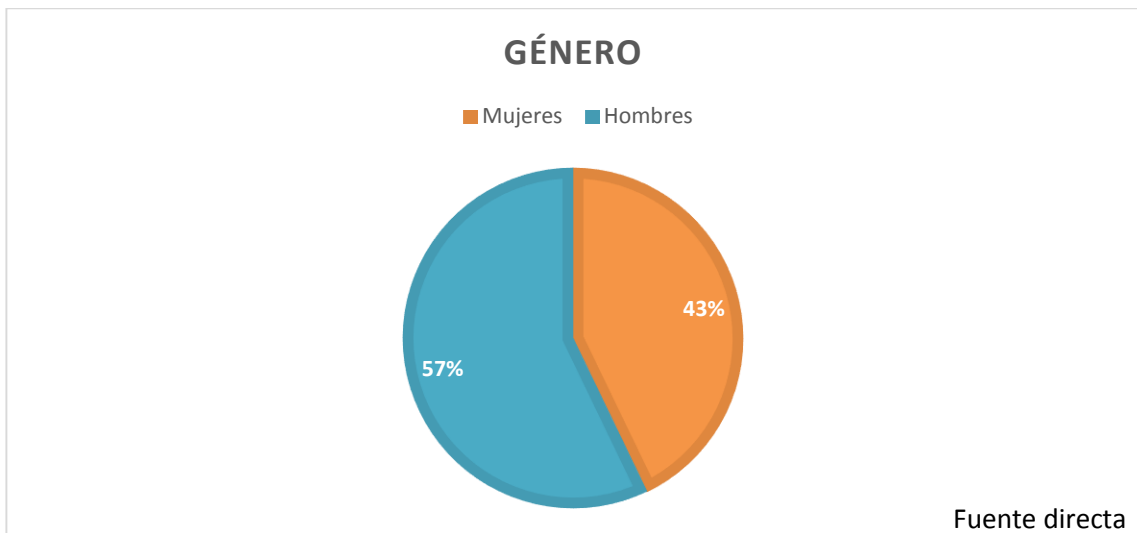


El 50% de los atletas ha sufrido algún tipo de traumatismo orofacial.

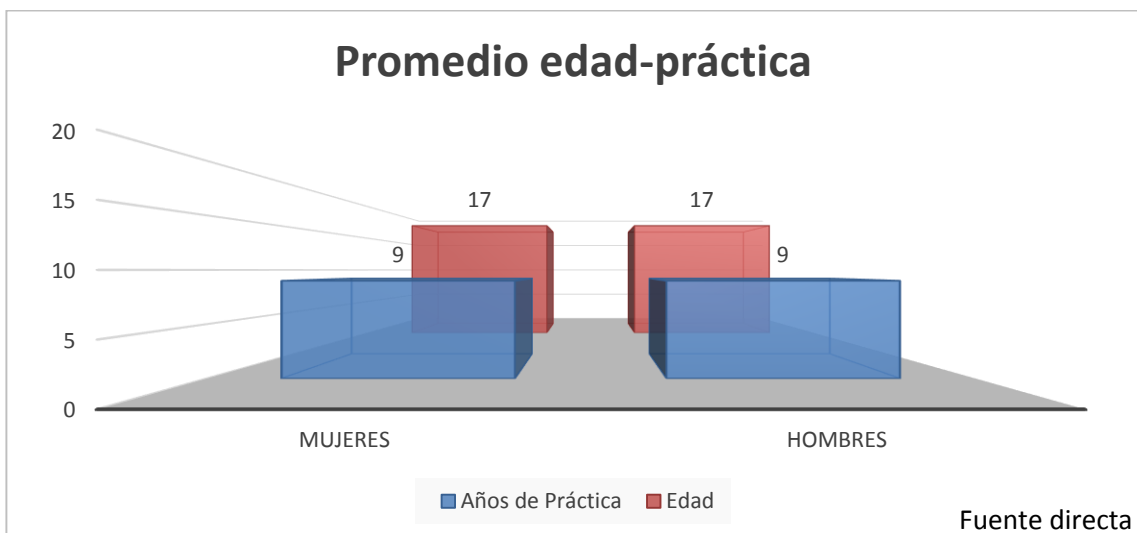


El 70% de los encuestados no usaba el protector en el momento de la lesión, esto representa un punto negativo en contra de la salud, usar de forma regular el protector disminuye el grado de lesión.

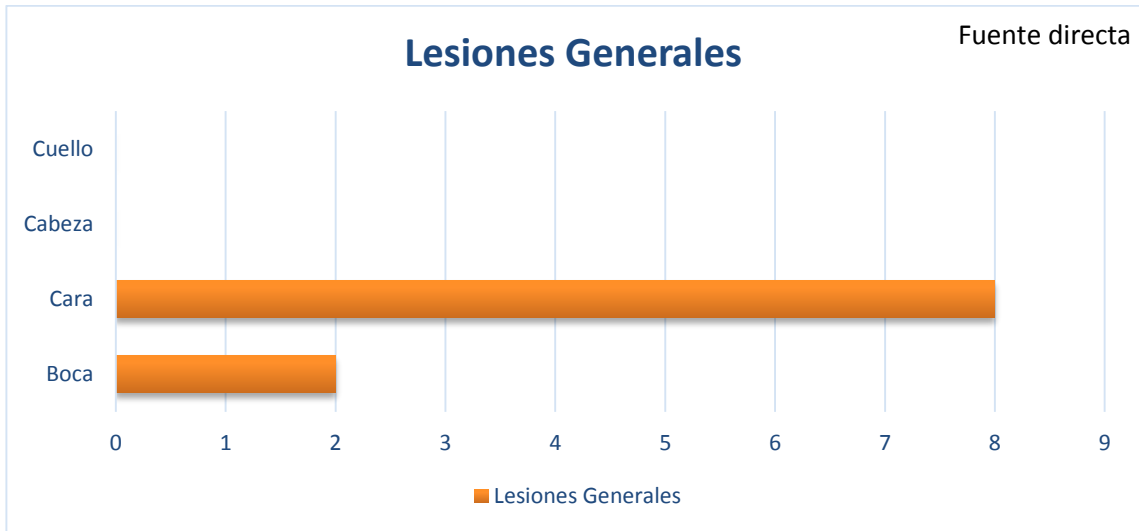
NATACIÓN



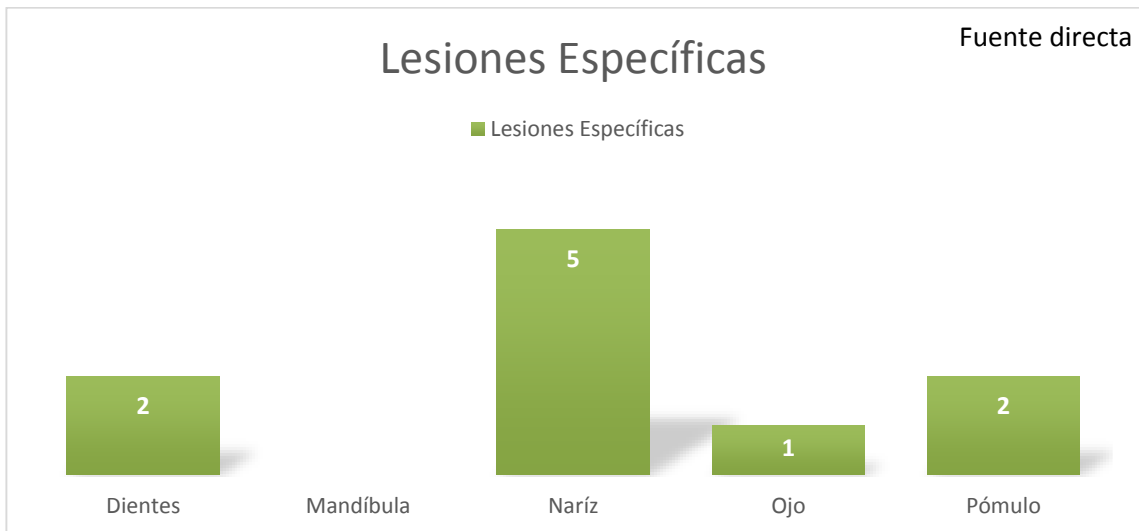
Del total de los deportistas encuestados el 57% correspondió al género masculino y el 43% al femenino.



El promedio de edad-practica es el mismo para los hombres y mujeres resultando 17 años de edad y promedio de práctica de 9 años.



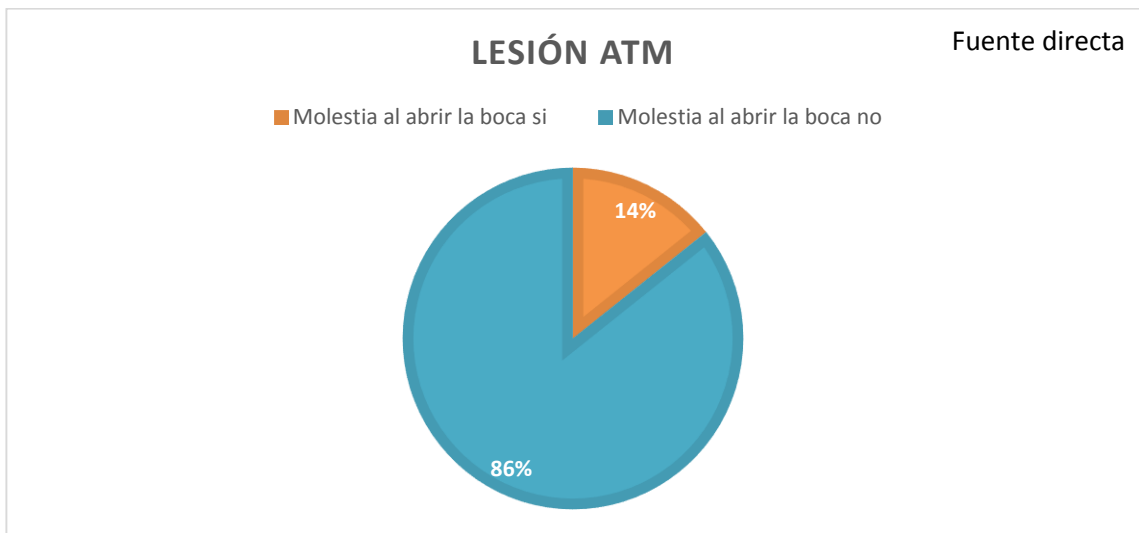
Solo presentaron lesiones en cara (8) y boca (2).



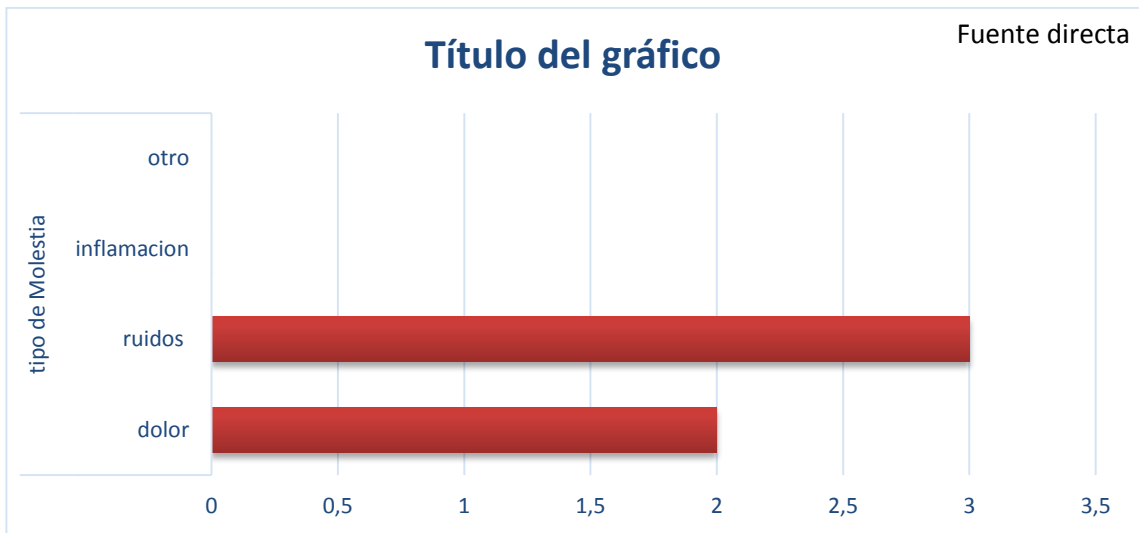
Las lesiones en dientes corresponden a fractura no complicada, y los traumatismos de nariz, ojo y pómulo fueron contusiones.



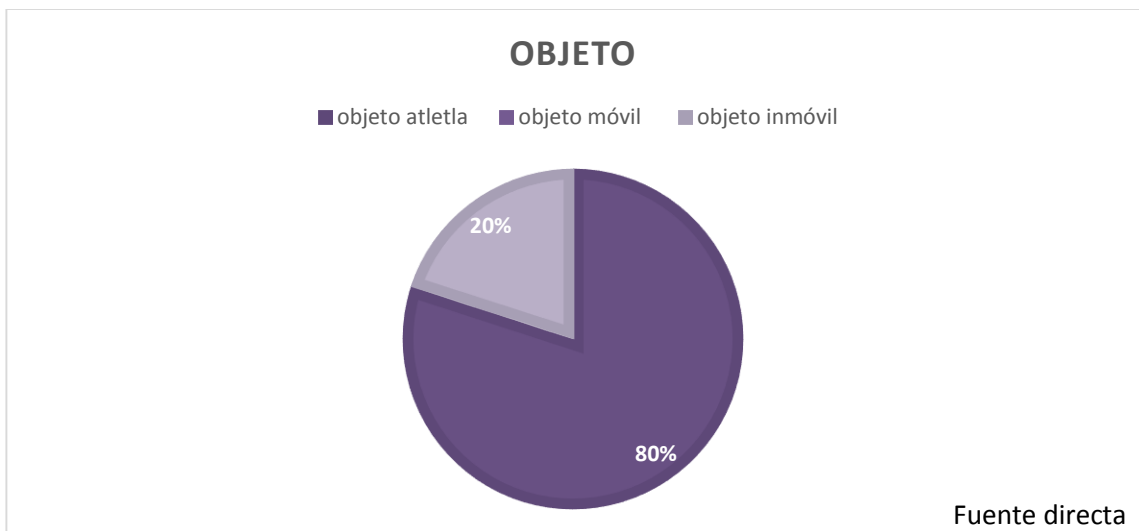
Las contusiones fueron en área de cara y las fracturas fueron de dientes.



Solo el 14% de los encuestados presentan molestia al abrir la boca, pero no va relacionado con trauma orofacial.



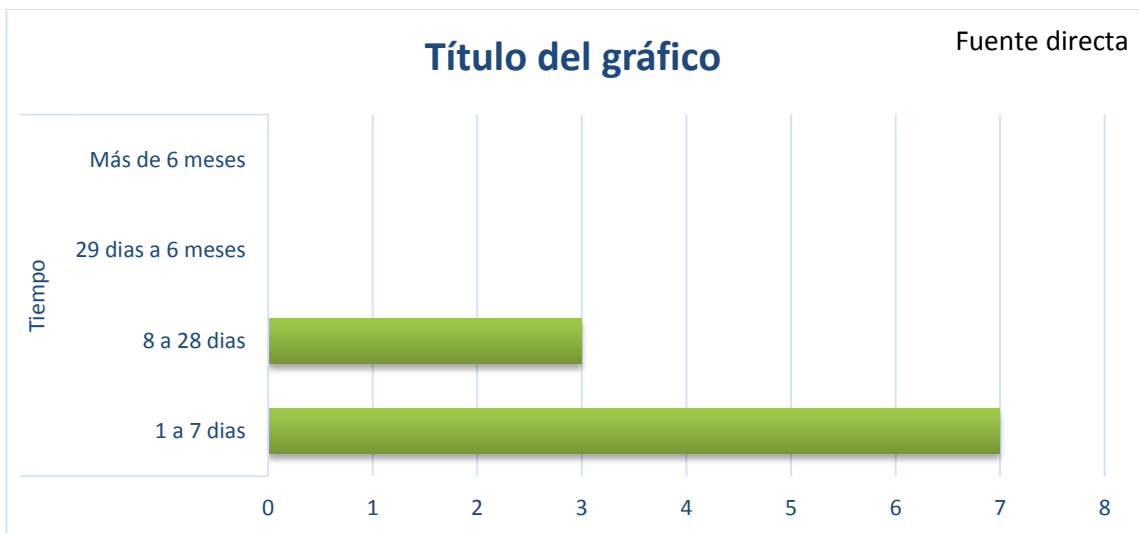
Las molestias de ATM son ruidos (3) y dolor (2). Esto podría relacionarse a estrés.



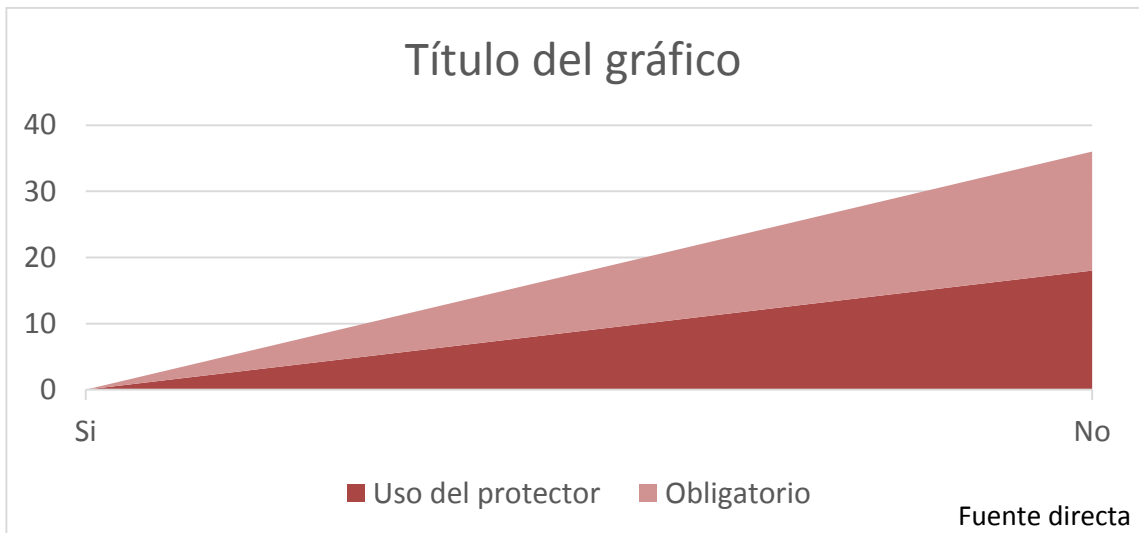
El 80% de las lesiones se produjeron por contacto con otro atleta y el 20% corresponde a las fracturas dentales, las cuales fueron por contacto con el fondo de la alberca.



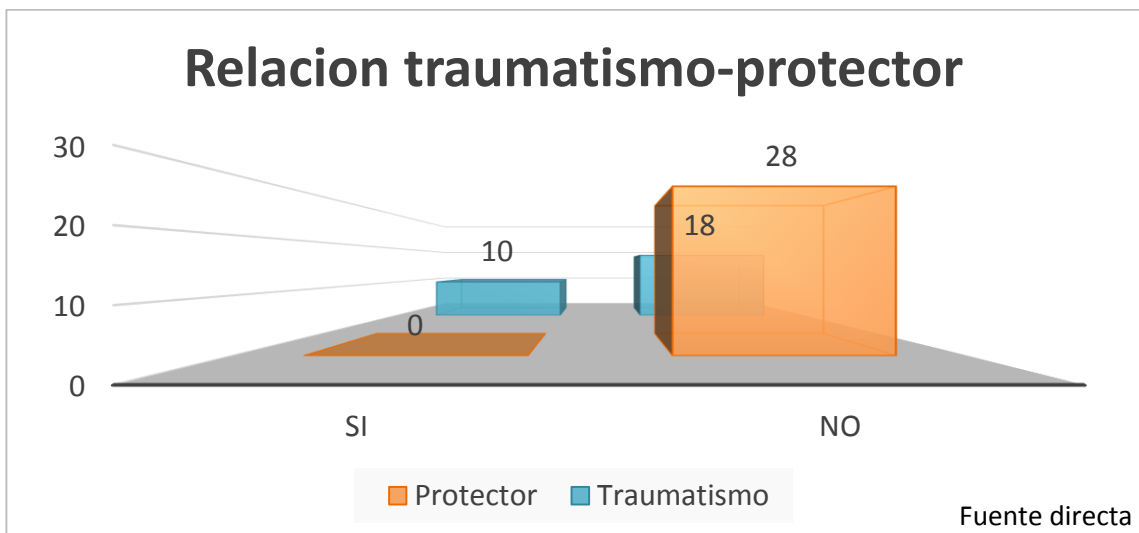
Todas las lesiones se produjeron en el tiempo de entrenamiento, esto se relaciona a que en entrenamiento los atletas comparten el carril para la práctica, y en competencia es exclusivo.



Por la gravedad de las lesiones solo se consideran transitorias las que más tiempo duraron fueron simples contusiones.

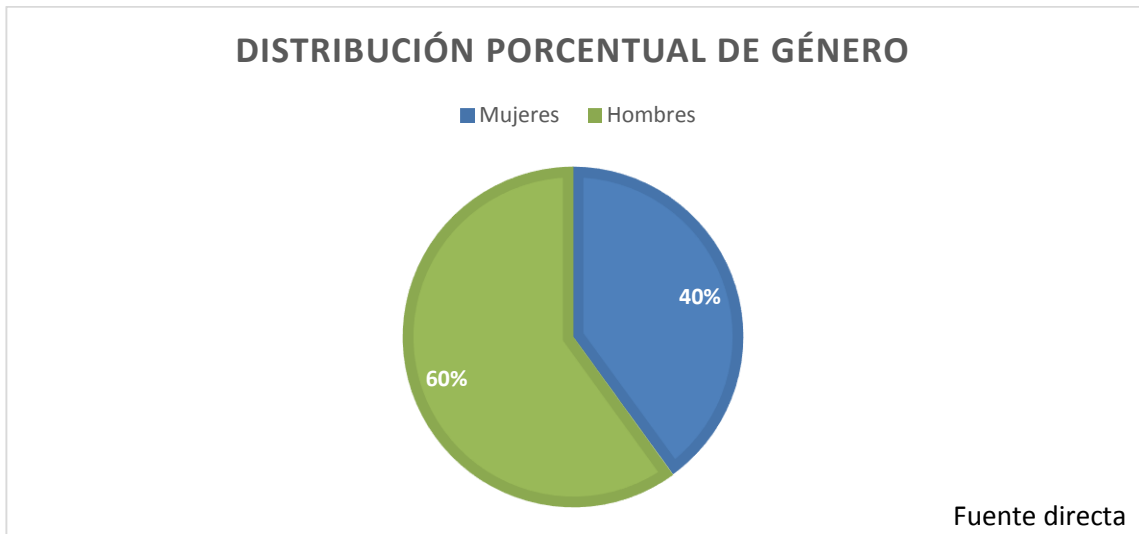


El uso del protector no es obligatorio por lo cual los deportistas no hacen uso del mismo.

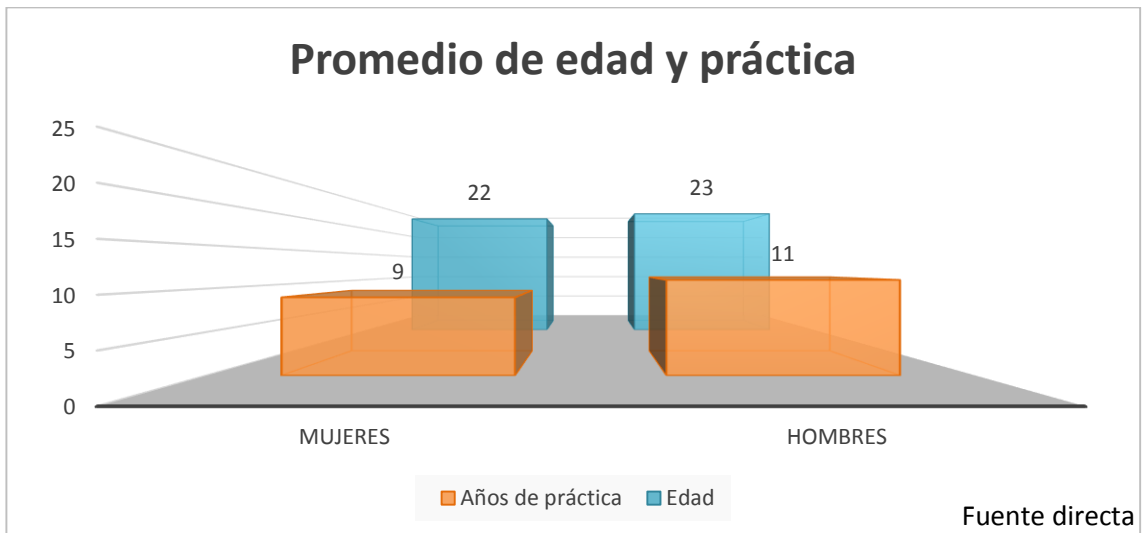


De los 28 encuestados solo 10 personas tuvieron algún tipo de trauma, todos estos no usan protector bucal.

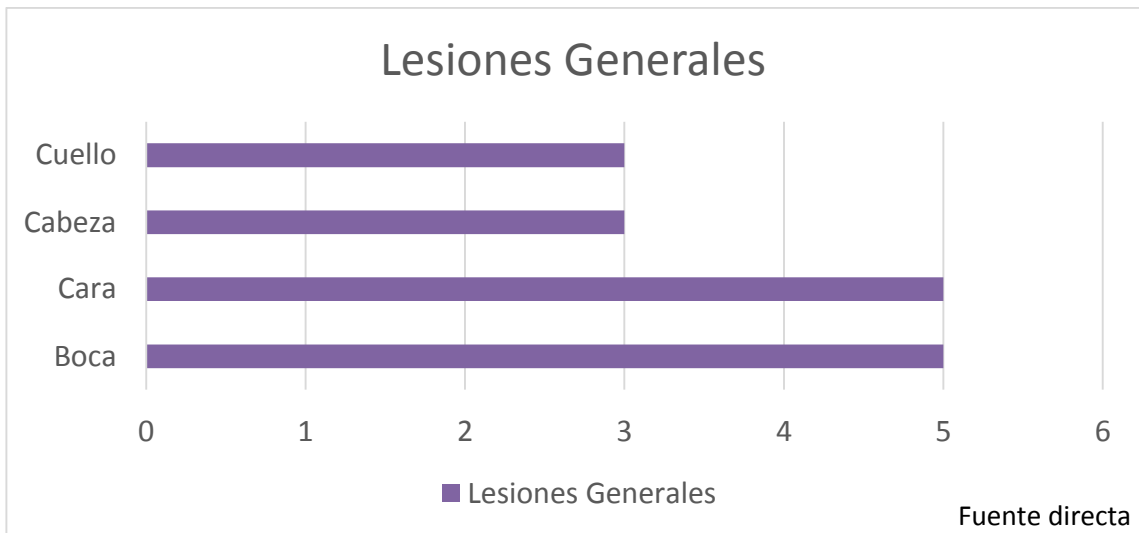
TAEKWONDO



Del total de los deportistas encuestados el 60% correspondió al género masculino y el 40% al femenino.



El promedio en mujeres 22 años de edad y 9 de práctica, en hombres fue de 23 años de edad y 11 de práctica.



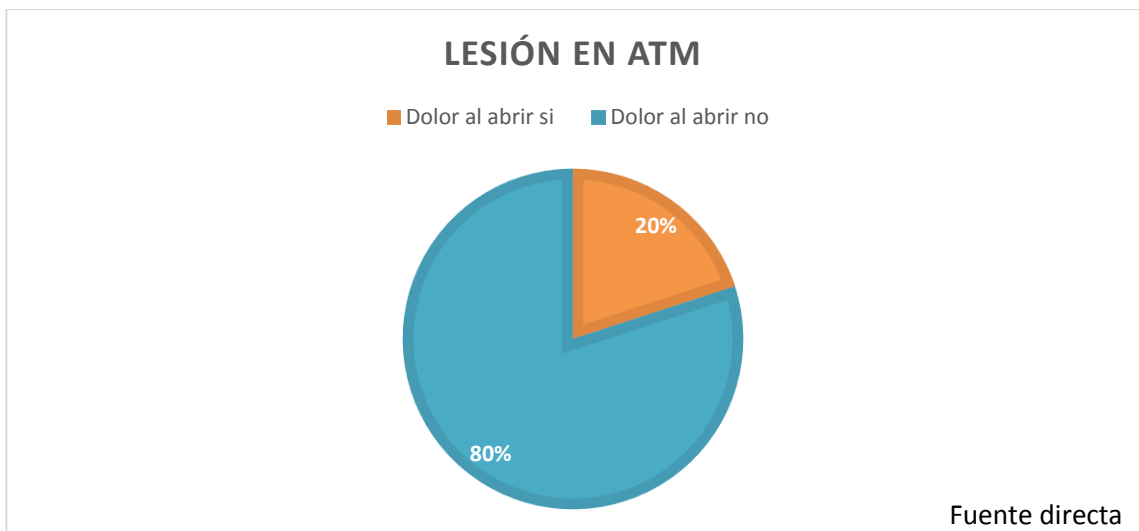
Se encontró buen número de lesiones en la zona de cabeza y cuello predominando las de cara y boca.



Fue en mandíbula donde se presentó el mayor número de lesiones, seguido por el área de cabeza y cuello. Estas lesiones son producidas por patadas, lo que incrementa la fuerza del golpe.



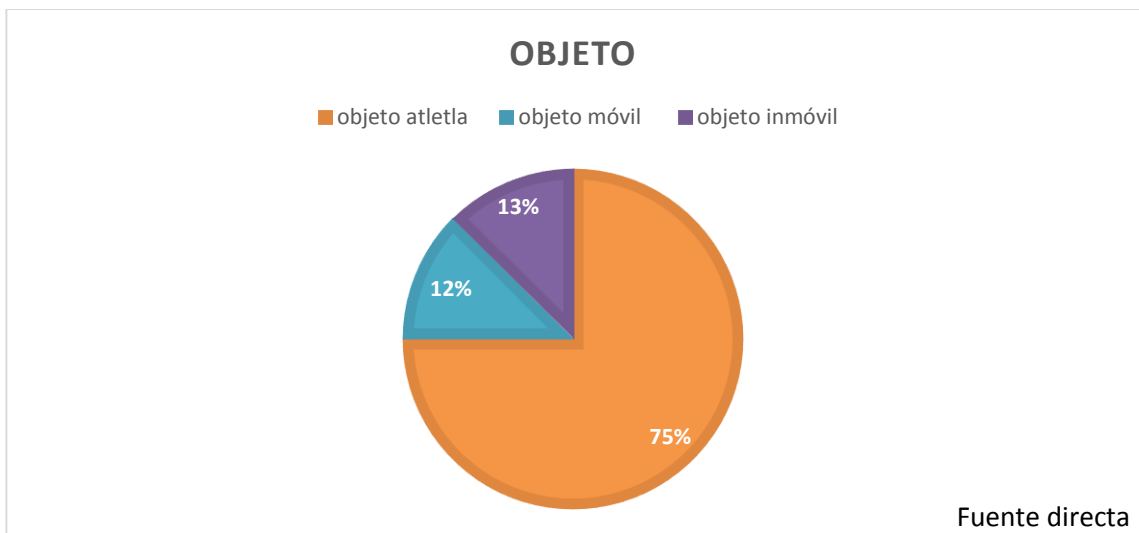
Se encontraron contusiones no graves, la lesión de articulación y dislocación corresponden a la mandíbula, y la herida es del labio.



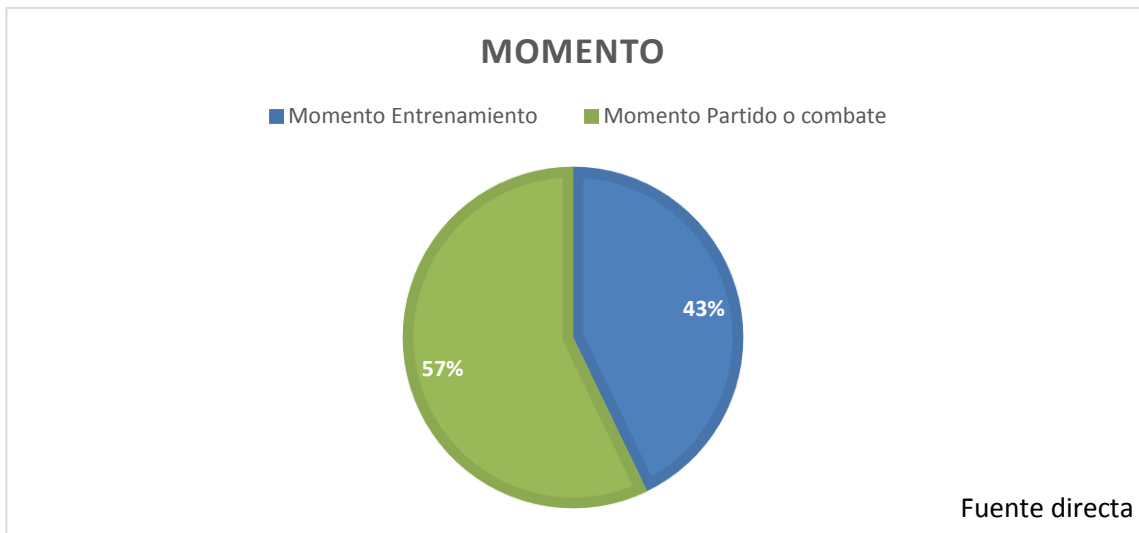
Solo el 20% de los atletas presentan lesión en la ATM.



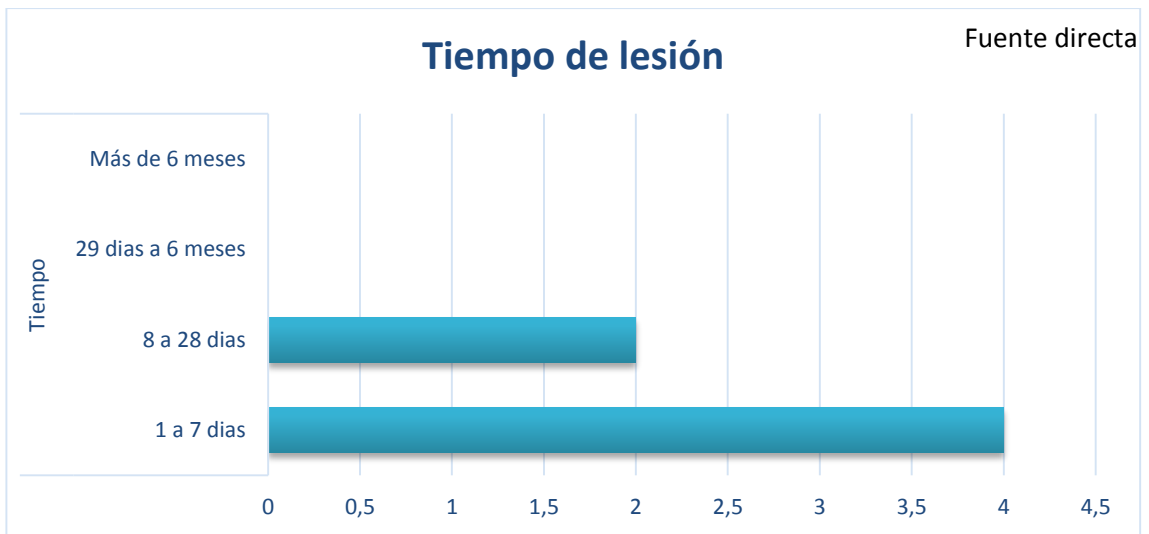
Las dos personas con lesión de ATM indican que una tiene dolor, a la otra persona “se le traba” la mandíbula.



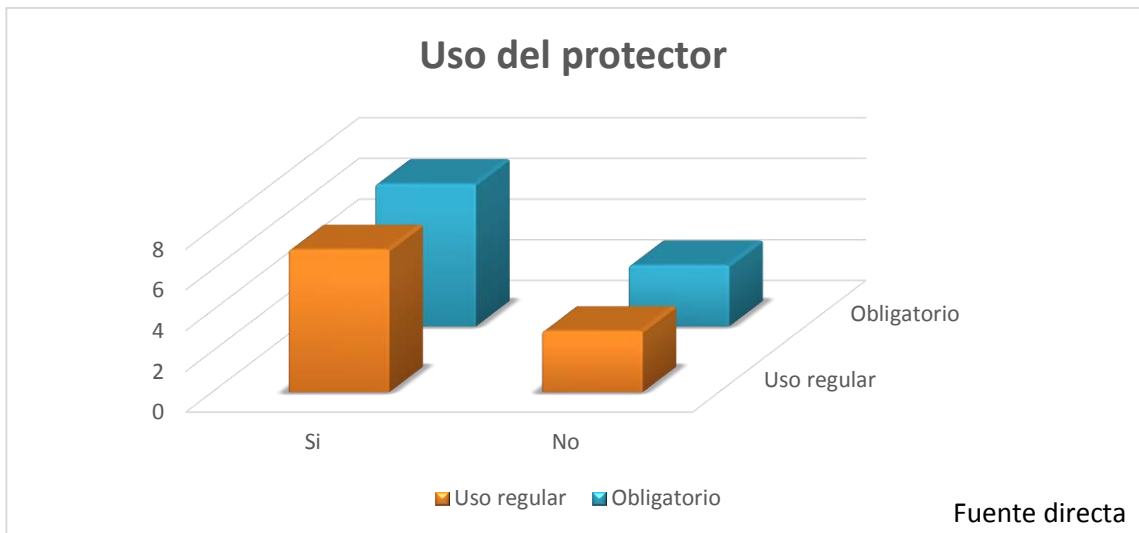
La mayoría de las lesiones fueron producidas contra otro atleta.



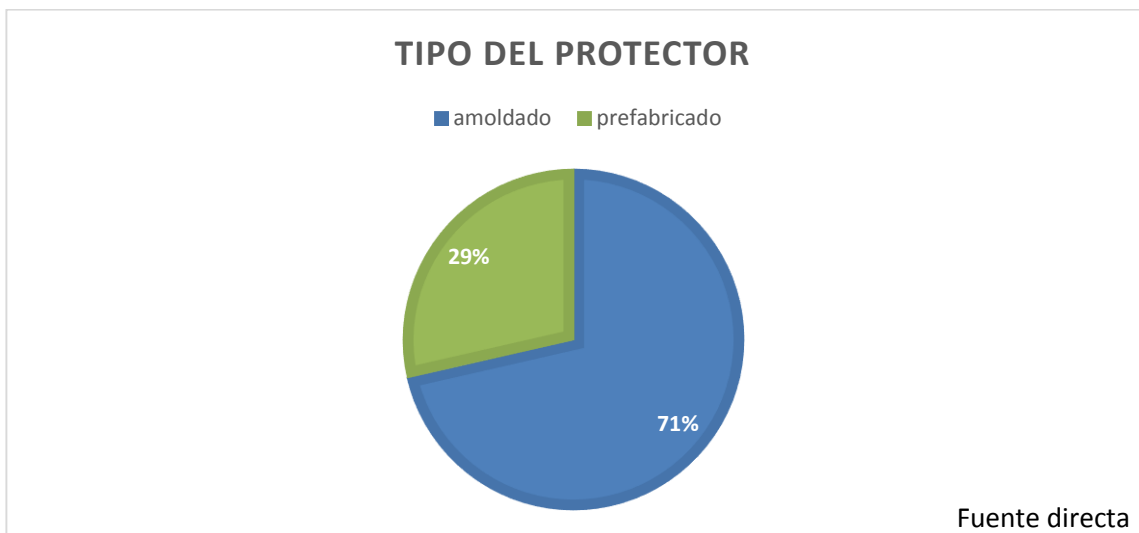
El porcentaje del momento es casi el mismo esto es importante ya que si estos atletas no usan el protector durante el entrenamiento son propensos a sufrir una lesión importante.



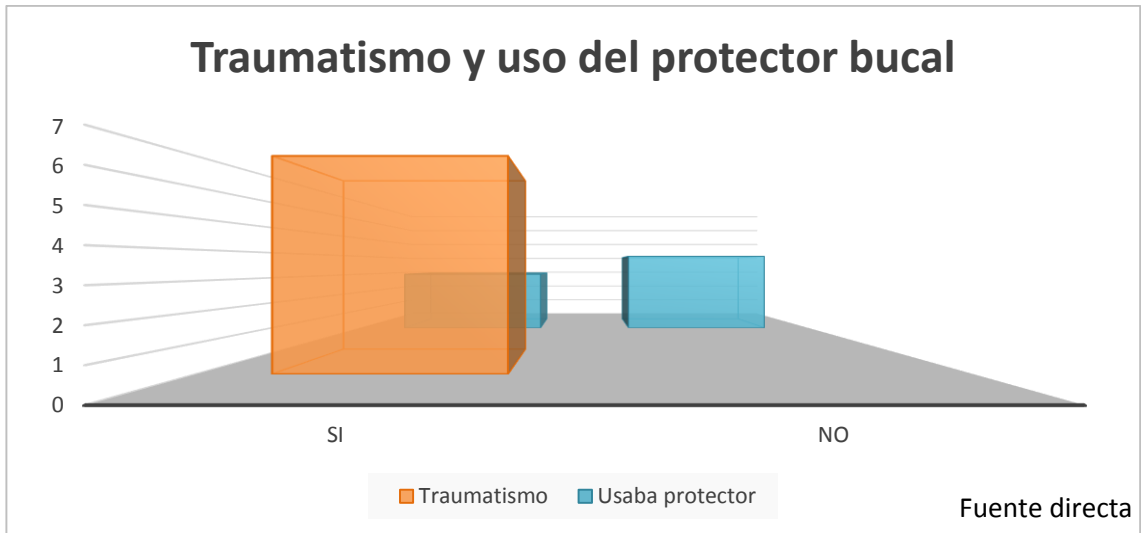
Las lesiones fueron transitorias por ser contusiones.



El uso del protector en esta práctica es de uso riguroso y obligatorio en competencias y prácticas. El no uso regular corresponde proporcionalmente a los que dicen no ser obligatorio esto puede ser resultado del desconocimiento.

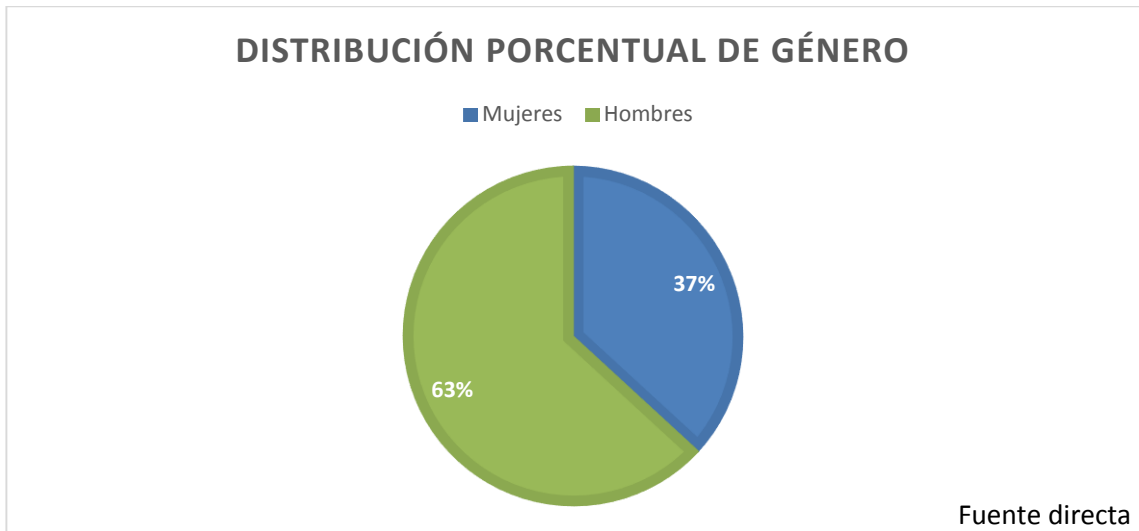


En términos generales existe mayor numero de protectores bucales de tipo amoldado que prefabricado.

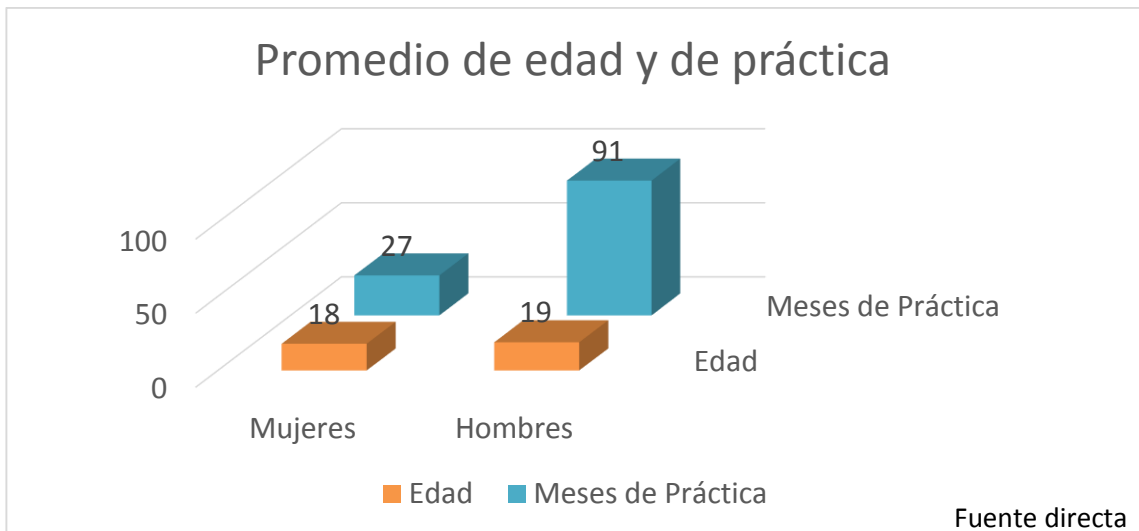


De las 7 personas que aseguran haber tenido un traumatismo solo 3 usaban protector bucal a la hora del mismo, el resto no.

WATERPOLO

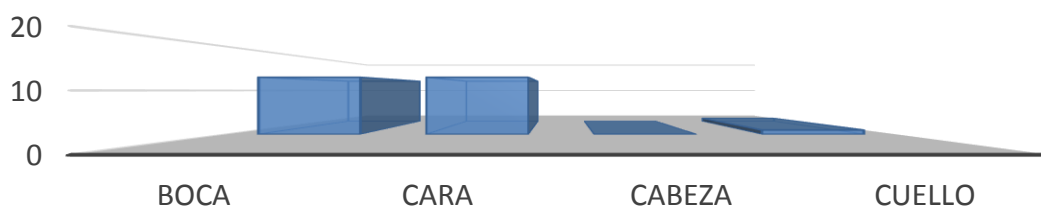


La práctica de este deporte se ve en una razón 1:2 predominando los hombres.



El promedio de edad es prácticamente el mismo 18 años para mujeres, 19 años para los hombres, sin embargo en los meses de practica existe una gran diferencia el promedio en años para mujeres es de 2.25 años y en hombres 7.6 años, marcando la diferencia de 5.3 años

Lesiones en cara, cabeza y cuello.



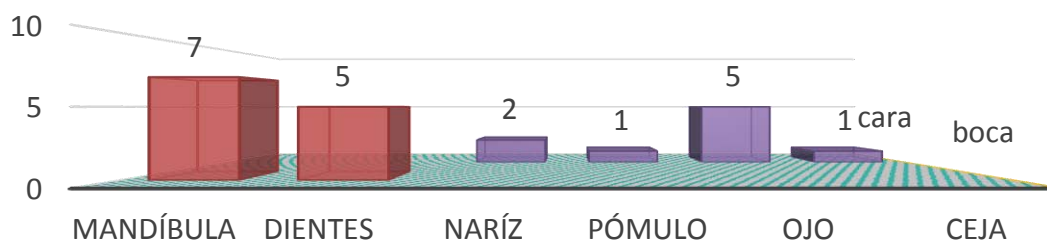
	Boca	Cara	Cabeza	Cuello
■ Serie 1	13	13	0	1

■ Serie 1

Fuente directa

Las lesiones en este deporte fueron extensas, aunque no parezca ser un deporte de contacto cuerpo a cuerpo lo termina siendo por la intensidad de los juegos y entrenamientos. Predominaron las lesiones en boca y cara.

Lesiones específicas



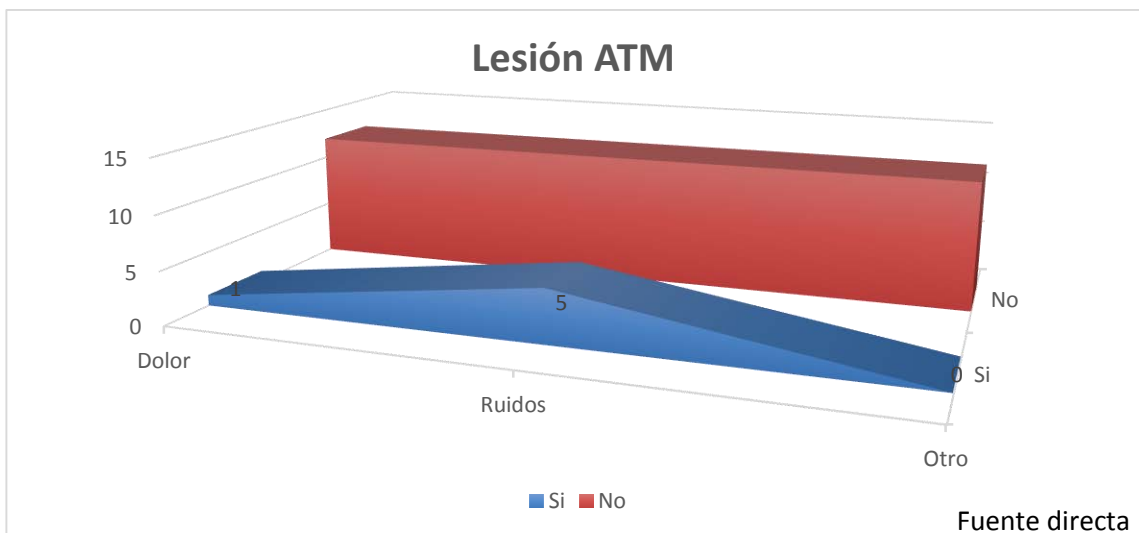
■ boca ■ cara

Fuente directa

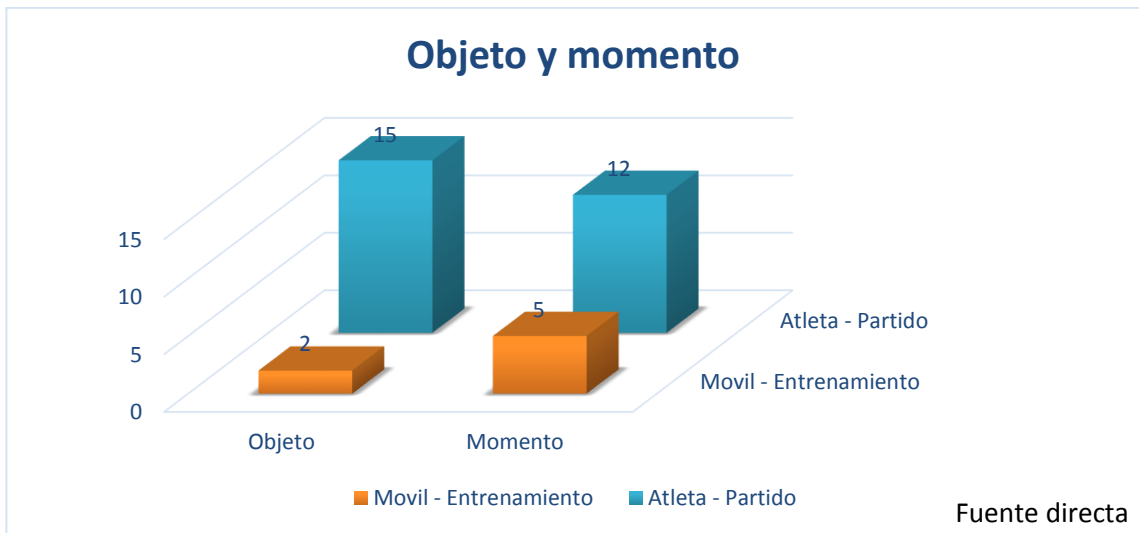
La parte más afectada del macizo facial fue el tercio inferior, así la mandíbula y dientes fueron los más golpeados, sobretodo ya que no cuentan con una protección adecuada



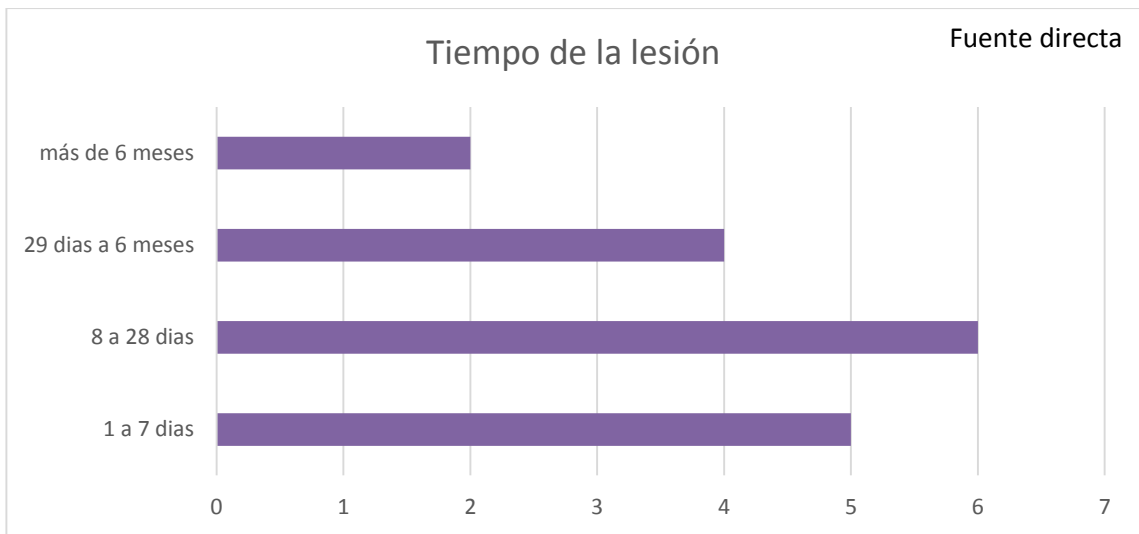
El tipo de lesión más frecuente fue la contusión, seguido por la dislocación de mandíbula. En este deporte se encontró una fractura y una avulsión dental.



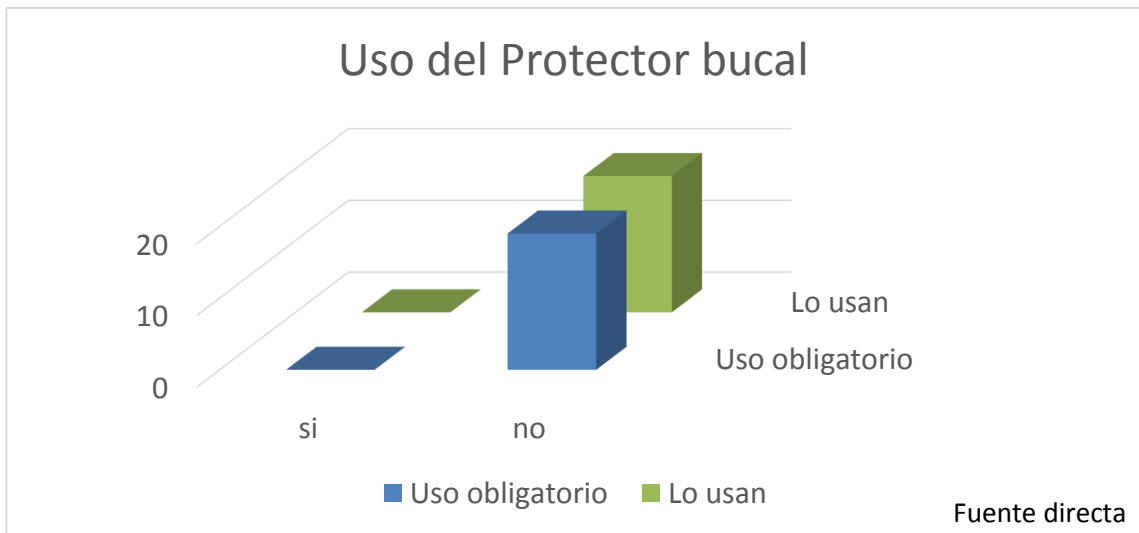
Seis personas presentaron molestia al abrir, la relacionaron directamente a un golpe en la mandíbula, una persona presentaba dolor y los cinco restantes ruidos o chasquidos al abrir.



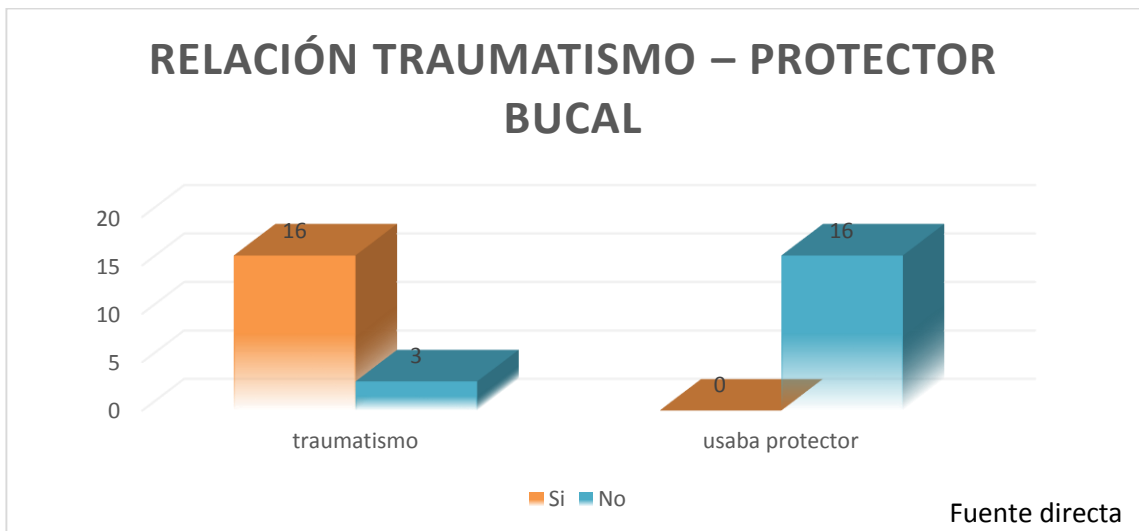
La frecuencia de las lesiones muestra que es más común que tengan contacto con un atleta que con un objeto móvil como el balón, y en el momento que más se sufre de esto es durante el partido.



Las lesiones aquí fueron más extensas en tiempo de recuperación, predominan las de 8 a 28 días de recuperación, las de 29 días a 6 meses y más de 6 meses corresponden a las lesiones de articulación temporomandibular.



Debido a que el uso del protector bucal no es obligatorio, los deportistas no tienen la precaución de usar el mismo, solo una persona de este grupo de atletas tiene un protector el cual fue diseñado por un odontólogo, a pesar de que tuvo avulsión del central dice no usarlo porque es incómodo.



Solo 3 atletas no tuvieron un traumatismo orofacial, de los 16 que si lo han sufrido ninguno portaba un protector bucal.

8 CONCLUSION

De los deportes examinados las principales lesiones se encuentran en nariz, mandíbula y fracturas dentales. Los atletas utilizan ciertos protectores bucales en algunos deportes, pero los portan solamente en competencias y es en los entrenamientos donde se sufren los traumatismos más importantes porque no se exige el uso de los mismos.

La prevalencia de lesiones es básicamente la misma tanto en género femenino como en masculino. Entre los deportes donde se sufre mayor cantidad de lesiones se encuentran Waterpolo, Taekwondo y Llama. Pese que fueron los mismos tipos de traumatismo, el impacto fue considerablemente mayor en el waterpolo por la carencia de protección y exceso de fuerza.

El cirujano dentista debe crear conciencia sobre la salud bucodental a todos los pacientes, en este caso los atletas, esto se puede realizar con medios audiovisuales como trípticos, presentaciones y videos para su difusión.

Concientizar al paciente deportivo sobre la integridad dental, no sólo es cuestión de estética, sino de salud general. El resultado de un buen estado de salud repercutirá directamente en su desempeño físico y mental.

9 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/6892/1/FCHE-CFSEMI-271.pdf>
2. http://www.usfx.bo/nueva/Dicyt/Handbooks/Ciencias%20de%20la%20Salud_2/Ciencias%20de%20la%20Salud_Handbook_Vol%20II/PAPERS_29/articulo_20.pdf
3. <http://www.efdeportes.com/efd138/concepto-y-clasificaciones-del-deporte-actual.htm>
4. http://activate.gob.mx/Documentos/02_Programa_Nacional_Cultura_F%C3%ADsica_Deporte.pdf
5. <http://madriddental.es/la-odontologia-deportiva-cobra-importancia/>
6. https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=N90-v1YFDq0C&oi=fnd&pg=PA9&dq=historia+del+deporte&ots=WOH0H8jlvB&sig=MzT4ka-NZ_DMxgksZFQQ_3i7dSg#v=onepage&q=historia%20del%20deporte&f=false
7. http://deportes.about.com/od/Historia_del_deporte/a/Comite-Olimpico-Internacional.htm
8. <http://www.fuerzaycontrol.com/origen-los-juegos-olimpicos-modernos-baron-pierre-de-coubertin/>
9. <http://elnacional.com.do/la-historia-de-los-juegos-olimpicos-de-invierno/>
10. http://www.paralimpicos.es/publicacion/5SC_juegos/267SS_juegosparal.asp
11. <http://www.efdeportes.com/efd73/pelota.htm>
12. <http://www.mexicomaxico.org/dadivas/charrería.htm>
13. <http://martinmendozaruiz.blogspot.mx/2012/02/instituto-de-educacion.html>
14. <http://cnar.gob.mx/>
15. https://www.ecured.cu/El_boxeo_en_la_historia

16. https://www.ecured.cu/El_boxeo_en_la_historia
17. <http://www.deportes.unam.mx/disciplinas/judo.php>
18. <http://www.cnar.gob.mx/judo.html>
19. <http://www.juegosyolimpicos.com/la-historia-del-judo/>
20. <http://www.fedmexlimalama.com.mx/>
21. <http://www.fundacionunam.org.mx/deportes/el-lima-lama-conoces-este-arte-marcial/>
22. <http://conadeb.conade.gob.mx/Documentos/Publicaciones/Natacion.pdf>
23. <http://www.pucmmsti.edu.do/websise/estudiante/materias/201120122/ST-DEP-104-T-001/Historia%20de%20la%20natacion.pdf>
24. <https://taekwondoblackbelt.files.wordpress.com/2012/01/taekwondo-cd-obregon-historia-del-taekwondo2.pdf>
25. <http://www.femextkd.net/index.php/secciones/historia-del-tkd-en-mexico>
26. <http://www.deportes.unam.mx/disciplinas/taekwondo.php>
27. <http://www.efdeportes.com/efd155/el-origen-y-la-historia-del-waterpolo.htm>
28. http://www.waterpolocr.com/wp-content/files/Historia_Waterpolo.pdf
29. Chiapasco Matteo. Procedimientos de Cirugía Oral, respetando la Anatomía. 1ª Edición. Editorial Amolca., Venezuela 2009
30. Solé F, Muñoz F. Cirugía bucal para pregrado y odontólogo general, bases de la cirugía bucal. 1ª Edición. Editorial Amolca, Chile 2012.
31. <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/traumaxi.pdf>
32. <http://lrubio.es/Facial/>

10 ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SEMINARIO DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA



NOMBRE: _____ EDAD:
DEPORTE: _____ GÉNERO: M F
TIEMPO DE PRACTICA: AÑOS MESES
ESCOLARIDAD: 1) Primaria 2) Secundaria 3) Bachillerato 4) Licenciatura 5) Otro: _____

CUESTIONARIO

- ¿Tu salud bucal es?
- 1) Excelente 2) Buena 3) Regular 4) Mala
- ¿Has recibido orientación del uso del cepillo dental, pasta, hilo dental y/o enjuague bucal?
- 1) Sí 2) No
- ¿Con que frecuencia aseas tu boca?
- 1) 3 veces o más al día 2) 2 veces al día 3) 1 vez al día 4) Ninguna
- ¿Qué productos utilizas y con qué frecuencia?
- 1) Cepillo dental 2) hilo dental 3) enjuague A) Siempre B) A veces C) Nunca
- ¿Cada cuánto vas al dentista?
- 1) 3 o más veces al año 2) 2 veces al año 3) 1 vez al año 4) nunca
- ¿Cuándo asistes es por?
- 1) Revisión 2) Limpieza 3) Caries 4) Dolor 5) Otro: _____
- ¿Cuándo te cepillas te sangran las encías?
- 1) Sí 2) No
- ¿Sientes que alguno de tus dientes se mueve?
- 1) Sí 2) No
- ¿Estás en tratamiento de Ortodoncia?
- 1) Sí 2) No
- ¿Notas algún cambio de color (negro) en tus dientes?

¿Tienes Dolor o alguna molestia al abrir la boca?

1) Sí 2) No A) Dolor B) ruidos C) inflamación D) Otro: _____

¿Tienes Dolores de Cabeza frecuentes?

1) Sí 2) No

¿Tienes dolor o problemas de oído?

1) Sí 2) No

¿Usas algún protector bucal cuando practicas tu deporte?

1) Sí 2) No

¿Es de uso obligatorio?

1) Sí 2) No

¿Dónde adquiriste tu protector bucal?

1) Tienda deportiva 2) Supermercado 3) Odontólogo 4) Otro: _____

¿Requirió que le amoldaras a tus dientes?

1) Sí 2) No

¿Has sufrido algún accidente mientras practicabas o competías en tu deporte?

1) Sí 2) No

¿Esta lesión fue en Cara y/o Boca? Especificar el lugar

1) Sí 2) No Donde: _____

Puedes especificar que lesión fue: _____

¿Cuándo sucedió el accidente, usabas tu protector bucal?

1) Sí 2) No

¿Notas que tus dientes están desgastados?

1) Sí 2) No

¿Sabes la razón o consideras que esté relacionado a?

1) Estrés 2) Deporte 3) Otro: _____

¿Cuándo despiertas presentas dolor o molestia en los músculos de la cara?

1) Sí 2) No Especifica: _____

¡¡¡MUCHAS GRACIAS POR TU APOYO!!!

Localización	Boca		
Tipo	Cara		
Mecanismo	Cabeza	Cuello	Abrasión o contusión
Severidad	Lesión en articulación	Dislocación	
Momento	Fractura	Otra	
Mecanismo	Traumática	Contacto con	Otro atleta
Mecanismo	Traumática	Sin contacto	Objeto móvil
Mecanismo	Traumática	Sin contacto	Objeto inmóvil
Mecanismo	Sobreuso		
Severidad	Leves de 1 a 7 días		
Severidad	Moderadas de 8 a 28 días		
Severidad	Serias de 29 días a 6 meses		
Severidad	Periodo largo más de 6 meses		
Momento	Entrenamiento		
Momento	Partido		