



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**PREVALENCIA DE LESIONES BUCALES Y CARIES  
DENTAL EN PACIENTES ADSCRITOS AL C.A.I.S.  
“CORUÑA HOMBRES”.**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**

**C I R U J A N A   D E N T I S T A**

**P R E S E N T A:**

**BERENICE LARA GONZÁLEZ**

**TUTORA: Mtra. ARCELIA FELÍCITAS MELÉNDEZ OCAMPO**

**ASESOR: Mtro. ISRAEL MORALES SÁNCHEZ**



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.



## Agradecimientos:

A Ti Señor Jesucristo. Gracias porque Tú has estado conmigo en todo el transcurso de la carrera porque cuando sentía caer en medio de mis dificultades en Ti me hacía fuerte, siempre me has impulsado para salir adelante, me has permitido alcanzar éste gran sueños y contigo vamos por más porque todo lo puedo en Ti que me fortaleces. Tú eres todo para mí y no solo te considero como mi Padre y DIOS sino como mi amigo. Quiero decirte que te amaré por siempre.

A mis padres: gracias por todo el apoyo que me han dado desde que era niña porque ustedes han sido un instrumento en las manos de DIOS para educarme y alcanzar éste sueño que no fue fácil pero estuvieron empujándome hasta lograrlo. Andrés, gracias porque también me motivaste de seguir adelante, y a pesar de ser mi hermano menor he aprendido mucho de ti.

Lic. Juan José y Lic. Israel: fue un año que estuve con ustedes en el C.A.I.S., pero viendo su forma de tratar a cada uno de los pacientes, créanme que me hicieron admirarlos porque yo veo en ustedes una actitud de servicio a las personas que tratan en ese lugar y el apoyo que recibí de ustedes fue mucho para poder desarrollar mi servicio social y mi tesina.

A todo el personal de “Coruña Hombres”, gracias porque el año que estuve con ustedes durante mi servicio social tuve todo su apoyo trabajando muy a gusto desde el primer día que llegué, y no solo eso sino que aprendí mucho de ustedes.

Dra. Aideè: también a usted le quiero agradecer por el apoyo que me brindó cuando estuve realizando mi servicio dentro de éste centro de “Coruña Hombres”, porque usted me enseñó a tratar a éste tipo de pacientes.

Dra. Arcelia y Dr. Israel: Gracias por que me brindaron parte de su tiempo para asesorarme y obtener nuevos conocimientos.

A todos los profesores que transmitieron de su conocimiento durante todo el transcurso de la carrera y de su paciencia.



A mi Facultad de Odontología que fue el lugar donde pude obtener el conocimiento y la práctica para poder desarrollarme profesionalmente y no sólo eso, sino el tratar a cada paciente como personas que son atendidos con respeto y responsabilidad.

A todos los usuarios de “Coruña Hombres”, gracias por tener la confianza de haberse dejado atender por mí, ustedes son unas personitas muy lindas y agradables.

A mis pastores Sergio, Aida, Sadot y Diana, gracias porque nos tendieron la mano cuando lo necesitamos al habernos permitido vivir un tiempo en su casa y enseñándonos con disciplina a alcanzar metas que nunca terminan y siempre buscando más arriba tomados de la mano de nuestro DIOS .



## INDICE

	Página
1. INTRODUCCIÓN	5
2. ANTECEDENTES	7
2.1 EPILEPSIA	
2.2 TRASTORNO BIPOLAR	12
2.3 ESQUIZOFRENIA	16
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	39
4. JUSTIFICACIÓN	
5. OBJETIVOS	
1.1 General	
2.2 Específicos	
6. METODOLOGÍA	40
6.1 Material y método	
6.2 Tipo de estudio	42
6.3 Población de estudio	
6.4 Muestra	
6.5 Criterios de inclusión	
6.6 Criterios de exclusión	43
6.7 Variables de estudio	
6.8 Variable independiente y variable dependiente	
6.9 Operacionalización de las variables	
6.10 Análisis de la información	
7. Resultados	44
8. Conclusiones	51
9. Referencias Bibliográficas	53
Anexos	56



## **1. INTRODUCCIÓN**

La discapacidad intelectual (DI) es una condición compleja que lamentablemente no ha despertado gran interés en el área médica ni en las ciencias de la salud, llevando así mismo que caiga gran parte de la responsabilidad de estos pacientes sobre las áreas de la educación, servicio social y el voluntariado, debiendo ser un área de estudio y de acción prioritaria en el campo de la salud.

Algunas razones para que exista un escaso interés es que aún no ha habido un consenso internacional sobre una definición clara de la inteligencia, los costos para el sistema de salud pública para las familias y para la sociedad en general o debido a las complicaciones de salud relacionadas con ella, sin embargo, la DI ha recibido una variable atención en los países desarrollados a través de la caridad para lograr un mejor desarrollo socioeducativo.

Es necesario entender que existen personas con necesidades especiales en todo el mundo, así es que más que tratar una enfermedad es necesario que la conducta de los profesionales de la salud sea volcada a la humanización de la atención hacia el paciente teniendo en cuenta los objetivos con relación al proceso salud-enfermedad, que es la sanidad.

La salud en general es principalmente un completo bienestar mental, físico y social; y no es considerada solamente como una ausencia de enfermedad o dolencia. Sin embargo la conexión entre las relaciones sociales y la salud varía durante el curso de la vida.

El odontólogo debe ser capaz para identificar cuando el paciente presenta alguna enfermedad neurológica o psiquiátrica, y por lo tanto la

relación del odontólogo con paciente sea positiva deberá basarse en el respeto, confianza, comprensión, cooperación y empatía mutua, con el



objeto de promover el bienestar del paciente quien necesita de su ayuda, ya que él es incapaz de cuidarse por sí mismo obligándose a buscar ayuda competente y a cooperar con quienes lo cuidan.

Las enfermedades neurológicas y psiquiátricas tienen una gran importancia en la atención odontológica por diversas razones como: una alta incidencia y prevalencia que tienen entre la población general, ser mayormente predisponentes a presentar patologías y traumas bucodentales y por la dificultad de manejo clínico hacia algunos de estos pacientes, principalmente los de estadios avanzados y los que están mal controlados. Es de suma importancia conocer las frecuentes manifestaciones bucales en ésta población de pacientes, con el fin de realizar un tratamiento adecuado, ya que muchos pacientes no se preocupan por sí mismos incluyendo el cuidado de la salud bucal.



## **2. ANTECEDENTES**

### **2.1 MARCO TEÓRICO**

La OMS define a la salud mental como un estado de bienestar donde las personas tienen conciencia de sus propias habilidades, que por lo tanto son capaces de enfrentar el estrés normal de la vida, obtener un trabajo productivo y fructífero y contribuir en su comunidad. Implica de la misma forma el respeto por los derechos humanos conciencia pacífica, tener la capacidad de tomar decisiones por sí mismos y tienen esa lucha continua para alcanzar metas.<sup>13</sup>

La discapacidad intelectual es considerado como un factor que puede afectar la salud de las personas, debido a que lleva a tener limitaciones en la inteligencia con una disfunción cognitiva que les impide desarrollar habilidades y prácticas sociales ya que existe un vínculo entre las relaciones sociales con el estado de salud de las personas.<sup>13, 26,27</sup>

### **EPILEPSIA (CRISIS CONVULSIVAS GENERALIZADAS)**

Las crisis epilépticas son la expresión clínica de una alteración funcional cerebral autolimitada, debida a una actividad anómala y excesiva de neuronas corticales, que producen descargas eléctricas sincrónicas. Las etiologías son diversas, pero comparten mecanismos de excitabilidad y falta de inhibición neuronal, que dan lugar a los fenómenos de sincronización y reclutamiento neuronal, que dan lugar a los fenómenos de sincronización y reclutamiento neuronal propios de las crisis epilépticas. La semiología de las crisis está relacionada con la función de las neuronas afectadas,





tanto en el inicio como en la propagación de esta descarga eléctrica normal.<sup>20</sup>

## **CARACTERÍSTICAS**

Son originados en ambos hemisferios cerebrales, pero no se debe excluir por completo la existencia de una región focal, de actividad normal, que inicia la crisis antes de una rápida generalización secundaria.<sup>1</sup>

## **ETIOLOGÍA**

- ❖ Traumatismos craneales penetrantes graves.
- ❖ Lesiones cerebrales traumáticas graves.
- ❖ Accidentes cerebrovasculares.
- ❖ Infecciones.
- ❖ Anomalías genéticas.
- ❖ Anomalías del desarrollo
- ❖ Tumores intracraneales
- ❖ Hipoglucemia
- ❖ Supresión de fármacos
- ❖ Procesos febriles
- ❖ Epilepsia idiopática<sup>1,7</sup>



## **MANIFESTACIONES CLÍNICAS**

Fase tónica: Inicia con una súbita pérdida de la conciencia y una rigidez generalizada. El paciente cae con una contractura generalizada con retroversión ocular y midriasis intensa. Por la contractura tónica se produce una parálisis de los músculos respiratorios, llevando a una cianosis periférica progresiva. Al inicio de la crisis la contractura tónica puede venir precedida de un aura, donde el paciente percibe como una alteración sensorial momentánea, un olor no habitual o incluso un trastorno habitual seguido de una espiración prolongada, que sumada a una contractura de los músculos de la glotis, presenta un grito característico (*grito epiléptico*). Ésta fase dura entre 10 y 30 segundos.

Fase clónica: Se observan sacudidas generalizadas, simétricas de tipo clónico. Al inicio se observa un temblor rápido que se superpone a la rigidez muscular de la fase tónica; conforme progresa la crisis, los movimientos clónicos van siendo más marcados y la rigidez tónica pasa a una atonía profunda. Las clonias se van haciendo poco a poco menos frecuentes y sincrónicas hasta que acaban de manera más o menos brusca. Ésta fase dura entre 30 y 60 segundos.

Periodo posictal: se presenta después de la fase clónica que se manifiesta por un coma profundo con respiración superficial, donde el paciente se recupera en forma gradual.

Hay muchas veces que el paciente no es consciente de la importancia de la adherencia al tratamiento otras veces, no quiere aceptar que debe tomar el medicamento por años y muchas veces para toda la vida por lo que decide suspender el tratamiento provocando la recurrencia de crisis y sus efectos psicosociales.<sup>5</sup>



Los epilépticos son los individuos más propensos a sufrir convulsiones en el entorno odontológico, ya que las situaciones de estrés pueden provocarlas hasta en los epilépticos bien controlados; por lo tanto hay que emplear los procedimientos adecuados para reducir el estrés y evitar el riesgo de que aparezca una convulsión durante el tratamiento.<sup>8,9,14</sup>

## **EPIDEMIOLOGIA**

La epilepsia es la alteración neurológica que presenta las más altas tasas de incidencia y prevalencia en el mundo, afecta el 1% de la población, el 33% de las personas con discapacidad intelectual y entre el 7-10% presenta síntomas psicóticos además el porcentaje aumenta con el incremento de la gravedad de la discapacidad intelectual. La incidencia es mayor en la primera infancia y al final de la vida adulta.<sup>1,4</sup>

**TABLA 1. MANIFESTACIONES BUCALES**

<b>Directas</b>	<b>Indirectas</b>	
	<b>Fármaco</b>	<b>Efecto secundario</b>
A. Pérdida de dientes	A. Fenitoina	A. Hiperplasia gingival, mayor incidencia de infecciones microbianas, retraso en la cicatrización, leucopenia, trombocitopenia, anomalías dentarias, eritema multiforme, úlceras, agranulocitosis
B. Dientes rotos	B. Carbamacepina	B. Leucopenia, trombocitopenia, xerostomía, mayor incidencia de infecciones microbianas, retraso en la cicatrización,
C. Hematomas	C. Ácido valproico	eritema multiforme, glositis, estomatitis, discinesias, síndrome de Stevens-Johnson
D. Laceraciones o cicatrices de la lengua.	D. Fenobarbital	C. Leucopenia, trombocitopenia, hemorragia excesiva, disminución de la agregación plaquetaria
E. Subluxación de la ATM	E. Primidona	
F. Mordedura de carrillo	F. Gabapentina	

		<p>(petequias), mayor incidencia de infecciones microbianas, retraso en la cicatrización,</p> <p>hiperplasia gingival, purpura D. Eritema multiforme</p>
--	--	--

Fuente: 2,8,19,20,21

**Figura 1. Hiperplasia gingival**



**Fig 2. Traumatismo**



**Fig. 3. Úlcera**



**Figura 5. Diente fracturado.**



**Figura 5. Fibroma**



**Figura 6. Granuloma piógeno**



## **TRASTORNO BIPOLAR**

Es un desorden químico en el cerebro, que se refleja en la conducta de la persona consigo misma y hacia los demás.

Normalmente los sentimientos, emociones y el estado de ánimo de las personas son reguladas por neurotransmisores que circulan por todo el cerebro encargados de llevar mensajes de una neurona a otra y de una zona específica del cerebro a otra; sin embargo cuando se desequilibran, provocan un caos y un desorden en la mente provocando en las personas alteraciones en sus emociones y en su estado anímico.<sup>16</sup>





## CARACTERÍSTICAS

El trastorno bipolar es considerado una enfermedad maniaco depresiva, que en una etapa aguda presenta deficiencia de memoria, disfunciones ejecutivas, atención y percepción visoespacial, y que además la velocidad psicomotora se puede volver crónica.

**Fase de manía:** consiste en la presencia de periodos de hiperactividad, euforia, aumento de la autoestima, grandiosidad, deficiencia de sueño, verborrea, fuga de ideas, distraibilidad, agitación psicomotora y excesiva participación en actividades placenteras

**Fase depresivo:** desesperanza, periodos de apatía, ansiedad y poca energía.<sup>7, 8,16.</sup>

Suelen presentar disfunción cognitiva en las 2 fases, pero incluso se han hecho investigaciones que han demostrado un deterioro neuropsicológico en periodos de eutimia donde existe un déficit persistente en la memoria de trabajo espacial y otras funciones prefrontales (regulación de respuestas emocionales, juicio, atención y funciones ejecutivas).<sup>29</sup>

<b>TABLA 2. CLASIFICACIÓN SEGÚN TIPOS DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR</b>	
<b>Pacientes bipolares puros</b>	<b>Pacientes bipolares combinados</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Trastorno físico-químico que afecta la mecánica o metabolismo del cerebro.</li><li>• En ausencia de crisis, son tranquilos, respetuosos, apacibles, dóciles, colaboradores con la familia</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trastorno físico-químico y alteraciones de la personalidad.</li><li>• Es permanente, exista o no la crisis, los pacientes son agresivos, impulsivos, manipuladores, enojones, rebeldes, insaciables, inseguros, descontentos con la</li></ul>

<p>y aceptan la enfermedad, se someten a la terapéutica farmacológica, acuden con regularidad al psiquiatra y, si son responsables con las recomendaciones del tratamiento del psiquiatra son menos propensos a que aparezca una crisis.</p>	<p>vida, creen tener siempre la razón, suelen tener la mente cerrada por lo que no aceptan que están mal y que necesitan tener cambios en sus actitudes y hábitos.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se necesita trabajar con sus dos partes alteradas: mecánica del cerebro (medicamentos adecuados); y la parte de la personalidad (terapias para reprogramar la mente)</li></ul>
--	---

## **TIPOS DE TRASTORNO BIPOLAR**

Todos los tipos de trastorno bipolar presentan cambios bruscos en el comportamiento y el humor sin que exista alguna relación con algún acontecimiento de su vida. Normalmente ocurre por factores biológicos y orgánicos de tipo endógeno pero no está exento de que algún acontecimiento externo lo desencadene.<sup>16</sup>

<b>Bipolar I</b>	Caracterizado por ataques de manía y depresión. Algunas personas comienzan con estados de manía que pueden durar semanas y posteriormente pasan a la etapa de la depresión que dura semanas o meses. Puede ocurrir inversamente en otros pacientes.
<b>Bipolar II</b>	Parecido a los síntomas maníacos y depresivos del bipolar I, pero los estados de manía son menos intensos que los estados depresivos (son considerados leves en comparación con el bipolar I).
<b>Bipolar mixto</b>	Presenta manifestaciones eufóricas y depresivas al mismo tiempo que se presentan el mismo día.
<b>Ciclado rápido</b>	Los pacientes bipolares I y II presentan cuatro o más recaídas al año, las crisis son más frecuentes.
<b>Ciclotimia</b>	Se caracterizan por presentar leves cambios en el estado de ánimo que suelen darse en pocos días o semanas. Los pacientes no se percatan de sus cambios de humor y acontecimientos de vida.

<b>Distimia</b>	Es un estado de depresión más tenue y menos grave, pero el paciente dura años con el padecimiento.
-----------------	--

## **EPIDEMIOLOGÍA**

Tiempo atrás se consideraba que éste trastorno no era frecuente en la población general, pero actualmente ha sido considerado que más del 1% de la población mundial presenta ésta enfermedad. Tiene su inicio entre los 20 y 30 años de edad pero muchos investigadores mencionan que aparece al término de la niñez o comienzos de la adolescencia por que manifiestan síntomas premorbosos. La prevalencia es semejante tanto en mujeres como en varones, pero las mujeres presentan más estados depresivos, mientras que los varones manifiestan estados maníacos.<sup>1</sup>

**TABLA 3. MANIFESTACIONES BUCALES**

Directas	Indirectas	
A. <u>Episodio depresivo.</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deficiencia de higiene bucal</li> <li>▪ Glosodinia</li> <li>▪ Malas reparaciones dentales</li> <li>▪ Lesiones orales autoprovocadas</li> </ul> B. <u>Episodio maniaco.</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abrasión dental (cepillado excesivo)</li> <li>▪ Úlceras o laceraciones gingivales (mal uso de seda dental)</li> </ul>	Fármaco	Efecto secundario
	A. Litio Otras alternativas <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Antiepilépticos</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Carbamazepina</li> <li>b) Ácido valproico</li> <li>c) Lamotrigina</li> <li>d) Gabapentina</li> <li>e) Topiramato</li> <li>f) Oxcarbacepina</li> </ul> </li> <li>• <u>Antipsicóticos</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>g) Olanzapina</li> <li>h) Risperidona</li> <li>i) Aripiprazol</li> <li>j) Clorpromacina</li> <li>k) Quetiapina</li> <li>l) Ziprasidona</li> </ul> </li> </ul> B. Ansiolíticos <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Diacepam</li> <li>b. Clordiazepóxido</li> <li>c. Oxazepam</li> </ul>	A. Estomatitis <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Leucopenia, trombocitopenia, xerostomía, mayor incidencia de infecciones microbianas, retraso en la cicatrización, eritema multiforme, glositis, estomatitis, discinesias, síndrome de Stevens-Johnson</li> <li>b) Petequias, mayor incidencia de infecciones microbianas, retraso en la cicatrización, hemorragia excesiva, leucopenia y trombocitopenia, hiperplasia gingival,</li> </ul>





	<ul style="list-style-type: none"> <li>d. Lorazepam</li> <li>e. Alprazolam</li> <li>f. Buspirona</li> <li>g. Ispirona</li> <li>h. Gepirona</li> <li>i. Bromacepam</li> <li>j. Clobazam</li> <li>k. Clonacepam</li> <li>l. Cloracepato</li> <li>m. Halacepam</li> <li>n. Ketazolam</li> <li>o. Hidroxizina</li> <li>p. Propanolol</li> </ul> <p>C. Antidepresivos MAO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Fenelzina</li> <li>b. Tranilcipromina</li> <li>c. Isocarboxazida</li> </ul> <p>D. Antidepresivos tricíclicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Amoxapina</li> <li>b. Maprotilina</li> </ul> <p>E. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Fluoxetina</li> <li>b. Sertralina</li> <li>c. Paroxetina</li> </ul> <p>F. Antidepresivo atípico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Bupropión</li> <li>b. Trazodona</li> <li>c. Nefazodona</li> </ul>	<p>purpura.</p> <p>c) Síndrome de Stevens-Johnson, leucoplasia vellosa oral.</p> <p>d) No presenta</p> <p>e) No presenta</p> <p>f) Hiperplasia gingival</p> <p>g) Temblores periorales, discinesia tardía, distonía muscular aguda</p> <p>h) Temblores periorales, discinesia tardía, distonía muscular aguda.</p> <p>i) No presenta</p> <p>j) No presenta</p> <p>k) Temblores periorales, discinesia tardía, distonía muscular aguda.</p> <p>l) No presenta</p> <p>B. Xerostomía</p> <p>C. Xerostomía</p> <p>D. Xerostomía (caries, afatas, etc.), sabor desagradable, eritema.</p> <p>E. Xerostomía, leucopenia.</p>
--	---	--

Fuente. 2,5,7

## **ESQUIZOFRENIA**

Enfermedad o grupo de trastornos caracterizada por alteraciones de tipo cognoscitivo, afectivo y del comportamiento, produciendo desorganización severa del funcionamiento social. <sup>15</sup>

### **CARACTERÍSTICAS**

Aún no está clara la causa de la esquizofrenia, pero si hay diferencias entre el SNC de los esquizofrénicos con una persona sana.

El paciente esquizofrénico está caracterizado al tener la presencia de diversos síntomas <sup>18, 15</sup>



Positiva	Negativa	Desorganizado
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>Trastornos perceptivos:</u></b> alucinaciones de tipo auditiva, visual y somática.</li> <li>• <b><u>Trastornos ideativos:</u></b> ideas y percepción delirante.</li> <li>• <b><u>Experiencia de pasividad:</u></b> _____ sus emociones, acciones, pensamientos no son vividos por sí mismo, sino que piensa que está controlado por agentes externos o es manejado por seres naturales o sobrenaturales.</li> <li>• <b><u>Despersonalización:</u></b> el paciente cree que sus ideas son quitadas por acción de terceros.</li> <li>• <b><u>Trastornos de la asociación o ideoverbales:</u></b> carencia de precisión en las palabras y tiene un carácter disparatado con generalizaciones vagas y giros personales en forma de metonimias que carecen de sentido.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>Alogia:</u></b> pobreza del habla</li> <li>• <b><u>Abulia:</u></b> pérdida de iniciativa, el paciente carece de motivación que le impiden iniciar o finalizar diversas actividades.</li> <li>• <b><u>Aplanamiento afectivo:</u></b> expresión disminuida de las emociones.</li> <li>• <b><u>Trastorno de sociabilidad:</u></b> incapacidad para que el paciente se desempeñe en lo académico, laboral e incluso hay un deterioro en su funcionamiento social con su calidad de vida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Circunstancialidad : preservación de un vínculo lógico entre cada frase concomitante con una progresiva deriva de las ideas de distancia del tema original.</li> <li>Descarrilamiento: al inicio la respuesta del paciente es lógica, pero luego la respuesta la desvía con algo no relacionado</li> <li>• Tangencialidad: el paciente desvía su respuesta de la pregunta que se le hace al inicio.</li> <li>• Ensalada de palabras: completa ausencia de la relación lógica entre las palabras adyacentes en un enunciado.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• <u>Deterioro cognoscitivo</u>: alteradas las funciones de la atención memoria de trabajo y memoria episódica.</li><li>• <u>Falta de introspección</u> :_____para reconocer que padece una enfermedad mental, capacidad para identificar los síntomas patológicos, adherencia del tratamiento y atribución correcta de las alteraciones y los déficits que experimenta por la enfermedad que padece.</li></ul>	
--	---	--

### CLASIFICACIÓN

- Longitudinal: se refiere al curso de la enfermedad, viéndolo desde un punto de vista clínico, teórico y pronóstico. Explica las diversas



presentaciones clínicas de la esquizofrenia ya sea refiriéndose a la esquizofrenia propiamente dicha o a los trastornos esquizofreniformes hasta las formas límites y la personalidad esquizotípica.

- Transversal: se refiere a los subtipos clásicos. Los sistemas de clasificación más difundidos son el DSM-IV (Diagnostic and Statistical: Manual of Mental Disorder) y la clasificación internacional de enfermedades (CIE 10); estos dos sistemas clasifican la enfermedad por 4 subtipos: paranoide, catatónica, indiferenciada y residual; la CIE-10 menciona también los subtipos simple y hebefrénico.

1. Paranoide: predominan síntomas de alucinaciones y delirios. Es considerada como la forma más típica y diagnosticada en nuestro medio.
2. Catatónico: conducta motora alterada que se presenta con la fase de estupor, caracterizada por un notable retardo motor e incluso puede llegar a una inmovilidad total; fase de excitación, donde el paciente presenta una agitación intensa, movimientos estereotipados, conducta violenta o destructiva, lenguaje de verbigeración o ecolalia, en forma estuporosa puede estar en negativismo y tener alucinaciones auditivas típicas, ideas delirantes, experiencias de pasividad y otros síntomas.
3. Hebefrénico: presenta síntomas afectivos e ideativos. Notablemente hay una euforia insulsa con risa fácil sin motivo alguno e incongruencia afectiva. El lenguaje se encuentra alterado con presencia de irrelevancia, disgregación y neologismos. El paciente presenta una presentación descuidada y sucia sin importarles los eventos que le rodean,



además manifiestan conductas de desinhibición sexual y apetito exagerado

4. Simple: caracterizado por pérdida de iniciativa e interés, retraimiento sobre sí mismo, aislamiento social, apatía, discurso pobre, hipoactividad, embotamiento afectivo, pasividad y pérdida de la iniciativa y pobreza en la comunicación no verbal llega a evolucionar de manera lenta e insidiosa a un estado de anhedonia continua.
5. Indiferenciada: se presentan síntomas que corresponden a los diferentes subtipos, y como consecuencia no puede ser clasificado.
6. Residual: el paciente manifiesta enlentecimiento psicomotor, embotamiento afectivo, apatía, pasividad, pobreza en el contenido del pensamiento, mutismo pobreza en la comunicación no verbal, evitación del contacto ocular, posturas inadecuadas, alteraciones en la prosodia, falta de introspección y alteraciones en el cuidado de sí mismo.<sup>15</sup>

## EPIDEMIOLOGIA

La esquizofrenia afecta el 1% de la población mundial, se dice que hay una prevalencia de 0.5% en personas mayores de 55 años. El 85% de personas mayores que presentan esquizofrenia han desarrollado la enfermedad antes de los 45 años refiriéndonos principalmente entre su segunda y tercera década de la vida. (1') Ambos géneros están predisponentes a presentar el trastorno, se ha identificado que el riesgo para los solteros es 2.6 a 7.2 veces mayor que para los casados. Se cree que se presenta con mayor frecuencia en sociedades industrializadas debido a los factores de concentración de población y migración; además suponen que hay



mayor probabilidad que nazcan en los meses de invierno por que la que la proporción de esquizofrénicos es 5.15% más alta debido a la presencia de infecciones virales que consideran como un factor etiológico.

Actualmente el tratamiento y el manejo de la esquizofrenia consiste en la terapia psicosocial, que consisten en psicoterapia individual, entrenamiento en habilidades sociales, terapia familiar, rehabilitación cognoscitiva y entrenamiento para convivir con los síntomas psicóticos residuales, intervenciones que buscan mejorar la calidad de vida del paciente mediante la obtención de un trabajo, búsqueda de independencia económica, mejoramiento de relaciones interpersonales o participación en actividades recreativas y de ocio; además la farmacoterapia que ha tenido una gran evolución desde su auge que surgió en la década de 1990 por la producción de nuevos medicamentos.<sup>15,23</sup>

Existen lugares que realizan programas para el manejo de las diferentes enfermedades como el centro comunitario de salud mental que en éste estudio involucraron a la familia de los pacientes esquizofrénicos con el objetivo de lograr una buena rehabilitación con estos pacientes.<sup>24</sup>

Gurbuz y cols. han realizado estudios con una población de esquizofrénicos crónicos en donde han encontrado que tienen una mayor tendencia a desarrollar trastornos temporomandibulares; como consecuencia presentan un severo bruxismo involucrando la musculatura masticatoria causando dolor, limitación para el movimiento de la mandíbula y ruidos de la ATM, principalmente por el efecto emocional de la grave y prolongada angustia y los efectos secundarios que presentan durante el consumo de los medicamentos psicotrópicos.<sup>25</sup>



Existen lugares que realizan programas para el manejo de las diferentes enfermedades como el centro comunitario de salud mental que en éste estudio involucraron a la familia de los pacientes esquizofrénicos con el objetivo de lograr una buena rehabilitación con estos pacientes.<sup>24</sup>

**TABLA 4. MANIFESTACIONES BUCALES**

Directas	Indirectas	
<p>A. Lesiones autoprovocadas: morderse los labios, lengua, mejillas, quemar los tejidos orales con un cigarrillo, o lesionarse la mucosa con un objeto romo o agudo.</p> <p>B. GUNA</p> <p>C. Úlceras aftosas</p> <p>D. Liquen plano</p> <p>E. Síndrome de disfunción de ATM</p> <p>F. Lengua geográfica</p>	Fármaco	Efecto secundario
	<p>A. Antipsicóticos</p> <p>a) Haloperidol</p> <p>b) Clorpromazina</p> <p>c) Triflupromazina</p> <p>d) Levemepromacina</p> <p>e) Tioridazina</p> <p>f) Palmitato de pipotiacina</p> <p>g) Trifluoperazina</p> <p>h) Flufenazina decanoato</p> <p>i) Perfenacina</p> <p>j) Haloperidol decanoato</p> <p>k) Trifluoperidol</p> <p>l) Droperidol</p> <p>m) Penfluridol</p> <p>n) Tioxiteno</p> <p>o) Flupentixol</p> <p>p) Zuclopentixol</p> <p>q) Zuclopentixol decanoato</p> <p>r) Acetato</p> <p>s) Pimocida</p> <p>t) Loxapina</p> <p>u) Sulpirida</p> <p>v) Tiaprida</p> <p>w) Reserpina</p> <p>x) Clozapina</p> <p>y) Risperidona</p> <p>z) Olanzapina</p> <p>aa) Amilsuprida</p> <p>bb) Aripiprazol</p> <p>cc) Sertindol</p> <p>dd) Ziprasidona</p>	<p>A. a) sialorrea, temblores periorales, discinesia tardía, distonía muscular aguda.</p> <p>b) Temblores periorales, discinesia tardía, distonía muscular aguda., xerostomía.</p> <p>c) xerostomía</p> <p>d) xerostomía</p> <p>e) Temblores periorales, discinesia tardía, distonía muscular aguda</p> <p>s) Temblores periorales, discinesia tardía, distonía muscular aguda</p> <p>x) Temblores periorales, discinesia tardía, distonía muscular aguda, agranulocitosis.</p> <p>y) Temblores periorales, discinesia tardía, distonía muscular aguda</p>

	ee) Quetiapina B. Ansiolíticos <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diacepam</li> <li>○ Clordiazepóxido</li> <li>○ Oxazepam</li> <li>○ Lorazepam</li> <li>○ Alprazolam</li> <li>○ Buspirona</li> <li>○ Ispapirona</li> <li>○ Gepirona</li> <li>○ Bromacepam</li> <li>○ Clobazam</li> <li>○ Clonacepam</li> <li>○ Cloracepato</li> <li>○ Halacepam</li> <li>○ Ketazolam</li> <li>○ Hidroxizina</li> <li>○ Propanolol</li> </ul>	z) Temblores periorales, discinesia tardía, distonía muscular aguda, agranulocitosis ee) Temblores periorales, discinesia tardía, distonía muscular aguda  B. Xerostomía
--	---	---

Leandro y cols., hicieron un estudio para comprobar si existe una relación con el flujo salival a causa del consumo de ansiolíticos, y observaron estos medicamentos no afectan el flujo salival ni en la percepción del sabor sino que estos presentan otros efectos secundarios.<sup>28</sup>

## **MANIFESTACIONES BUCALES**

**Figura 7. Leucoplasia**





**Figura 8. Zonas isquémicas como consecuencia del consumo de medicamentos: a) y b) encía isquémica, c) paladar isquémico**



**Figura 9. Lengua mordida del dorso izquierdo**



**Figura 10. Xerostomía: a) lengua fisurada, b) labios resecos**



**Figura 11. Estomatitis nicotínica**





**TABLA 5. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

Fármacos		Efectos secundarios	
• Antiepilépticos	• Barbitúrico ▪ Fenobarbital	Generales Excitación paradójica e hiperactividad, sedación, síndrome depresivo, depresión respiratoria, status epilepticus en la suspensión, exantema, vértigo, nistagmus, somnolencia, ataxia, erupciones cutáneas.	Bucales Eritema multiforme
	Desoxibarbíturico ▪ Primidona	Excitación paradójica e hiperactividad, sedación, síndrome depresivo, depresión respiratoria, intolerancia gastrointestinal, mareo, stratus epiléptico en la suspensión, exantema, ataxia, parálisis oculomotor, anemia megaloblástica	



	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hidantoína</li><li>▪ Fenitoína</li></ul>	Hipotensión, arritmias cardíacas, depresión del SNC, visión borrosa, diplopía, hiperactividad, confusión, somnolencia, dificultad de concentración, alucinaciones, hipertricosis, osteomalacia, osteoporosis, anemia megaloblástica, alteraciones hormonales, hiperglucemia, glucosuria, linfadenopatía, lupus eritematoso, sistemático, exantema, nistagmo, insuficiencia hepática aguda, aplasia de médula ósea, linfadenopatía, ataxia, hipocalcemia, trastornos digestivos, acné facial, hirsutismo, síndrome nefrótico, anemia, aumento de rasgos faciales.	Hiperplasia gingival, anomalías dentarias, eritema multiforme, úlceras, mayor incidencia de infecciones microbianas, retraso en la cicatrización, leucopenia, trombocitopenia, agranulocitosis,
			Hiperplasia gingival
	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Mefenitoína</li><li>▪ Etotoína</li></ul>		



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iminostilbeno</li> <li>▪ Carbamazepina</li> </ul>	<p>Aplasia de médula ósea, exantema cutáneo, miocarditis, mareo, diplopía, náuseas, vómitos, cefalea, hiponatremia, aumento de transaminasas, asterixis, distonía, exantema cutáneo, ataxia, visión borrosa, anemia aplásica.</p>	<p>Leucopenia, xerostomía, eritema multiforme, leucopenia, trombocitopenia, glositis, mayor incidencia de infecciones microbianas, retraso en la cicatrización, estomatitis, discinesias, síndrome de Stevens-Johnson</p>
	Oxcarbacepina	<p>Alergias cutáneas, exantema cutáneo mínima, hiponatremia, mareos, inestabilidad alopecia, sedación, náuseas, diarrea, e hirsutismo.</p>	Hiperplasia gingival
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Succinimida</li> <li>▪ Etosuximida</li> <li>▪ Metsuximida</li> </ul>	<p>Dolor abdominal, psicosis, agresividad, aplasia de médula ósea, exantema, náuseas, vómito, diarrea, síndrome lupoide, daño renal, eosinofilia</p>	Hiperplasia gingival
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ácido carboxílico alifático</li> <li>▪ Ácido valproico (valproato de sodio y magnesio)</li> </ul>	<p>Pérdida de pelo, hepatitis tóxica, pancreatitis, ovario poliquístico, temblor, náuseas, vómitos, aumento del tiempo de hemorragia, aumento de peso, somnolencia, anorexia, irregularidades menstruales, hiperamoniemia, supresión de la médula ósea, diátesis hemorrágica, disminución</p>	<p>Petequias, mayor incidencia de infecciones microbianas, retraso en la cicatrización, hemorragia excesiva, leucopenia y trombocitopenia, hiperplasia gingival, purpura.</p>	

		de la agregación plaquetaria	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Benzodiacepinas</li> <li>▪ Clonazepam</li> </ul>	Confusión, depresivo, depresión, tolerancia.      síndrome sedación respiratoria,	Ataxia
	▪ Diazepam		
	▪ Clobazam	Confusión, depresivo, depresión, tolerancia.      síndrome sedación, respiratoria,	Ataxia
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Feniltriazona</li> <li>▪ Lamotriginia</li> </ul>	Exantema cutáneo, insomnio, irritabilidad, somnolencia, cefalea, mareo, náuseas, rara vez causa psicosis, confusión, alucinaciones, agitación, cuadros autoinmunes con fiebre, artralgia, linfadenopatía y eosinofilia.	Síndrome de Stevens-Johnson, leucoplasia vellosa oral.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análogo cíclico del GABA</li> <li>▪ Gabapentina</li> </ul>	Somnolencia, aumento de peso, inestabilidad, temblor, y diplopía.		



	<ul style="list-style-type: none"><li>• Agentes más recientes</li><li>▪ Vigabatrina</li></ul>	Reducción concéntrica del campo visual, status no convulsivo, somnolencia, cansancio, cefalea, mareo, aumento de peso, agitación, temblor, psicosis, depresión, afectación de la retina.	
	▪ Topiramato	Cuadro de depresión, pérdida de memoria, dificultad para encontrar palabras, lentitud en el habla, parestesias distales, pérdida de apetito y de peso, cálculos renales, miopía grave, glaucoma de ángulo cerrado, acidosis, hipertermia y anhidrosis	
	• Felbamato	Insuficiencia hepática, anemia aplásica.	
	• Levetiracetam	Somnolencia, irritabilidad.	
	• Tiagabina	Sedación, cuadros de psicosis, status epiléptico	





	<ul style="list-style-type: none"><li>• Zonisamida</li></ul>	Cálculos renales, erupciones cutáneas, oligohidrosia con hipertermia y acidosis metabólica.	Síndrome de Stevens-Johnson.
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pregabalina</li></ul>	Mareos, somnolencia, aumento del apetito y de peso, alteración de libido, estreñimiento, flatulencia, edemas periféricos, alteración de la atención y trastornos de la marcha.	Xerostomía
<ul style="list-style-type: none"><li>• Antimaníaco</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Litio</li></ul>	Náuseas, diarrea, anorexia, somnolencia, poliuria, polidipsia, ganancia de peso, temblor fino y excepcionalmente convulsiones, edema tibial, disminución de los niveles libres de T4 o elevación de la TSH, con hipotiroidismo, agravamiento de psoriasis, acné o miastenia grave, vasculitis y leucocitosis. La toxicidad en el SNC se manifiesta con aumento de las concentraciones plasmáticas en forma de temblores bruscos, desvanecimiento, ataxia, incoordinación motriz, nistagmo, confusión mental, disartria e hiperreflexia. En intoxicación aguda estos síntomas progresan a fasciculaciones musculares, somnolencia, delirio, coma y convulsiones; otros efectos como vómitos, diarrea intensa, albuminuria, hipotensión y arritmias cardíacas. Con	Estomatitis





<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antidepresivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inhibidores reversibles de la MAO-A (IRMA) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Moclobemida</li> </ul> </li>   <li>▪ Clorgilina</li> <li>▪ Fenelcina</li> <li>▪ Tranilcipromina</li> <li>▪ Isocarboxazida</li> <li>• Antidepresivos tricíclicos (ATC)</li> </ul>	<p>tratamiento prolongado pueden presentar diabetes insípida renal y bocio. En embarazo causa bocio fetal y otras anomalías congénitas.</p> <p>Náuseas, mareos, cefalea, insomnio, excitación, hepatotoxicidad, somnolencia, cansancio, hipotensión, sudación, estreñimiento, ganancia de peso, sedación o excitación conductual, agitación, parestesias.</p> <p>Frecuentes con los <b>ATC</b>:</p> <p>Anticolinérgicos: estreñimiento, molestias epigástricas, retención urinaria, visión borrosa, palpitaciones. Sedación, confusión mental (especialmente con Amitriptilina), congéneres con mayor capacidad sedante, aumento del apetito y del peso con la mayoría de los ATC y trazodona, no con los ISRS y el bupropión.</p> <p>Algunos pacientes pueden virar a la hipomanía o manía. Frecuentes: Sudoración, temblores.</p> <p>Disminuye el umbral convulsivo y puede</p>	<p>Xerostomía</p>
--	---	---	-------------------



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inhibidores de la recaptación de noradrenalina.</li> <li>a) Maprotilina</li> <li>▪ Inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Imipramina</li> <li>b) Amitriptilina</li> <li>c) Trimipramina</li> <li>d) Doxepina</li> <li>e) Dotiepina</li> <li>f) Clomipramina</li> </ul> </li> <li>▪ Inhibidores selectivos de la recaptación de NA. <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Desipramina</li> <li>b) Nortriptilina</li> <li>c) Amoxapina</li> </ul> </li> <li>• Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fluoxetina</li> <li>▪ Fluvomaxina</li> <li>▪ Paroxetina</li> <li>▪ Sertralina</li> <li>▪ Citalopram</li> <li>▪ Trazodona</li> <li>▪ Fluvoxamina</li> </ul> </li> <li>• Antidepresivos atípicos <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trazodona</li> <li>▪ Mianserina</li> </ul> </li> </ul>	<p>precipitar crisis convulsivas. Hipotensión ortostática, de menor intensidad con los agentes similares a Desipramina e insignificante con los ISRS.</p> <p>Arritmias cardíacas, ictericia por hipersensibilidad, taquicardia sinusal, glaucoma agudo, somnolencia, mareo, disfunción sexual, reacciones de tipo extrapiramidal, confusión, delirio o problemas de memoria y concentración, alta el control de la glucemia.</p> <p><b>ISRS:</b> Náuseas, alteraciones gastrointestinales (trastornos diarreicos con fluoxetina, citalopram y sertralina; estreñimiento con fluvoxamina y paroxetina.), nerviosismo o agitación, insomnio, somnolencia y posibles alteraciones sexuales, efectos extrapiramidales, temblor, mareo, cefalea, sudación, anorexia, galactorrea, amenorrea, hiperprolactinemia, glaucoma agudo.</p> <p><b>Venlafaxina:</b> náuseas, insomnio, mareo, somnolencia, estreñimiento, debilidad, hipertensión</p> <p><b>Reboxetina:</b> estreñimiento, cefalea, sudación, insomnio, alteraciones urinarias, impotencia.</p> <p><b>Mirtrazapina:</b> somnolencia, estreñimiento, incremento del apetito, ganancia de</p>	<p>Xerostomía (caries, afatas, etc.), sabor desagradable, eritema.</p>
--	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mirtazapina</li> <li>▪ Venlafaxina</li> <li>▪ Tianeptina</li> <li>▪ Amineptina</li> <li>▪ Bupropión</li> <li>▪ Reboxetina</li> <li>▪ Gepirona</li> <li>▪ Duloxetina</li> <li>▪ Nefazodona</li> </ul>	<p>peso.</p> <p><b>Duloxetina:</b> mareo, náuseas, cefalea, parestesias, vómito, diarrea, insomnio, somnolencia, ansiedad, pérdida d peso, disfunción eréctil, cansancio, estreñimiento, dispepsia.</p> <p><b>Bupropión:</b> cefalea, insomnio, ansiedad, intranquilidad, irritabilidad, temblor, mareos, anorexia, crisis convulsivas, hipertensión.</p> <p><b>Maprotilina:</b> crisis convulsivas.</p> <p><b>Reboxetina:</b> taquicardia, extrasístoles</p> <p><b>Benzodiazepinas:</b></p> <p>-Diacepam: paro cardíaco, hipotensión, depresión respiratoria.</p> <p>-en dosis hipnóticas son mareos, vértigo, ataxia, desorientación, amnesia, prolongación del tiempo de reacción con deterioro de las capacidades psicomotores. Algunas veces: debilidad, visión borrosa e incontinencia urinaria. Pueden agravar la apnea del sueño.</p> <p>Mayoría de los casos: ansiedad, insomnio, ansiedad, inquietud, malestar, inapetencia, pesadillas. No son frecuentes: agitación, reacción de pánico, temblores, confusión. Raros casos: convulsiones.</p> <p>-como ansiolíticos: sedación, mareos, disfunción psicomotriz y cognitiva, vértigo, estado</p>	<p>Xerostomía, leucopenia.</p> <p>Xerostomía</p> <p>Xerostomía</p> <p>Xerostomía, agranulocitosis.</p>
--	---	--	--



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiolíticos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Benzodiazepinas</li> <li>○ Diazepam</li> <li>○ Clordiazepóxido</li> <li>○ Oxazepam</li> <li>○ Lorazepam</li> <li>○ Alprazolam</li> <li>• Azapironas</li> <li>○ Buspirona</li> <li>○ Ispapirona</li> <li>○ Gepirona</li> <li>○ Bromacepam</li> <li>○ Clobazam</li> <li>○ Clonacepam</li> <li>○ Cloracepato</li> </ul>	<p>de confusión, aumento del apetito y del peso, alteraciones de la función sexual, algunas mujeres no ovulan. Efectos tóxicos en pacientes ancianos ante la presencia de cuadros infecciosos.</p> <p><b>Buspirona:</b> náuseas, cefalea, mareos, excitación.</p> <p><b>Propranolol:</b> acentúa la insuficiencia miocárdica y empeora la insuficiencia cardíaca congestiva, bradicardia, agrava la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, precipita crisis de asma bronquial, exacerba la angina, altera la tolerancia a carbohidratos en pacientes con intolerancia a glucosa, altera el perfil lipídico plasmático, malestar digestivo, falta de vigor, pesadillas, olvidos, alucinaciones, los hombres refieren trastornos sexuales.</p> <p>Somnolencia, letargia, confusión mental (más con agentes de escasa potencia), aumento del apetito y del peso, agravamiento de las convulsiones en epilépticos, amenorrea, infertilidad, ginecomastia, galactorrea.</p> <p>Hipotensión ortostática, palpitaciones e inhibición de la eyaculación (en especial con Tioridazina), visión borrosa, estreñimiento, disuria inicial en varones ancianos (tioridazida es más propensa), aumento de peso, pigmentación azul de la piel expuesta</p>	<p>Xerostomía</p> <p>Xerostomía</p> <p>Xerostomía</p>
--	---	---	---



	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Halacepam</li><li>○ Ketazolam</li><li>● Antihistamínico sedante</li><li>○ Hidroxizina</li><li>● Betabloqueadores</li><li>○ Propanolol</li></ul>	<p>opacidades corneal y lenticular, degeneración retiniana, arritmias cardíacas.</p> <p><b>Flufenazina:</b> parkinsonismo, acatisia, síndrome neuroléptico maligno.</p> <p><b>Haloperidol:</b> parkinsonismo, acatisia, síndrome neuroléptico maligno, prolongación del intervalo QTc (muerte súbita).</p> <p><b>Pimozida:</b> parkinsonismo, acatisia, síndrome neuroléptico maligno.</p> <p><b>Tioridazina:</b> parkinsonismo, acatisia, síndrome neuroléptico maligno.</p> <p><b>Clozapina:</b> parkinsonismo, acatisia, síndrome neuroléptico maligno, hipotensión ortostática, sedación, incremento de peso, diabetes tipo II.</p> <p><b>Olanzapina:</b> parkinsonismo, acatisia, síndrome neuroléptico maligno, sedación,</p>	
--	---	---	--



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antipsicóticos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fenotiazinas             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cadena lateral alifática                 <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Clorpromazina</li> <li>b) Triflupromazina</li> <li>c) Levemepromacina</li> </ul> </li> <li>○ Cadena lateral con grupo piperidina                 <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Tioridazina</li> <li>b) Palmitato de pipotiacina</li> </ul> </li> <li>○ Cadena lateral con grupo piperazina                 <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Trifluoperazina</li> <li>b) Flufenazina decanoato</li> <li>c) Perfenacina</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Butirofenonas             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Haloperidol</li> <li>○ Haloperidol decanoato</li> <li>○ Trifluperidol</li> <li>○ Droperidol</li> <li>○ Penfluridol</li> </ul> </li> <li>• Tioxanteno             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tioxiteno</li> </ul> </li> </ul>	<p>incremento de peso, diabetes tipo II.</p> <p><b>Risperidona:</b> parkinsonismo, acatisia, síndrome neuroléptico maligno, hiperprolactinemia, hipotensión ortostática, diabetes tipo II.</p> <p><b>Quetiapina:</b> parkinsonismo, acatisia, síndrome neuroléptico maligno, hipotensión ortostática, sedación.</p> <p><b>Amisuprimida:</b> hiperprolactinemia</p> <p><b>Clorpromazina:</b> hipotensión ortostática, trastornos de la erección, acinesia.</p> <p><b>Triflupromazina:</b> hipotensión ortostática, trastornos de la erección, acinesia.</p> <p><b>Levemepromacina:</b> hipotensión ortostática, trastornos de la erección, acinesia.</p> <p><b>Trifluoperazina:</b> hipotensión ortostática, trastornos de la erección, acinesia.</p> <p><b>Flufenazina decanoato:</b> hipotensión ortostática, trastornos de la erección, acinesia.</p> <p><b>Perfenazina:</b> hipotensión ortostática, trastornos de la erección, acinesia.</p> <p><b>Pimocida:</b> prolongación del intervalo QTc (muerte</p>	<p>Xerostomía</p> <p>Temblores periorales, discinesia tardía, distonía muscular aguda.</p>
--	---	---	--



	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Flupentixol</li><li>○ Zuclopentixol</li><li>○ Zuclopentixol decanoato</li><li>○ Acetato</li><li>● Difenilbutilpiperidinas</li><li>○ Pimocida</li><li>● Dibenzoxacepinas</li><li>○ Loxapina</li><li>● Dibenzotiepina</li><li>○ Clotiapina</li><li>● Benzamidas</li><li>○ Sulpirida</li><li>○ Tiaprida</li><li>● Otros heterocíclicos</li><li>○ Reserpina</li><li>● Neurolépticos atípicos</li><li>○ Clozapina</li><li>○ Risperidona</li><li>○ Olanzapina</li><li>○ Amilsuprida</li><li>○ Aripiprazol</li><li>○ Sertindol</li><li>○ Ziprasidona</li><li>○ Quetiapina</li></ul>	<p>sùbita).</p> <p><b>Sertindol:</b> prolongación del intervalo QTc (muerte súbita), diabetes tipo II.</p> <p><b>Droperidol:</b> prolongación del intervalo QTc (muerte súbita).</p> <p><b>Amilsuprida:</b> diabetes tipo II.</p> <p><b>Aripiprazol:</b> diabetes tipo II.</p> <p><b>Ziprasidona:</b> diabetes tipo II</p>	<p>Temblores periorales, discinesia tardía, distonía muscular aguda.</p> <p>Temblores periorales, discinesia tardía, distonía muscular aguda.</p> <p>Temblores periorales, discinesia tardía, distonía muscular aguda, agranulocitosis</p> <p>Temblores periorales, discinesia tardía, distonía muscular aguda, agranulocitosis.</p> <p>Temblores periorales, discinesia tardía, distonía muscular aguda.</p> <p>Temblores periorales, discinesia tardía, distonía</p>
--	--	--	--



			muscular aguda.  Temblores periorales, discinesia tardía, distonía muscular aguda.
--	--	--	---

---

### **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Las alteraciones bucales en personas que cursan enfermedades sistémicas presuponen, por un lado, severidad en virtud a que constituyen una manifestación de la misma enfermedad y por el otro, presuponen también la potencialización de las mismas por el consumo de medicamentos.

En este tenor, cuando los pacientes abandonan la higiene bucal por desconocimiento de los efectos devastadores que constituyen tanto la biopelícula como la caries dental y aunado a esto, en ciertos casos son pacientes con alteraciones de orden mental el problema se agrava. La trascendencia del evento no solo es de orden individual ya que día a día aumenta el número de individuos que padecen bipolaridad o esquizofrenia, por mencionar algunas, y muchos de estos pacientes ya no están bajo el cuidado de sus familiares sino que están en situación de calle entonces ya constituye el problema bucal un grave problema de salud pública.





## **4. JUSTIFICACIÓN**

Realizar un estudio en los residentes del C.A.I.S “Coruña Hombres ” como el que presentamos permitió conocer las manifestaciones bucales de pacientes con cierto tipo de alteraciones mentales y diseñar estrategias de promoción para la salud dirigida al autocuidado de la salud bucodental para que ellos mismos puedan responsabilizarse de la higiene de su boca y la conservación de los dientes presentes así como identificar lesiones presentes para recibir tratamiento oportuno C.A.I.S.

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1 GENERAL**

Determinar la prevalencia de lesiones bucales e índice CPO en pacientes esquizofrénicos, bipolares y con crisis convulsivas generalizadas residentes en el C.A.I.S “Coruña Hombres”

### **5.2 ESPECIFICOS**

- Determinar la prevalencia de lesiones bucales y zona de ocurrencia por edad.
- Identificar el tipo de medicamentos que consumen los pacientes según el diagnóstico determinado.
- Determinar el índice CPO y por componente.
- Determinar la proporción por pacientes que refieren realizar la higiene.

## **6. METODOLOGÍA**

### **6.1 MATERIAL Y MÉTODO**

Se estableció comunicación formal con el C.A.I.S “Coruña Hombres”



Para explicar los objetivos del estudio a fin de obtener la anuencia para realizar el presente estudio. Obtenido esto se procedió a realizar la revisión de las historias clínicas en el área de enfermería de los pacientes que residen en el centro.

Se recabó la información acerca del medicamento que reciben según el tipo de paciente diagnosticado como esquizofrénico, con trastorno bipolar y variables sociodemográficas como escolaridad, ocupación y epidemiológicas como, antecedentes familiares patológicos, enfermedades que han padecido, índices CPO y HIOS.

Además de la encuesta epidemiológica se les aplicó un cuestionario con preguntas sobre el autocuidado de la salud para evaluar el nivel de conocimientos que sobre prevención tenían los pacientes. La encuesta constó de 15 ítems y se diseñó de acuerdo al modelo de Likert<sup>32</sup> que se basa en una escala aditiva y a la que se le colocaron tres opciones de respuesta para cada ítem: **de acuerdo, ni acuerdo ni en desacuerdo y en desacuerdo**. El cuestionario se aplicó como pre y postevaluación de los conocimientos adquiridos posterior a la implementación de un pequeño curso de Promoción de la Salud sobre el autocuidado de la salud bucodental.

El citado curso se impartió por la tesista y se contó con el apoyo de la psicóloga que tiene a su cargo el tratamiento de estos pacientes y lograr que ellos prestaran atención durante la plática, ésta se llevó a cabo siguiendo la siguiente metodología:

- a) Introducción: Se les presentó un video musical acerca de la importancia del cepillado dental, esto sirvió para llamar su atención.
- b) La presentación se hizo con imágenes y se les explicó cada imagen permitiéndoles a cada uno participar y dejar que plantearan sus dudas.



- c) Finalizada la presentación se les paso un video de la correcta técnica de cepillado.
- d) Realizaron posteriormente una actividad y fueron divididos en 2 equipos y se hicieron preguntas acerca de la plática y al final se les dio como obsequio un premio a los 2 equipos por su participación y se entregaron los cepillos de dientes.
- e) Al día siguiente volvemos a aplicar las encuestas que anteriormente se les había aplicado previamente días antes de la plática.
- f) Por último se tomaron fotos de las manifestaciones bucales que presentan, todo bajo su consentimiento informado previamente firmado.

Los resultados se capturaron utilizando el programa Excel y la información se presenta en forma descriptiva y se determinaron las diferencias estadísticas de la pre y la post evaluación.

## **6.2 TIPO DE ESTUDIO**

Transversal

## **6.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO**

Residentes del C.A.I.S “Coruña Hombres”

## **6.4 MUESTRA**

31 pacientes de género masculino

## **6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Pacientes que firmaron el consentimiento informado y que permitieron la revisión bucal consuman o no medicamentos prescritos para su perfil psicológico



## **6.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes que al momento de la revisión bucal no se encontraran en el instituto y no aplicaran para la evaluación de conocimientos sobre salud bucodental

## **6.7 VARIABLES DE ESTUDIO:**

- Caries dental
- Higiene bucal
- Lesiones presentes en la boca
- Edad y Género

## **6.8 VARIABLE INDEPENDIENTE Y VARIABLE DEPENDIENTE**

- **Independiente:** evento psicológico, consumo de medicamentos e higiene bucal
- **Dependientes:** caries dental, enfermedad periodontal y lesiones bucales

## **6.9 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

<b>VARIABLE</b>	<b>CONCEPTUALIZACIÓN</b>	<b>OPERACIONALIZACIÓN</b>
Caries dental	Enfermedad infecciosa multifactorial causada por bacterias originando una desmineralización en la superficie dentaria.	Se determinó en función al manejo del índice CPO
Biofilm	Ecosistema microbiano	

	organizado, conformado por uno o varios microorganismos que se encuentra adherido a la superficie del diente.	Se determinó en función del índice IHOS
Manifestaciones bucales	Predisposición de patologías bucodentales asociadas por los medicamentos y/o como consecuencia del comportamiento a causa de la enfermedad.	Se determinó en función del conocimiento de los efectos secundarios de los medicamentos y de acuerdo al comportamiento de acuerdo a la enfermedad que presentan.

## **7.RESULTADOS**

En el estudio participaron 31 pacientes De edades entre 20 y 62 años. (Tabla 1).

La mayor proporción de los pacientes se encuentra entre los grupos de edad de 41 a 62 años

*Fuente directa*

**TABLA 1. DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE 31 PACIENTES.**

<b>20-30</b>	5	16%
<b>31-40</b>	4	12%
<b>41-50</b>	12	40%
<b>51-60 y +</b>	10	32%
<b>TOTAL</b>	31	100%



## **ESCOLARIDAD Y OCUPACIÓN**

Respecto al nivel de escolaridad se observó que la mayoría de ellos son analfabeta con un 55%, mientras que a nivel profesional solo se presentan el 3%. (Tabla 2)

**TABLA 2. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR ESCOLARIDAD Y OCUPACIÓN DE 31 PACIENTES ADSCRITOS AL C.A. I.S. "CORUÑA HOMBRES" 2011.**

<b><u>ESCOLARIDAD</u></b>	<b><u>%</u></b>	<b><u>OCUPACIÓN</u></b>	<b><u>%</u></b>
<b>PRIMARIA</b>	19%	COMERCIANTE	3%
<b>SECUNDARIA</b>	10%	EMPLEADO	3%
<b>PREPARATORIA</b>	13%	TÉCNICO	0
<b>PROFESIONAL</b>	3%	PROFESIONAL	0
<b>ANALFABETA</b>	55%	DESEMPLEADO	94%
<b>TOTAL</b>	100%	OTRO	0

*Fuente directa*

Al cuestionárseles acerca de la ocupación se observó que casi la totalidad son desempleados, ellos manifiestan que en el día no se han podido ocupar en algún trabajo. La mayoría de ellos han sido abandonados por sus familiares y solo reciben apoyo del centro y asisten para que el centro pueda proporcionarles alimentos, vestido y un lugar para dormir, se observó que el 3% de la población se dedican a ser comerciantes y otro 3% son empleados debido a que ésta población son capaces de laborar en un trabajo. (Tabla 2)



## **DX CONFIRMADO DEL PERFIL MENTAL.**

El diagnóstico de mayor prevalencia en los encuestados corresponde a epilepsia, el trastorno bipolar no figura y en segundo lugar está la esquizofrenia. Cabe mencionar que estos tres diagnósticos son los que se consideraron para el estudio (Tabla 3)

<b>TABLA 3. PREVALENCIA DE DIAGNOSTICO CONFIRMADO</b>	
<b>EPILEPSIA</b>	52%
<b>ESQUIZOFRENIA</b>	48%
<b>TRASTORNO BIPOLAR</b>	0
<b>TOTAL</b>	100%

*Fuente directa*

## **ENFERMEDADES REFERIDAS POR LOS PACIENTES**

Esta información ellos la proporcionaron sin asegurar que de verdad tenga el diagnóstico conformado. En la tabla 4 observamos que de nueva cuenta es la epilepsia la de mayor prevalencia y el 22% de ellos refiere padecer enfermedad respiratoria. La diabetes ocupa el tercer lugar con el 16%. (Tabla 4)

<b>TABLA 4. PREVALENCIA DE ENFERMEDADES REFERIDAS POR LOS PACIENTES.</b>	
<b>CARDIOPATÍA</b>	6%
<b>ENF. RESPIRATORIA</b>	22%
<b>EPILEPSIA</b>	48%
<b>DIABETES</b>	16%
<b>HIPERTENSIÓN</b>	9%
<b>ENFERMEDADES REUMÁTICAS</b>	3%

*Fuente directa*

Se les preguntó si recordaban que sus padres tuvieran alguna enfermedad y al respecto, solamente el 3% mencionó que su padre había padecido diabetes, el resto no recordó antecedentes patológicos familiares.

## **SALUD BUCODENTAL**





## ÍNDICE IHOS ( PLACA Y CÁLCULO)

### IHOS

Según la distribución por edad del índice IHOS se determinó un promedio de 3.06 de las edades de 31-40 años clasificado como condición pobre o deficiente de higiene bucal. En la edad de 20-30 años presentan un valor de 2.07 correspondiendo a la clasificación de condición regular. Los grupos etáreos de 41-50 y de 51 a 60 años presentan promedios de IHOS clasificados como condición regular. (Tabla 5)

TABLA 5. DISTRIBUCIÓN PROMEDIO DE ÍNDICES IHOS Y CPO.					
<b>20-30</b>	2.17	10	1.2	2	13.2
<b>31-40</b>	3.06	5	5.75	0	10.75
<b>41-50</b>	1.97	5.83	8.3	3.75	17.88
<b>51-60 Y +</b>	1.43	4.9	9	3.1	17

*Fuente directa*

### CPO

El índice se presenta analizado por componentes en primer lugar y en segundo, por el promedio de la suma de estos componentes.

### Cariados

En términos del componente caries se determinó que es en el grupo etáreo de 20-30 presentan 10 dientes en promedio, es el promedio más elevado, se observó un decremento de este componente al aumentar la edad y la razón es que se pierden Al analizar el componente perdido se observó que el mayor promedio corresponde al grupo etáreo de 51-60 y + con un promedio de 9 dientes; el menor promedio de dientes perdidos se observó en las edades de 20-30 años con un promedio de 1.2.

### **Obturado**

Las edades de 41-50 y 50 y + presentan en promedio, al menos 3 dientes obturados y es de llamar la atención que en las edades de 31-40 años no presentan piezas obturadas.

### **INDICE CPO**

En las edades de 41 a 50 años se determinó el mayor promedio con 17.88 dientes, es decir, que en esas edades ya tienen, al menos 17 dientes con experiencia presente y pasada de caries dental, obsérvese que a mayor edad, promedio mayor de CPO. (Tabla 5)

**Figura 11. Caries, cálculo, biopelícula, edentulismo y enfermedad periodontal**

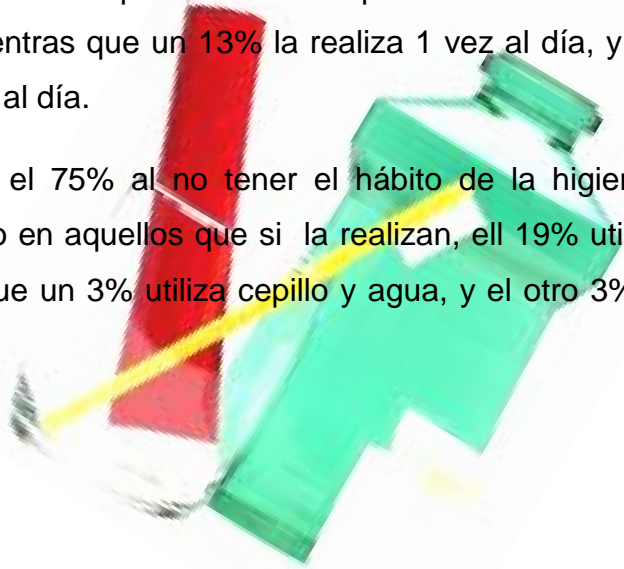


*Fuente directa*

## **HIGIENE BUCAL**

En la tabla 6 se observa que el 71% de la población no tiene el hábito de higiene bucal, mientras que un 13% la realiza 1 vez al día, y el otro 10% se cepilla 2 veces al día.

Observamos que el 75% al no tener el hábito de la higiene bucal no utilizan nada, pero en aquellos que si la realizan, el 19% utiliza cepillo y pasta, mientras que un 3% utiliza cepillo y agua, y el otro 3% utiliza solo agua.



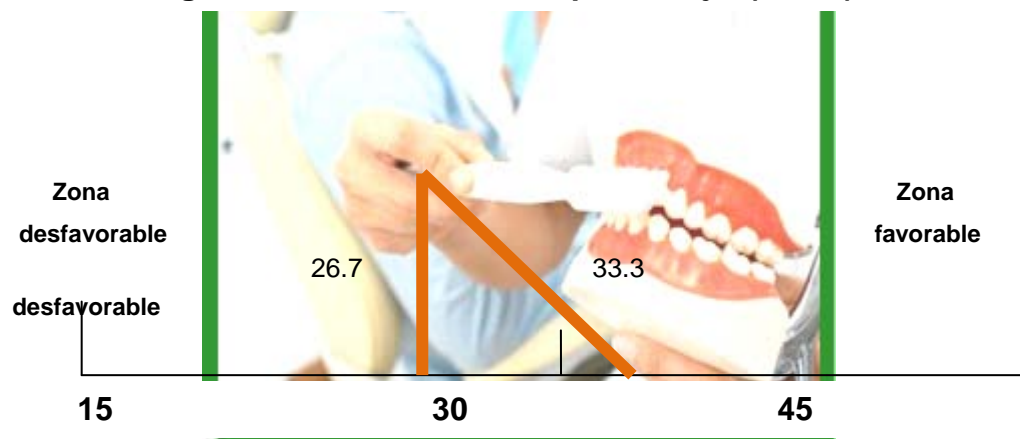
**TABLA 5. HIGIENE BUCAL**

<b>FRECUENCIA DE CEPILLADO</b>	<b>%</b>	<b>UTILIZAN PARA LA HIGIENE</b>	<b>%</b>
1 VEZ	13%	CEPILLO Y AGUA	3%
2 VECES	10%	CEPILLO Y PASTA	19%
3 VECES	3%	ENJUAGUE BUCAL	0
NO LOS LAVAN	71%	TORTILLA QUEMADA	0
		SOLO AGUA	3%
		NADA	75%
TOTAL	97%	TOTAL	100%

## **CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE AUTOCUIDADO DE SALUD BUCODENTAL**

Antes de implementar el curso corto sobre promoción para la salud se obtuvo el puntaje promedio de los encuestados al inicio y al final del mismo, al respecto, el promedio inicial fue de 26.7 y en la postevaluación el promedio obtenidos por los respondientes fue de 33.3 puntos. Solamente 19 de los participantes accedieron contestar la encuesta.

**Figura 12. Evaluación del aprendizaje. (Likert)**



El avance fue de aproximadamente 6 puntos, el análisis estadístico demostró que esta diferencia si es estadísticamente significativa. ( $p < 0.05$ )

## **8. CONCLUSIONES**

1. La higiene bucal es importante para prevenir que los factores de riesgo desencadenen la caries y la enfermedad periodontales pacientes con discapacidades mentales ya que algunos de estos



factores de riesgo son los efectos secundarios de los medicamentos que toman.

2. A pesar de la situación de la calle que han tenido éste tipo de pacientes, a través de las enseñanzas en la promoción de la salud se ha despertado en ellos el interés de conservar su boca libre de caries y enfermedad periodontal.
3. Para despertar en ellos el interés de la promoción de la salud, es necesario explicarlo de manera didáctica y así que logren entender el tema que se les quiere explicar y al concluir terminar con una actividad para que recuerden el tema y lo comiencen a aplicar.
4. Motivarlos a que tengan el hábito de tener una buena higiene bucal quitando de ellos la justificación de que a causa de la enfermedad que padecen no pueden lograr tener una buena salud bucal enseñando así mismo una correcta técnica de cepillado.



## BIBLIOGRAFIA

1. Harrison T.R. Principios de Medicina Interna. 17<sup>a</sup> ed. Madrid: Mc. Graw Hill; 2009.
2. Silvestre Francisco J. Odontología en pacientes especiales. 1<sup>a</sup> ed. Universidad de Valencia: PUV;2007.
3. Roberto Elías. Odontología para pacientes con necesidades especiales: una visión clínica. 1<sup>a</sup> ed. Madrid: Ripano; 2008.
4. Kaplan, Harold I. Manual de Psiquiatría de Urgencias. 1<sup>a</sup> ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1996.
5. Malo Medina. Epilepsia. Aspectos clínicos y psicosociales. 1<sup>a</sup> ed. Colombia: Panamericana; 2004.
6. Hales Rober E., Sttuart C. Yudofsky. Tratado de Psiquiatría Clínica. 4<sup>a</sup> ed. Madrid: Masson; 2004.
7. Carranza Fermín, Newman Michael G. Periodoncia Clínica. 10<sup>a</sup> ed. México: Mc. Graw Hill; 2010.
8. Little James W. Tratamiento Odontológico del paciente bajo tratamiento médico. 5<sup>a</sup> ed. Madrid: Mosby; 1998.
9. Malamed Stanley F. Sedación: guía práctica. 3<sup>a</sup> ed. Madrid: Mosby; 1995.
10. Malamed Stanley F. Manual de Anestesia Local. 5<sup>a</sup> ed. Madrid: Elsevier; 2006.
11. J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki. 2a ed. Madrid; 2005.
12. Crispian Scully, Roderick A. Cawson. Medical problems in dentistry. 5a ed. London: Elsevier; 2005.
13. Sánchez Escobedo, Pedro Antonio. Psicología clínica.1<sup>a</sup> ed. México: El Manual Moderno; 2008.
14. Micheli Federico, Fernández Pardal Manuel. Neurología. 2<sup>a</sup> ed. Buenos Aires:Médica Panamericana;



15. Vèlez A. Hernàn, Rojas M. William, Barrero R. Jaime, Restrepo M. Jorge. Fundamentos de Medicina Psiquiàtrica. 5a ed. Colombia: Corporaciòn para investigaciones biològicas; 2010.
16. Lozano J.R. Trastorno Bipolar: manual pràctico para pacientes y familiares. 1ª ed. Mèxico: ETM; 2007.
17. Dwight L., Evans I., Dennis S. Charney I., Lydia Lewis. Guìa para el mèdico: depresiòn y trastornos bipolares. 1ª ed. Madrid: Mc. Graw Hill. Interamericana; 2007.
18. Robert E. Hales, Stuart C. Yudofsky, Glen O. Gabbard. Publishing: textbook of psychiatry. 5a ed. Washington: America Psychiatric Publishing; 2008.
19. K.D. Tripathi. Farmacologìa en Odontologìa: fundamentos. 1ª ed. Madrid: Mèdica Panamericana; 2008.
20. P.Lorenzo, A. Moreno, I. Lizasoain, J.C. Leza, M.A. Moro, A. Portoles, Velàzquez. Farmacologìa bàsica y clìnica. 18ª ed. Madrid: Panamericana;
21. Bertram G. Katzung. Farmacologìa bàsica y clìnica. 11ª ed. Mèxico: Mc: Graw Hill; 2009.
22. Janardhanan T., Carl I. Cohen, Stanley Kim, Batool F. Rizvi. Dental Care and Associated Factors Among Older Adults With Schizophrenia. J. Am Dent Assoc 2011; 142; 57-65.
23. Adam Weiss, Reza Movahed, DMD, Harry Dym, DDS. Schizophrenia: Current Therapy and Review. J Oral Maxillofac Surg 2011; 69: 192-198.
24. Robert Paul Liberman, Alex Kopelowicz. Training skills for illness self-management in the rehabilitation of schizophrenia. A Family-assisted Program for Latinos in California. Salud Mental 2009; 31: 93-105.
25. O. Gurbuz, G. Alatas E. Kurt. Prevalence of temporomandibular disorder signs in patients with schizophrenia. Journal Of Oral Rehabilitation 2009; 36: 864-871.
26. Luis Salvador-Carulla, Carmen Rodrìguez-Blàzquez, Almudena Martorell. Intellectual disability: an approach from the health sciences perspective. Salud Pùblica Mex 2008;50: s142-s-150.



27. Gallegos-Carrillo K, Mudgal J, Sánchez-García S, Wagner FA, Gallo JJ, Salmerón J, García-Peña C. Social networks and health-related quality of life: a population based study among older adults. *Salud Pública Mex* 2009; 51: 6-13.
28. Leandro Faria de Matos, Stela Márcia Pereira, Estela Kaminagakura, Leandro Silva Marques, Cássio Vicente Pereira, Andries van der Bilt, Luciano José Pereira. Relationships of beta-blockers and anxiolytics intake and salivary secretion, masticatory performance and taste perception. *Arch Oral Biol* 2010 Feb; 55(2):164-169.
29. Laura Zárate-Garduño, Ana Luisa Sosa-Ortiz, Lino Palacios-Cruz. Alteraciones en pacientes con trastorno bipolar eutímicos. *Arch Neurocién (Mex)* 2007; 12(1): 25-36.
30. Gordins P., Sloan P., Spickett Gavin P., Staines KS. Oral hairy leukoplakia in a patient on long-term anticonvulsant treatment with lamotrigine. *Oral Surg Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2011; 111(5):e17-e23.
31. Ferreira MC, Guare RO, Prokopowitsch I, Santos MT. Prevalence of dental trauma in individuals with special needs. *Dent. Traumatol* 2011 Apr; 27(2):113-116.
32. Hernández S. Metodología de la investigación. Editoriañl Mc Graw Hill. 4° ed.



Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Edad

**Escolaridad**

1) Preescolar    2) Primaria    3) Secundaria    4) Preparatoria    5) Profesional    6) Analfabeta

**Ocupación**

1) Comerciante    2) Empleado    3) Técnico    4) Profesional    5) Desempleado    6) Otro

**Padecimientos que presenta actualmente**

1) Cardiopatía    2) Enfermedades respiratorias    3) Epilepsia    4) Diabetes    5) Hepatitis    6) Alergias  
 7) Enfermedades. Urinarias    8) Tuberculosis    9) Cáncer    10) hipertensión    11) Enfermedades . reumáticas

**Enfermedades que el paciente recuerde que ha padecido**

\_\_\_\_\_

**Antecedentes familiares patológicos**

1) Epilepsia    2) Tuberculosis    3) Hipertensión    4) Cardiopatías    5) Diabetes  
 6) Sida    7) Fiebre reumática    8) Cáncer    9) Esquizofrenia

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padre		Madre		Hermanos			

**Diagnóstico confirmado**

\_\_\_\_\_ Desde cuando \_\_\_\_\_

**Medicamentos que consume actualmente**

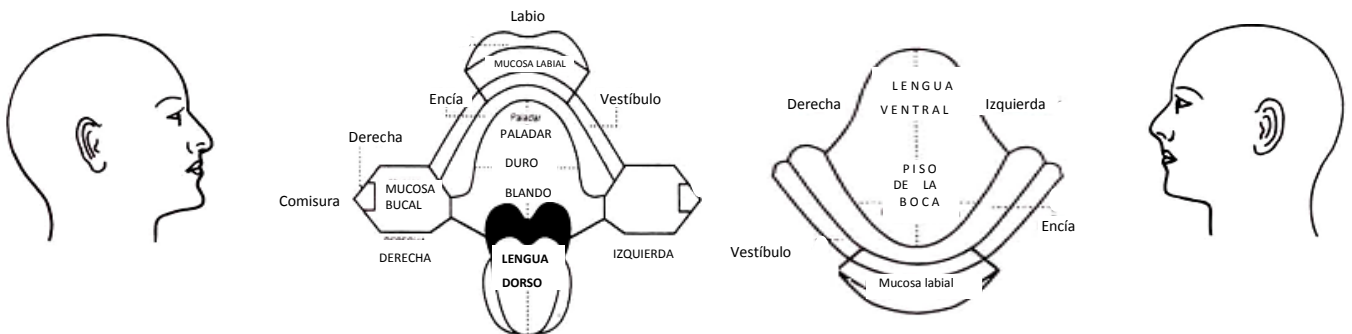
\_\_\_\_\_

**Con qué frecuencia lava sus dientes al día**

1) 1 vez    2) 2 veces    3) 3 veces    4) No los lavo

**Qué utiliza para la higiene**

1) Cepillo y agua    2) Cepillo y pasta    3) Enjuague bucal    4) Tortilla quemada    5) Solo agua    6) Nada



Zona	Lesión	Zona	Lesión

**IHOS (Placa/Cálculo)**

Placa	Código	Cálculo
No hay presencia de restos y manchas	0	No hay presencia cálculo
Restos blandos que cubren no más de un tercio de la superficie dental examinada.	1	Cálculo supragingival que cubre no más de una tercera parte de la superficie dental.
Restos blandos que cubren más de un tercio pero no más de dos tercios de la superficie dental expuesta.	2	Cálculo supragingival: cubre más de un tercio pero menos de dos terceras partes de la superficie dental expuesta o hay presencia individual de cálculo subgingival alrededor del cuello del diente, o ambos.
Restos blandos que cubren más de dos tercios de la superficie dental expuesta.	3	Cálculo supragingival: cubre más de dos tercios de la superficie dental o hay una banda gruesa continua de cálculo subgingival alrededor de la parte cervical del diente, o ambos
No registrado	9	No registrado

C			
P			
	17-16 (V)	11-21 (V)	26-27 (V)
	46-47 (L)	41-31 (V)	36-37 (V)
P			
C			
	IP=	IC=	IHOS=

**Caries (CPO / ceo)**

Código	Criterio
0	Sano
1	Cariado
2	Obturado ( <i>sin caries</i> )
3	Extracción indicada ( <i>temporal</i> )
4	Perdido por caries
5	Perdido por otras causas
6	Fisura obturada
7	Soporte de puente o corona
8	Diente no erupcionado
9	Traumatismo
10	No aplicable ( <i>no registrado</i> )

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		

C =  
 + P =  
 O =

Doy mi consentimiento firmado para que se realice la revisión de mi boca para conocer el estado de salud de la misma.

Se me ha informado que en ningún momento me realizarán ningún procedimiento curativo o que altere los tejidos de mi boca, y si fuera necesario 

No	Si
----	----

 autorizo se tome una fotografía exclusivamente de mi boca para explicar como puedo prevenir alteraciones mayores en los dientes y en mis tejidos bucales.

Nombre y firma \_\_\_\_\_

EL CEPILLADO DIARIO ES IMPORTANTE PARA LA SALUD DE LAS ENCÍAS Y DIENTES

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUEDO

EN DESACUERDO

SE DEBEN CEPILLAR LOS DIENTES TRES VECES AL DÍA DESPUÉS DE CADA ALIMENTO

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUEDO

EN DESACUERDO

PARA LA LIMPIEZA DE LOS DIENTES ES NECESARIO USAR CEPILLO DE DIENTES, PASTA E HILO DENTAL

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUEDO

EN DESACUERDO

NO ES NECESARIO CEPILLAR LA LENGUA NI EL PALADAR YA QUE PUEDEN PROVOCAR VOMITO Y SANGRADO

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUEDO

EN DESACUERDO

CONSUMIR DULCES REFRESCOS NO AFECTA A LOS DIENTES

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUEDO

EN DESACUERDO

EN LA PLACA DENTAL HABITAN ES UNA MACILLA BLANDA COMPUESTA POR BACTERIAS QUE DAÑAN AL ESMALTE DE LOS DIENTES

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUEDO

EN DESACUERDO

LA CARIES SE DESARROLLA POR LA PLACA BACTERIANA

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUEDO

EN DESACUERDO

LA PLACA DENTOBACTERIANA SE FORMA POR CONSUMIR COMIDA FIBROSA

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUEDO

EN DESACUERDO

EL CEPILLADO DE LOS DIENTES EN LA NOCHE ES LA MAS IMPORTANTE PORQUE SE ACUMULA MAS PLACA

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUEDO

EN DESACUERDO

LA APLICACIÓN DE FLUORURO HACE MAS GRUESOS A LOS DIENTES

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUEDO

EN DESACUERDO

ES BUENO COMER DULCES ANTES DE CADA COMIDA Y NO LAVARSE LOS DIENTES

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUEDO

EN DESACUERDO

ES NORMAL QUE APAREZCAN LESIONES EN LA BOCA DE LAS PERSONAS CUANDO CONSUMEN DROGAS O FUMAN

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUEDO

EN DESACUERDO

NUNCA DEBEN LAVARSE LAS PRÓTESIS BUCALES REMOVIBLES

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUEDO

EN DESACUERDO

ES NORMAL QUE CON LA EDAD SE PIERDAN LOS DIENTES

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUEDO

EN DESACUERDO

ES NORMAL QUE LA BOCA DE LAS PERSONAS TENGA MAL OLOR

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUEDO

EN DESACUERDO