



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ESTADO DE SALUD BUCODENTAL Y SU
ASOCIACIÓN CON ANTECEDENTES PATOLÓGICOS
EN UNA POBLACIÓN DE MILPA ALTA

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:

DANIELA GUADALUPE RIVERA LIRA

TUTORA: Mtra. MIRIAM ORTEGA MALDONADO

MÉXICO, D.F.

2013



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.



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 Dios:

Por todo lo que tengo, por guiarme siempre por el camino correcto, por estar rodeada de amor y por poner en mi camino a tantas personas valiosas de gran corazón.

A mis **papas**:

Por su gran amor, su confianza en mí y su apoyo incondicional, sin ustedes simplemente nada de esto sería posible, no tengo como pagarles todo lo que han hecho por mí, todo lo que me han dado, espero nunca defraudarlos y poder darles todas las alegrías y satisfacciones que se merecen. Son los mejores, los amo mucho.

A **Frida**:

La mejor hermana del mundo, gracias por ser la mejor compañera, amiga, hermana y cómplice que la vida pudo regalarme, gracias por tu cariño, tu confianza, tu tolerancia, por siempre estar a mi lado, por quererme tanto (o eso creo), gracias por siempre estar para mí, es que simplemente eres el mejor changuito del mundo, te quiero muchísimo.

A mi **familia**:

Sólo tengo agradecimiento y cariño para todos ustedes, gracias por todo el cariño que siempre me han dado, por formar parte de mi vida de la manera tan entregada en que siempre lo hacen, soy muy afortunada de tenerlos conmigo, a ti tía Carmen te quiero tanto, gracias por cuidarme, en todos los recuerdos bellos de mi infancia estás tú, tú también eres parte muy importante de este logro. A mi tía Pau, gracias por ser como eres conmigo, tus risas, tus bromas, por querernos tanto a pesar de que somos algo especial, gracias por estar al pendiente y siempre dispuesta; a mi tía Ceci, que te digo? sin toda tu ayuda esto no hubiera sido posible de la manera en que se logro, muchísimas gracias, eres genial; a mi tía Vianey, gracias por todo el apoyo, el cariño, por siempre creer en mí; gracias a todos, tía Clau, tío Adrián,



gracias a todos, la verdad no quiero dejar de mencionar a nadie, toda mi familia es muy importante y especial para mí, son increíbles todos, los quiero mucho.

A ti **Enrique**:

Que te puedo decir que no te haya dicho ya? Le agradezco a Dios infinitamente por haberte puesto en mi camino, gracias por ser como eres, gracias por todo el apoyo, por creer en mí y en lo que hago, por guiarme, por enseñarme tantas cosas día con día, gracias por la paciencia, toda la ayuda y el inmenso amor que me has dado en estos 6 años. GRACIAS.

Amigos:

Agradezco tanto haber coincidido con gente tan especial y maravillosa, mis compañeros de toda la vida: Fabi, Ulises, Rodrigo, espero siempre tenerlos en mi vida. A mis amigos de la Facultad, gracias por compartir su amistad, sus conocimientos, su felicidad y todas las aventuras que se viven en la FO conmigo, queridísima Nadya te agradezco todos los consejos y tu valiosísima amistad, los mejores momentos que tuve ahí, sin duda fueron a tu lado; Sara, eres alguien muy especial, a la primera a la que conocí en la Facultad y a la que quiero siempre en mi vida; gracias a todos a Bere, Bernardo, Laura, Claudia, Mayte, los quiero mucho, son los mejores amigos!

A mi Tutora la **Mtra. Miriam Ortega**:

Gracias por aceptarme y permitirme realizar este sueño bajo su dirección, gracias por regalarme su tiempo, sus conocimientos y su paciencia. Muchas gracias, sin duda la mejor.

GRACIAS



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	7
2. MARCO TEÓRICO	9
2.1 Estado de Salud Bucodental	9
2.1.1 Caries Dental	11
2.1.2 Enfermedad Periodontal	14
2.1.3 Higiene Oral	18
2.1.4 Enfermedades de la ATM	20
2.1.5 Maloclusión	22
2.2 Antecedentes Patológicos	23
2.2.1 Cardiopatías	23
2.2.2 Hipertensión Arterial	25
2.2.3 Fiebre Reumática	28
2.2.4 Enfermedades Respiratorias	29
2.2.4.1 Enfermedades Respiratorias Agudas	30
2.2.4.2 Enfermedades Respiratorias Crónicas	30
2.2.5 Discrasias Sanguíneas	32
2.2.5.1 Leucemia	32
2.2.6 Diabetes Mellitus	33
2.2.7 Hepatitis	37



2.2.7.1 Hepatitis A	37
2.2.7.2 Hepatitis B	37
2.2.7.3 Hepatitis C	38
2.2.8 Epilepsia	38
2.2.9 Alcoholismo	41
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	43
4. JUSTIFICACIÓN	44
5. OBJETIVOS	46
5.1 General	46
5.2 Específicos	46
6. MATERIAL Y MÉTODOS	47
6.1 Tipo de estudio	47
6.2 Población de estudio	47
6.3 Selección y tamaño de la muestra	47
6.4 Criterios de selección	47
6.4.1 Criterios de inclusión	47
6.4.2 Criterios de exclusión	48
6.5 Variables de estudio	48
6.6 Recursos	49
6.6.1 Recursos humanos	49
6.6.2 Recursos materiales	49



6.6.3 Recursos financieros	49
7. RESULTADOS	50
8. CONCLUSIONES	67
9. REFERENCIAS	69
ANEXOS	75

1. INTRODUCCIÓN

En la Epidemiología existe una diversidad de estudios que permiten comprender el comportamiento de la sociedad bajo una determinada circunstancia en particular, en el aspecto médico se refiere al comportamiento de una enfermedad sobre una población determinada; sin embargo hay escasos registros estadísticos de diversos temas, uno de ellos es la relación entre antecedentes patológicos y la salud bucal.

La escasa información existente de este planteamiento a nivel mundial y en México se debe a la poca atención que se le ha dado al tema y, por tanto, se le ha restado importancia a la relación que pudiera existir entre las manifestaciones en cavidad bucal con respecto a pacientes que presenten antecedentes patológicos. Lo anterior se refleja en la poca creación de programas de salud y prevención y la dificultad de establecer canales de interconsulta más claros para la remisión de pacientes para atender enfermedades sistémicas y bucales de forma paralela.

Así como en diversos países subdesarrollados, México presenta tasas altas de pacientes con antecedentes patológicos, ya sean bajo tratamiento o sin él. Las enfermedades que más reportan los pacientes tener se encuentran la Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, Fiebre Reumática, Cardiopatías, Hepatitis B y C, Enfermedades de Vías Respiratorias, entre otras sumándose el Alcoholismo y Tabaquismo. Mientras que en la cavidad bucal, la caries es la enfermedad bucal con mayor presencia en los pacientes, seguida de la enfermedad periodontal, abscesos agudos y padecimientos en Articulación temporomandibular.



Parte de los factores que influyen en la distribución de los antecedentes patológicos son de tipo geográfico, educativo y socioeconómico, donde las regiones más vulnerables presentan los porcentajes más altos de enfermedades.

Se realizó un estudio en un Centro de Salud de la delegación Milpa Alta en el Distrito Federal, con un registro de 116 expedientes clínicos en los que se tomaron datos como escolaridad, ocupación, exploración física y estado actual; también se revisó el expediente dental para establecer un diagnóstico del estado de salud bucodental, así como obtener el estado de salud en general.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Estado de Salud Bucodental

La salud bucal es un elemento importante de la salud general y la calidad de vida de los individuos ^{1,2}.

En México los problemas de salud bucal, como la caries y las enfermedades periodontales, se consideran como un problema de salud pública debido al alto número de personas que la padecen ³.

La distribución y severidad de las mismas varía de una región a otra y su aparición está fuertemente asociada con factores ambientales, socioculturales, económicos y del comportamiento ³.

La cavidad bucal permite hablar, sonreír, besar, tocar, oler y degustar, de tal manera que las alteraciones de la boca pueden limitar el desempeño escolar, laboral y en el hogar; de ahí que el impacto psicosocial de los problemas bucales puedan afectar la calidad de vida de las personas. Por ello, es un elemento importante de la salud general ⁴.

En otras palabras, la salud bucal no puede visualizarse únicamente como un simple problema dentario. Lo anterior se ha demostrado en algunos estudios alrededor del mundo que indican que las infecciones de origen bucal tienen repercusión sobre diversas enfermedades sistémicas ^{3, 5,6}.

Asimismo, algunas condiciones de salud sistémicas tienen manifestaciones bucales que aumentan el riesgo para enfermedades de la boca y que, a su vez, son factores de riesgo para algunas condiciones sistémicas ¹.

La salud bucal, a pesar de ser parte de la salud general de los individuos y de haberse demostrado que tiene impacto en su calidad de vida, frecuentemente es excluida por las mismas personas, en los programas de promoción a la salud y por los sistemas de salud; incluso, hay sistemas en los que la salud bucal es considerada de manera aislada, permitiendo que la brecha de inequidad relacionada con las condiciones de salud sea más pronunciada ¹.

La percepción que explica el por qué la incapacidad funcional causada por la enfermedad bucal no ha sido incorporada dentro de los indicadores del estado de salud general, es que las condiciones bucales son comúnmente experimentadas por la mayoría de los individuos, y como no amenazan la vida en comparación con otras condiciones más serias, los individuos no asumen el “rol de enfermo” para la mayoría de las condiciones dentales ⁷.

Sin embargo, la evidencia sugiere que las condiciones dentales tienen un impacto significativo sobre la funcionalidad. Por ejemplo, datos de la Encuesta Nacional de Salud en Estados Unidos de Norteamérica indican que sólo los dolores dentales causan aproximadamente 17.7 millones de días de actividad restringida, lo que representa un serio problema de salud para la sociedad y un gasto importante para los sistemas de salud. Este impacto rebasa el ámbito puramente bucodental: varias investigaciones han demostrado la asociación existente entre las enfermedades bucales y las enfermedades sistémicas como endocarditis, enfermedad cerebrovascular, enfermedad coronaria, infarto, hipertensión, diabetes mellitus, enfermedad respiratoria, y osteoporosis, así como bajo peso al nacer y nacimientos prematuros, deficiencias nutricionales en los adultos, y cáncer ⁷.

Se ha identificado a la edad, el sexo, el estado civil, la educación, el ingreso económico, la autopercepción del estado de salud general, la presencia de padecimientos crónicos, la limitación en las actividades de la vida diaria, entre otros, como factores asociados con la progresión de las enfermedades dentales ¹.

2.1.1 Caries Dental

Se describe como un proceso patológico que sucede luego de la erupción dental, involucra el desbalance entre las interacciones moleculares de la superficie del diente y la película biológica (placa dentobacteriana). Se manifiesta a través del tiempo como la desmineralización acumulativa del diente, que tiene el potencial para producir una cavitación en el esmalte con el daño colateral a la dentina y la pulpa; esta desmineralización es causada por productos de degradación de las bacterias ¹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha definido a la caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de una cavidad ².

La República Mexicana, de acuerdo con la clasificación Internacional de la (OMS), se encuentra entre los países con alto rango de frecuencia en enfermedades bucales, dentro de ellas la caries dental, que afecta a más del 90% de la población mexicana. También la OMS ha declarado que se estima que cinco mil millones de personas en el planeta han sufrido caries dental ².

Gran parte de la población la padece de forma innecesaria, debido sobre todo al estilo de vida (dieta e higiene bucal inadecuada), así como al acceso restringido a los servicios de salud odontológicos, la falta de cultura de la población en cuanto al cuidado de la boca y los altos costos que la atención odontológica representa, entre otros ⁸.

Dentro de los principales factores de riesgo se puede citar la higiene deficiente, la dieta rica en azúcares, la susceptibilidad (determinada por pH salival bajo), las colonias numerosas de *Streptococo mutans* en la flora bucal, la genética (determinada por la formación y calidad de la formación del diente) y la xerostomía (boca seca) ¹.

Asimismo, para su medición se utilizan indicadores en el campo clínico para valorar el efecto del cuidado de los dientes en la salud dental de la comunidad o bien, para registrar la prevalencia, incidencia de caries e historia natural de la enfermedad ⁴.

Existen diversos indicadores reconocidos internacionalmente para determinar y cuantificar el estado de salud bucal de la población, en relación a la caries dental, de ellos, el más utilizado y universal es el índice CPOD por sus siglas Cariado, Perdido y Obturado – Diente ⁴.

Es el más utilizado y difundido de los indicadores de caries dental que refleja la presencia de caries en la dentición permanente, fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio sobre el estado dental y la necesidad de tratamiento de niños en Maryland, Estados Unidos, en 1935. Desde entonces, se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para calcular la prevalencia de caries dental ^{2,}

^{9,10}.



Así mismo, se establecen niveles de severidad de prevalencia de caries, según los siguientes valores basados en la sumatoria de los tres componentes del CPOD.

Muy bajo = 1.1

Bajo = 1.2-2.6

Moderado = 2.7 – 4.4

Alto = 4.5 – 6.5

Muy Alto = 6.6 y más.

Resultados de la Primera Encuesta Nacional de Caries y Fluorosis dental 1996-2000 informan que el promedio del índice CPOD a la edad de 12 años fue de 2.23; en ambas anomalías se observa un alto porcentaje de caries no tratadas. Asimismo, la Encuesta Nacional de Caries Dental 2001 señala que la prevalencia de caries para el grupo de edad de 15 años fue de 58% y el índice CPOD de 1.91, mientras que para el DF la prevalencia fue de 88.6% con un índice CPOD de 5.31 ¹¹.

En 1993, Maupome estudió a 2 596 pacientes de zonas marginales de diferentes estados de la República Mexicana y notificó un índice CPOD de 8.3 en mayores de 15 años. De igual modo, en el año 2000 Rivas realizó un estudio en una muestra representativa de 540 adolescentes del estado de Zacatecas y halló un CPOD de 7.2. Esta información es similar a la de Rivera y colaboradores del año 2006, en la que se identificó un índice CPOD de 6.8 y una prevalencia de caries de 97% en 113 estudiantes de bachillerato ¹¹.

La situación presentada por la Federación Dental Internacional en su atlas de Salud Oral de 2009 informa que la caries es el mayor problema de salud pública mundial ¹².

La marcada tendencia que muestran los países desarrollados en presentar un predominio de piezas dentarias obturadas en comparación con los países subdesarrollados, (donde predominan las piezas dentarias cariadas), es corroborada por diferentes estudios poblacionales como los realizados en Australia y España para piezas dentarias obturadas, y como los realizados en Irán y regiones del interior de China para piezas dentarias cariadas ¹².

Latinoamérica, presenta escasez de información y actualización en sus datos de situación de caries, salvo Brasil, cuya encuesta 2010 describe un CPO de 16.75 para los 35 a 44 años y de 27.53 para los 65 a 74 años. En el rango de edad de 35 a 44 años, el componente perdido y el componente cariado son los que predominan. Los porcentajes de dientes libres de caries fueron 0.9% para los 35 a 44 años y de 0.2% para los 65 a 74 años respectivamente ¹².

Con base en los estudios revisados, la caries dental es aún el principal problema de salud pública por su elevada prevalencia. Sin embargo, como puede observarse, los estudios se enfocan en la población comprendida entre los 6 y 15 años de edad, lo cual muestra una escasez de datos en individuos de mayor edad ¹¹.

2.1.2 Enfermedad Periodontal

Es una enfermedad de etiología infecciosa que se refiere a la alteración de los tejidos de soporte de los dientes (ligamento periodontal, hueso alveolar) por la presencia de colonias de bacterias y sus subproductos en el espacio existente entre la superficie dental y la encía marginal; este espacio aumenta su profundidad como efecto de la agresión constante de los subproductos de

las bacterias que colonizan ese espacio, el cual también puede modificarse por la acción física de la calcificación de la placa dentobacteriana, provocando migración apical de la encía y exponiendo la superficie radicular al medio ambiente bucal y al trauma oclusal ^{2,4}.

Los factores de riesgo que se observan en el desarrollo de la enfermedad periodontal son, hábitos de higiene bucal deficiente, presencia de placa dentobacteriana, colonias de *Actinobacillus actinomycetengencomitans*, *Prophyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Bacteroides forsythus*, *Treponema denticola*; hábito de tabaquismo, dieta rica en azúcares, enfermedades crónicas (diabetes, alteraciones del sistema cardiovascular), estas últimas favoreciendo la progresión rápida de la enfermedad ^{2,4}.

Varias condiciones pueden dar lugar a un aumento de la prevalencia, incidencia o severidad de la gingivitis y la periodontitis.

Los efectos de un número significativo de enfermedades sistémicas no están claros; a menudo es difícil establecer una relación causal con enfermedades como la periodontitis. En muchos casos, la literatura no es suficiente para hacer afirmaciones definitivas sobre la relación entre determinados factores sistémicos y la periodontitis; para una serie de condiciones sólo existen reportes de casos, mientras que en otras áreas una extensa literatura está presente. En el pasado, la periodontitis se ha asociado con las condiciones de salud alterada, como la diabetes, la obesidad, las enfermedades cardiovasculares, o el nacimiento prematuro ^{13,14}.

En las últimas décadas muchos estudios han tratado de definir mejor la asociación entre las enfermedades periodontales inflamatorias y las enfermedades sistémicas como las diversas manifestaciones de alteraciones cardiovasculares (ateromatosis, rigidez vascular, hipertensión), artritis

reumatoide, diabetes y complicaciones durante el embarazo con efectos adversos para la salud periodontal y general. Salud oral es salud sistémica¹⁵.

Los informes, publicados en las actas de la Academia Americana de Periodontología (AAP), en colaboración con la Federación Europea de Periodontología (EFP) el 11 de noviembre de 2012, son el producto de un taller realizado de manera conjunta sobre la conexión entre periodontitis y ciertas enfermedades sistémicas¹⁵.

1. Las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades periodontales.
2. La diabetes y las enfermedades periodontales.
3. Los efectos adversos del embarazo y las enfermedades periodontales.
4. Las enfermedades periodontales y diversas enfermedades sistémicas (tales como EPOC –enfermedad pulmonar obstructiva crónica-, neumonía, enfermedad renal crónica, artritis reumatoide, deterioro cognitivo, obesidad, síndrome metabólico y cáncer)¹⁵.

La periodontitis es una enfermedad inflamatoria crónica con consecuencias potencialmente negativas para la salud en general. Estudios epidemiológicos transversales y prospectivos han mostrado que la periodontitis aumenta el riesgo de mal control glucémico en pacientes con diabetes mellitus, así como complicaciones en la diabetes y una alta morbilidad asociada^{14,15}.

Aproximadamente, 85% de los adultos en México tiene gingivitis, mientras que 30 % padece periodontitis y 15 % periodontitis severa¹⁴.

Al igual que la caries dental, existen indicadores utilizados en periodoncia para medir la placa y el cálculo dental, las alteraciones gingivales y el posible sangrado gingival tras el sondaje; también valoran el estado periodontal y

finalmente pueden utilizarse para indicar las necesidades de tratamiento de poblaciones ¹⁶. Dentro de ellos, los más utilizados son el Índice Periodontal de Necesidades de Tratamiento de la Comunidad por sus siglas en inglés (CPTIN) y el índice Periodontal Comunitario (CPI) ¹⁶.

El CPTIN fue descrito por Ainamo y cols. en 1982, es el índice que más se ha utilizado para las encuestas epidemiológicas, después de ser aceptado por la FDI y OMS, aunque también se puede aplicar de forma individual ¹⁶.

Los códigos utilizados se describen en el cuadro 1.

Cuadro 1. Códigos del CPTN

Códigos y criterios del índice CPITN	
Código	Criterio
0	Ausencia de signos patológicos
1	Existe sangrado al sondear. No hay cálculo. No tiene bolsa.
2	Presencia de cálculo y/o obturaciones desbordantes
3	Bolsa periodontal menor de 3.5 mm (banda negra parcialmente oculta)
4	Bolsa periodontal de 5.5 mm o más (banda negra completamente oculta)

Fuente: Periodoncia para el Higienista Dental. Aguilar

Los códigos anteriores nos indican las Necesidades de Tratamiento (NT) para cada sextante en el cuadro 2.

Cuadro 2. Necesidades de tratamiento.

Códigos y criterios del índice NT	
Código	Criterio
NT 0	No necesita tratamiento (código 0).
NT 1	Necesita instrucciones de higiene oral (código 1)
NT 2	Eliminación de cálculo y/o obturaciones desbordantes (código 2 y 3)
NT 3	Necesita tratamiento complejo (código 4)

Fuente: Periodoncia para el Higienista Dental. Aguilar

El CPI es una variante del CPITN porque también mide la presencia de sangrado periodontal, el cálculo y las bolsas periodontales, pero lo completa ya que recoge la pérdida de inserción de los dientes. Actualmente ha sustituido al CPITN en la encuesta de salud oral de la OMS de 1997¹⁶.

Los códigos utilizados para el sangrado gingival, el cálculo y las bolsas periodontales son los mismos que en el CPITN.¹⁶

2.1.3 Higiene Oral

La placa dentobacteriana y la microbiota del surco gingival constituyen el factor de riesgo que más se asocia con el origen y la evolución de la gingivitis crónica por ser el contacto mantenido de los microorganismos con la encía. Estos microorganismos y sus productos inician el proceso, pues al acumularse en las proximidades gingivales estimulan la respuesta inmunoinflamatoria en la que los elementos celulares, vasculares y humorales, intentan destruir, neutralizar o reducir la acción irritante de ellos y a su vez estos tratan de reparar los daños, lo que provoca una respuesta de

carácter defensivo, pues el hospedero en sus esfuerzos por contrarrestar las bacterias libera diversas sustancias que pueden causar un mayor daño a los tejidos periodontales ^{17, 18}.

Se relaciona el grado de higiene bucal con la prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal, y precisan que las personas que tienen mala higiene bucal, generalmente sufren de una gingivitis más severa que aquellos que tienen una higiene aceptable ^{17, 18}.

La asociación positiva de una higiene bucal deficiente y el padecimiento gingival y periodontal hacen de la placa dentobacteriana el agente etiológico primario ¹⁸.

La educación sanitaria constituye un elemento esencial que tiene por objetivo promover, organizar y orientar a la población sobre lo que debe hacer para mantener una salud óptima, como es el caso de las afecciones bucodentales, las cuales pueden evitarse con un correcto cepillado ¹⁷.

Hay muchos métodos de cepillado dentario pero es la minuciosidad y no la técnica el factor que determina su eficiencia. Otro método de higiene bucal es el uso del hilo dental que es muy eficaz para limpiar las superficies dentarias proximales ¹⁷.

Durante siglos se ha recomendado la higiene bucal correcta como medida preventiva contra las enfermedades dentarias, a pesar de que se careció de bases científicas hasta mediados del siglo XX cuando comenzaron a realizarse estudios epidemiológicos bien trazados (Löudal y col. 1958; Greene 1960, 1963; Greene y Vermillón, 1960 Ramfjord, 1961; Löe, 1963 Waerhau, 1971). A partir de tales encuestas quedó establecido que los

depósitos de placa microbiana mineralizados o no, son el factor de riesgo más asociado a la enfermedad periodontal ⁵.

En 1960 Greene y Vermillón crearon el índice de higiene oral (OHI, por sus siglas en inglés *oral hygiene index*); más tarde lo simplificaron para incluir sólo seis superficies dentales representativas de todos los segmentos anteriores y posteriores de la boca. Esta modificación recibió el nombre de OHI simplificado (OHI-S, por sus siglas en inglés *oral hygiene index simplified*). Que se conoce también como Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) ¹⁹.

Mide la superficie del diente cubierta con desechos y cálculo. Se usó el impreciso término *desecho* dado que no era práctico diferenciar entre la placa, los desechos y la materia alba ¹⁹.

Asimismo, lo práctico de establecer el peso y grosor de los depósitos blando incitó a la suposición de que en tanto más sucia se encontrara la boca, mayor sería el área cubierta por los desechos. Esta inferencia también denota un factor relativo al tiempo, dado que mientras más tiempo se abandonen las prácticas de higiene bucal, mayores son las probabilidades de que lo desechos cubran la superficie del diente ¹⁹.

El IHOS consta de dos elementos: un índice de desechos o placa bacteriana simplificado y un índice de cálculo simplificado ¹⁹.

2.1.4 Enfermedades de la ATM

La articulación temporomandibular (ATM) se considera básicamente una diartrosis bicondílea ya que se encuentra conformada por dos superficies

convexas recubiertas por un fibrocartílago con movimientos libres de fricción y un elemento de adaptación entre ambas que es el disco articular.

Esta articulación está situada en la base del cráneo, y está delimitada esencialmente por la porción escamosa del hueso temporal, el proceso condilar de la mandibular, un menisco, los ligamentos, la cápsula y demás estructuras relacionadas como los componentes neuromusculares ²⁰.

Cuando existe alguna alteración de las estructuras que integran la ATM, se puede pensar en una disfunción temporomandibular (DTM). Es importante tener en cuenta que según estadísticas internacionales sólo el 17% de la población está libre de problemas a nivel articular y el 83% presenta manifestaciones entre leves y graves de DTM ²⁰.

Entre los factores de riesgo que desencadenan una DTM se encuentran el género y la edad, como se reporta en estudios realizados por Bottino y Algozaín quienes observaron que la presencia de las alteraciones de la ATM son más frecuentes en mujeres, lo cual puede ser debido a factores hormonales, a las características morfológicas y las de carácter emocional. Por edad también se han observado diferencias importantes, dejando de manifiesto que a mayor edad mayor el riesgo a desarrollar algún tipo de disfunción en la ATM ²⁰.

En la literatura, las maloclusiones, bruxismo y mordidas cruzadas son considerados los principales factores de riesgo para producir disfunciones de ATM ²⁰.

2.1.5 Maloclusión

La maloclusión es la alineación incorrecta de los dientes. Las maloclusiones representan un problema de salud frecuente en la población. De acuerdo con los datos de la OMS, México se encuentra entre los países de más alto rango de frecuencia de enfermedades bucales ²¹.

Las maloclusiones pueden interferir con las funciones de la boca, influyen en el autoestima y generan altos costos económicos y sociales. No es infrecuente que se asocien a problemas respiratorios, que predispongan a la acumulación de placa dentobacteriana y al desarrollo de enfermedad periodontal, especialmente cuando se acompañan de alteraciones dentales de posición, número, forma o con apiñamiento, ya que es más complicado el cepillado en dientes mal alineados ^{21, 22}.

Proffit y Vig coinciden en señalar que para prevenir se deben identificar los factores etiológicos de las maloclusiones, que éstas tienen un origen multifactorial e incluyen factores genéticos y ambientales actuando simultáneamente, de manera aislada o en grupo, por lo que a veces es difícil de establecer el origen real. Graber dividió los agentes etiológicos en: a) factores intrínsecos o locales, que pueden ser identificados e interceptados por el odontólogo, y b) factores extrínsecos o generales, que corresponden a elementos genéticos o sistémicos ²¹.

Una de las causas intrínsecas más importantes de maloclusión la constituyen los hábitos parafuncionales de larga duración, ya que pueden alterar la función y equilibrio normal de dientes y maxilares. Otros factores son la pérdida prematura de dientes, caries dental, traumatismos, anomalías

dentales de número, tamaño, forma, posición y erupción, así como frenillos labiales con inserción atípica y otras patologías ²¹.

Las maloclusiones se sitúan inmediatamente por detrás de las caries y la enfermedad periodontal en términos de cantidad de personas afectadas.

Es difícil definir los límites exactos entre lo anormal en cuanto a la oclusión y aún más difícil conciliar la opinión, en cuanto a la gravedad de las maloclusiones, lo importante es determinar elementos imprescindibles en cualquier oclusión; su funcionalidad, su aspecto y su futuro en cuanto al sistema estomatológico respecta ²³.

2.2 Antecedentes Patológicos

2.2.1 Cardiopatías

Los problemas cardiovasculares son la causa más importante de morbilidad y mortalidad en los individuos, en especial después de los 40 años, siendo los trastornos en el latido y ritmo cardiaco razón frecuente no sólo de muerte súbita, sino de un gran número de alteraciones que en etapas tempranas pueden pasar desapercibidas ²⁴.

El aumento progresivo de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, especialmente por la cardiopatía isquémica aguda en el curso de las últimas décadas, representa un problema de salud que demanda una solución urgente ²⁴.

Las incidencias en el mundo de la enfermedad cardiovascular experimentaron un enorme crecimiento desde el año 1980 hasta el 2000. Este crecimiento no fue consecuencia de la disminución de las enfermedades infecciosas, sino que constituye un reflejo de la adopción de hábitos de vida perjudiciales, como el tabaquismo, la vida sedentaria, la diabetes mellitus, el aumento del consumo de grasas e hidratos de carbono y el estrés ²⁴.

La enfermedad coronaria continúa manteniéndose como la primera causa de muerte en los países desarrollados (tres de cada 4 muertes son de causa cardiovascular y se calcula que en el año 2020 será la primera causa de muerte en todo el mundo). En Estados Unidos de América se estima que unos 8 millones de consultas a las salas de urgencia, se deben al dolor torácico o síntomas sugestivos de eventos isquémicos, de los cuales ingresan en los hospitales unos 5 millones por año; en 2 millones de ellos la sintomatología no es de origen cardíaco. La situación comparativa de América Latina, cuya población duplica la norteamericana, es también catastrófica, el 30% de las muertes actuales son producidas por cardiopatías isquémicas y por mal llamada del tercer mundo esta región resulta afectada por la desventaja implícita en la alta pobreza y la carencia en los sistemas de salud de los recursos disponibles para ayudar a disminuir esta enfermedad. Las estadísticas cubanas han registrado una mortalidad ascendente entre los años 1970 al 2000, que han oscilado desde una tasa de 114 hasta 160/100 000 habitantes. En el año 2008 se reportó un ligero descenso hasta 154/100 000, lo que representó 17.143 muertes atribuidas a enfermedades isquémicas del corazón ²⁵.

Tal como sucede en enfermedades cardiovasculares, los fármacos para el control de estos trastornos pueden producir algún tipo de lesión o alteración

en cavidad oral. Medicamentos como la flecainida, quinidina y bloqueadores β adrenérgicos pueden producir cuentas bajas de plaquetas y traducirse esto en lesiones petequiales y tendencia a hemorragia. Inhibidores de los canales de calcio y digoxina quizá provoquen trastornos del gusto o sabor amargo constante ²⁴.

2.2.2 Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial es la enfermedad sistémica más frecuente en la población adulta. Se define como el aumento sostenido de la presión arterial por arriba de 140 mmHg para la presión sistólica, y superior a 90 mmHg para la diastólica. Para su diagnóstico se requiere de 3 o más lecturas mayores a 140/90 mmHg ²⁴.

Debido a su alta prevalencia (afecta al 20% de la población adulta mundial) y su íntima relación causal con el conjunto de las enfermedades cardiovasculares (ECV), la hipertensión arterial (HTA) es el primer factor de riesgo para la mortalidad y el tercero más importante como contribuyente a la discapacidad en todo el mundo ²⁶.

En el planeta la padecen más de 1 500 millones de personas, tanto en países desarrollados como subdesarrollados. La prevalencia mundial actual de diferentes estudios regionales, es de 30% de la población total, pero en las personas mayores de 60 años, su prevalencia asciende al 50% ²⁵.

En Estados Unidos de América la HTA afecta a 50 millones de personas aproximadamente. En algunos países europeos como España, oscila entre el 30 y el 35% de la población en general y más del 60% de la población senil.

En investigaciones recientes del Instituto Nacional de Higiene en Cuba, la prevalencia de la HTA en la población urbana alcanzó el 33.3% y la rural el 15%. Alrededor de 2 millones de cubanos son hipertensos ²⁶.

Entre el año 2000 y 2006, la prevalencia de HTA se mantuvo tan alta que afectó a 31.6% de los adultos mexicanos ²⁷.

En Estados Unidos, el control de la hipertensión en los tratados disminuye con el incremento de la edad, solo se encuentran controlados 53% de los hipertensos entre 60 y 69 años de edad, 37% de los comprendidos entre 70 y 79, y solo 31% de los que tienen más de 80. En los países en vías de desarrollo la situación es aún más crítica, por ejemplo, en la India y Bangladesh, solo 44% de los hipertensos eran conocidos y de estos solo 23% estaban controlados. En el estudio Inter Asia, se encontró que solo 46% de los hipertensos con más de 65 eran conocidos, solo estaban tratados 31.9% y 9% estaban tratados y controlados ²⁶.

La HTA no suele dar manifestaciones bucales por sí misma, con excepción de hemorragias petequiales debidas a aumento súbito y severo de la presión arterial; sin embargo, pueden identificarse lesiones y condiciones secundarias al empleo de medicamentos antihipertensivos. Entre las manifestaciones secundarias al uso de fármacos destaca la hiposalivación, que se acentúa en las personas que toman más de un fármaco antihipertensivo. La falta de saliva (xerostomía) puede ser leve, pero en algunos pacientes puede causar tendencia importante al desarrollo de caries y enfermedad periodontal ²⁴.

Por otro lado la hiposalivación, y con ella la disminución de de inmunoglobulina A secretora disponible, puede favorecer además del



desarrollo de caries, periodontitis e infecciones micóticas en la mucosa bucal

24

Existe más de un billón de hipertensos en el mundo; de estos, 70% corresponde a países en vías de desarrollo. La Hipertensión Arterial es uno de los principales determinantes de riesgo cardiovascular. En 1993 la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas de México (ENEC) informó una prevalencia de 26.6% de Hipertensión Arterial. La Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000 (INEGI); es decir, que en México para ese año se estimó que alrededor de 15 millones de personas tienen hipertensión arterial sistémica, o 1 de cada 2 mexicanos después de los 50 años la padece ²⁸.

En México con base en el Censo de Población y Vivienda, 2000, había 49.7 millones de mexicanos entre los 20 y 69 años, de los cuales de acuerdo con la ENSA 15.2 millones (30.05%) fueron hipertensos ²⁸.

La prevalencia de Hipertensión Arterial en el país fue de 30.05%. Conforme aumenta la edad aumenta la presión arterial. No obstante, a pesar de su elevada frecuencia, el incremento de esta enfermedad en cada década de la vida, la HTAS es prevenible, ya que la mayor parte de los factores de riesgo que la producen son resultado de los estilos de vida que llevan las personas, por lo tanto son modificables, a diferencia de los factores biológicos como la edad y el género. Con relación al género, se identificó que a partir de los 50 años la prevalencia de HTAS en la mujer fue mayor ²⁸.

En vista de algunas estadísticas demuestran que al menos 7.5% de la población demandante de atención dental, independientemente de la edad, padece HTA ²³.

2.2.3 Fiebre Reumática

La fiebre reumática es una enfermedad aguda recurrente y crónica que se desarrolla en el tejido conectivo de algunos individuos posiblemente debido a un mecanismo de inmunidad cruzada. Este proceso es desencadenado por una infección del estreptococo β hemolítico del grupo A, que comúnmente se presenta en amígdalas, faringe o vías respiratorias altas ^{24, 27}.

La fiebre reumática es una enfermedad de la infancia principalmente y ocurre con mayor frecuencia entre los cinco y quince años de edad. Las principales manifestaciones son: corea (movimientos involuntarios), artritis reumática, nódulos subcutáneos, erupciones cutáneas eritematosas y carditis.

La artritis reumática afecta las articulaciones; las muñecas, los tobillos, los codos y las rodillas son las más frecuentemente afectadas ²⁹.

La Fiebre Reumática (FR) ha ido disminuyendo su incidencia a través de la historia en las diferentes sociedades, siendo inclusive en los países más desarrollados considerada una enfermedad rarísima; tal vez por los avances médicos en diagnóstico y terapéutica farmacológica como la penicilina, lo que no ocurre en los países en vías de desarrollo donde estas cifras se mantuvieron o bien aumentaron ²⁴.

La Fiebre Reumática puede aparecer a cualquier edad, pero predomina en la edad pediátrica entre los 5 y 15 años, siendo excepcional antes de los 5 años y rara después de los 30. El 20% de los casos ocurre en los adultos, existiendo cierta predisposición genética. No hay diferencias en relación con la raza o con el sexo ³⁰.

Su distribución geográfica es favorecida por factores climáticos (humedad, frío) y socio-económicos (hacinamiento, pobreza), los cuales persisten en los países subdesarrollados y determinan la alta incidencia de FR, que en algunos casos es superior a los 150/100.000 habitantes ³⁰.

En Europa y Estados Unidos la prevalencia ha disminuido, llegando a ser una enfermedad rarísima; en los países subdesarrollados o en vías de desarrollo, continúa siendo endémica, siendo la causa más importante de enfermedad cardíaca adquirida en jóvenes adultos ³⁰.

Aproximadamente 90 mil personas mueren anualmente por esta enfermedad, siendo la principal causa de muerte por afección cardíaca en menores de 45 años ³⁰.

La fiebre reumática misma, no tiene como órganos blanco las estructuras bucales. La amigdalitis y faringitis inductoras de fiebre reumática, mostrarán enrojecimiento de dichas áreas ²⁴.

2.2.4 Enfermedades Respiratorias

El aparato respiratorio consiste en un conjunto de tubos que inicia en las fosas nasales, continúa con faringe, laringe y tráquea, a partir de la cual se presentarán una serie de divisiones en este sistema de conductos, llamados bronquios, que culminan en los sacos alveolares ²⁴.

Las enfermedades respiratorias ocupan los primeros 10 lugares como causa de mortalidad entre la población, afectando a individuos de diferentes edades e impactando fuertemente sobre la productividad económica y la vida diaria de los individuos que la sufren ²⁴.

2.2.4.1 Enfermedades Respiratorias Agudas

Incluyendo influenza y neumonía, en el mundo mueren alrededor de 3.5 millones de personas cada año por causa de las Enfermedades Respiratorias Agudas (IRA); solo en Estados Unidos el número de personas fallecidas es de 30.000 ³¹.

Son muchos los factores ambientales negativos que aportan al detrimento de la salud general en una comunidad; las IRA se reportan como una de las primeras tres causas de enfermedad a nivel mundial en pacientes de todas las edades y estratos sociales. Las enfermedades del sistema respiratorio como las IRA, no son susceptibles solo a la población infantil; el número de adultos afectados por este tipo de enfermedades esta notablemente aumentando ³¹.

2.2.4.2 Enfermedades Respiratorias Crónicas

Las Enfermedades Respiratorias Crónicas (ERC) agrupan a una serie de procesos crónicos respiratorios, de evolución progresiva e incurable, que cursan con insuficiencia respiratoria y una importante sintomatología y déficit.

Las dos patologías más importantes dentro de esta definición son la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y la fibrosis pulmonar ³².

La EPOC es un problema de salud pública de enormes proporciones que está aumentando en todo el mundo por su morbi-mortalidad, costos sociales y económicos. Supone la cuarta causa de muerte en los países occidentales. La Organización Mundial de la Salud OMS calcula que para el año 2020 la EPOC pasará de ser la causa número 12 de enfermedad en el mundo a la

quinta causa de años de vida perdidos, ajustados por invalidez, y del puesto sexto como causa más común de muerte a la tercera causa de mortalidad, sólo superada por el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, situándose incluso por delante del SIDA (INFOEPOC, 2007) ^{32, 33}.

En síntesis, la EPOC es una enfermedad que afecta a la población adulta o de edad avanzada y tiene una prevalencia mayor en población urbana de sexo masculino ³³.

Es más probable que los pacientes con EPOC tengan antecedentes familiares de enfermedades torácicas (Álvarez et al., 2001). Además, el cigarrillo es el factor etiológico y de riesgo más importante para su desarrollo. Aproximadamente un 80-90% de casos de EPOC se atribuyen al hábito del tabaco, y un fumador tiene diez veces más probabilidades de fallecer de esta enfermedad que una persona no fumadora (Parmet, 2003) ³³.

La ERC por lo común son más severas en los alcohólicos y los pacientes con enfermedad coronaria ³³.

No existen manifestaciones bucales propias del resfriado común o de la gripe, sin embargo son conocidos los efectos secundarios que producen los antihistamínicos, entre los que destaca la hiposalivación y xerostomía. La incidencia de úlceras aftosas y de lesiones herpéticas secundarias se incrementa durante los cuadros gripales y de resfriado ²⁴.

Entre las manifestaciones bucales del EPOC y del asma pueden observarse sequedad de las mucosas por respiración bucal, así como por el empleo de los agonistas β adrenérgicos, broncodilatadores. Los pacientes que usan corticosteroides por vía inhalatoria están en riesgo de desarrollar candidiasis bucal, por tanto deben recomendarse enjuagues bucales después de utilizar ese tipo de medicamentos ²⁴.

2.2.5 Discrasias Sanguíneas

El término de discrasias sanguíneas se utiliza para indicar una alteración general de la sangre. Las discrasias sanguíneas más frecuentes incluyen la leucemia, la anemia aplásica, la agranulocitosis y la trombocitopenia ³⁴.

2.2.5.1 Leucemia

La leucemia es una enfermedad maligna caracterizada por un marcado aumento en el número de leucocitos y precursores de los mismos en la sangre, unido a una proliferación del tejido linfático del bazo, la médula ósea y los ganglios. Según la evolución se pueden distinguir las leucemias agudas y los procesos mieloproliferativos crónicos entre los que se encuentran las leucemias crónicas ³⁵.

La creencia popular de que la leucemia aguda (LMA) es una enfermedad de niños y adultos jóvenes contrasta con la realidad, pues la inmensa mayoría de los pacientes con LMA son ancianos. La edad media de incidencia es 64 años, y se ha visto que esta aumenta con la edad, la cual constituye uno de los principales factores pronósticos adversos ³⁵.

Aunque ningún grupo de edad es inmune al desarrollo de LMA, la mayoría de los pacientes con esta enfermedad son ancianos. Se señala un mayor número de enfermos a partir de la sexta década de la vida, debido probablemente al deterioro del sistema inmune. En el hemisferio occidental, la incidencia de la LMA se incrementa con la edad, con una incidencia estimada de 10/100.000, en la población anciana. Estados Unidos en 1992 tuvo una incidencia en personas de 75 años de 16/100.000, mientras que la incidencia total para todos los grupos de edades fue 2.6 /100.000. Datos

recientes del norte de Inglaterra indican que la incidencia en ancianos es de 6/100 000, con una tendencia a desarrollarse más en hombres que en mujeres. Esta tasa es casi 6 veces la de la población general. La mortalidad tiene una tendencia ascendente en el anciano con respecto al joven ³⁵.

Las manifestaciones bucales son frecuentes y en ocasiones constituyen un signo temprano que puede ayudar en el diagnóstico precoz. La encía, debido a que presenta predisposición al infiltrado por células leucémicas, suele ser uno de los lugares más afectados pudiendo aparecer inflamación intensa y aumento del volumen, especialmente en la leucemia monocítica, en ausencia de irritantes locales como la placa o los traumatismos. También puede aparecer hemorragia gingival debido a la trombocitopenia ²⁴.

Los problemas periodontales y las pericoronitis deben ser atendidos oportunamente, ya que son reservorio importante de microorganismos grampositivos y gramnegativos, capaces de generar infecciones que pueden poner en peligro la vida del paciente ²⁴.

2.2.6 Diabetes Mellitus

La diabetes Mellitus es un síndrome caracterizado por aumento de los niveles de glucosa sanguínea causado por alteraciones en la secreción de la insulina, de su acción o de ambos y que se asocia a otros trastornos del metabolismo intermedio; su expresión más severa conlleva a la cetoacidosis, y luego de varios años puede producir complicaciones en diversos órganos tales como la retinopatía, la nefropatía, la neuropatía y la arteriosclerosis ³⁶.

Las posibles manifestaciones en los pacientes diabéticos bien controlados (sensibilidad, cambios en mucosas y periodontitis) serán menos frecuentes e intensas que en los no controlados ²⁴.



Dentro de las manifestaciones bucales se encuentran: aliento cetónico, atrofia mucosa, riesgo infeccioso, riesgo de sangrado, hiposalivación, enfermedad periodontal magnificada, caries e hipoplasia ²⁴.

La diabetes es un padecimiento conocido desde hace siglos; sin embargo, a fin del milenio el conocimiento de su etiología, historia natural y epidemiología es aún incompleto ³⁷.

La OMS y el Banco Mundial consideran a la diabetes como problema de salud pública. En sólo dos décadas los estudios epidemiológicos han tenido un gran impacto en la investigación, diagnóstico, atención y prevención de la diabetes ³⁷.

En 1955 existían 135 millones de pacientes diabéticos, se esperan alrededor de 300 millones para el año 2025. Entre 1995 y 2025 se ha estimado un incremento de 35% en la prevalencia. Predomina el sexo femenino y es más frecuente en el grupo de edad de 45 a 64 años ³⁸.

La prevalencia es mayor en los países desarrollados que en los países en vías de desarrollo y así continuará; sin embargo, el incremento proporcional será mayor en países en vías de desarrollo.

En los países desarrollados es más frecuente en la mujer, en los países en vías de desarrollo es casi igual en ambos sexos ³⁹.

En el Cuadro 3 se presenta una lista con los 10 países con el mayor número de personas con diabetes en el mundo en 1995, así como una proyección para el 2025, según la cual para ese año México pasará del noveno al séptimo lugar ³⁸.

Cuadro 3. Países con mayor porcentaje de adultos con diabetes Mellitus.

Lugar	1995		2025	
	País	Millones de adultos afectados	País	Millones de adultos afectados
1	India	19.4	India	57.2
2	China	16.0	China	37.6
3	Estados Unidos	13.9	Estados Unidos	21.9
4	Federación de Rusia	8.9	Pakistán	14.5
5	Japón	6.3	Indonesia	12.4
6	Brasil	4.9	Federación de Rusia	12.2
7	Pakistán	4.5	México	11.7
8	Indonesia	4.3	Brasil	11.6
9	México	3.8	Egipto	8.8
10	Ucrania	3.6	Japón	8.5
	Resto del Mundo	49.7	Resto del Mundo	103.6
	Total	135.3	Total	300.0

Fuente: Nutriología Médica. Casanova.

En la última década la prevalencia de diabetes en México se ha incrementado de forma notable, hasta colocarse como la segunda causa general de mortalidad de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, Geográfica e Informática³⁸.

La diabetes es una causa relevante de morbilidad y mortalidad, los cuales podrían disminuir con un diagnóstico y un tratamiento oportunos ³⁸.

La mortalidad está relacionada al índice marginalidad no sólo en la magnitud sino también en el tipo de patología. La mayor proporción de muertes por enfermedades crónico-degenerativas en 1998 se observó en el área metropolitana de la ciudad de México (63.3%), seguida de la región Norte del país (60.3%), posteriormente la región Centro (47%) y la región Sur (43.7%) ³⁷.

Los pacientes diabéticos en México viven 20 años en promedio con la enfermedad; este padecimiento se presenta entre los 35 y 40 años. Anualmente se registran 210 mil personas diabéticas y fallecen 30 mil aproximadamente. Por cada diabético que muere se detectan siete nuevos casos de enfermedad.

La mortalidad por diabetes mellitus es mayor en los estados del Norte que en los del Sur, los del Centro tienen un comportamiento intermedio y el D.F. se comporta como los Estados del Norte, es más frecuente en los grupos sociales con estilo de vida urbano ³⁷.

También es la principal causa de demanda de consulta externa en instituciones públicas y privadas y uno de los principales motivos para la hospitalización. Es más frecuente en el medio urbano (63%) que en el rural (37%) y mayor en mujeres que hombres ³⁷.

La esperanza de vida de un individuo diabético es de dos tercios de la esperada; los pacientes con complicaciones crónicas tienen el doble de posibilidades de morir que la población general ³⁷.

Se le considera una enfermedad para la que existen medidas dietéticas y de estilo de vida, además de medicamentos, lo que aunado a una vigilancia adecuada, su aparición y desarrollo de complicaciones se pueden reducir en forma importante ³⁷.

2.2.7 Hepatitis

Su definición indica enfermedad inflamatoria del hígado, caracterizada por hepatomegalia, anorexias, molestias abdominales, gástricas, función hepática anormal y orina oscura ^{38,40}.

Puede ser ocasionada por infecciones bacterianas, virales, parasitarias, alcohol, fármacos, toxinas y procesos autoinmunes ^{38,40}.

2.2.7.1 Hepatitis A

Hepatitis viral A (HVA) por lo general se adquiere vía tracto digestivo, clínicamente es un padecimiento benigno, autolimitado y no deja secuelas. Aproximadamente de 2 a 3% de las hepatitis fulminantes son asociadas al VHA ⁴⁰.

2.2.7.2 Hepatitis B

Este tipo de alteración hepática la produce el virus de la hepatitis B (VHB). Este virus se adquiere por vía parenteral y por contacto directo con fluidos corporales, secreciones y objetos contaminados ⁴¹.

Panorama en América y en Colombia: el índice de infección por el VHB en la cuenca amazónica de Brasil y regiones del Perú, Colombia, Venezuela, Haití y República Dominicana es alto (> 8%). El índice de infección actual se considera intermedio 2 a 7% en Guatemala, Honduras y Cuba, y bajo en el resto de Centroamérica, incluyendo México (< 2%). En América del Sur el número de portadores del VHB aumenta del Sur al Norte. La prevalencia en Argentina, Uruguay, Chile y sur del Brasil varía desde 0,5 hasta 1,1%, mientras que en el centro y noroeste de Brasil se estima entre 1.5 y 3.0%. La cuenca del Amazonas es una zona de alta endemia con una prevalencia del 5 al 15%. La prevalencia del VHB en América Central es baja a moderada 1 al 3%, al igual que el Caribe 1 al 2%. Esta asciende en República Dominicana y Haití, donde alcanza el 4.1% y más. La infección por el VHB varía significativamente en las regiones de América Latina según el estado ocupacional, el nivel socioeconómico, la raza y el origen de la población (urbana o rural) ⁴¹.

2.2.7.3 Hepatitis C

Anteriormente denominada no A no B, desde el punto de vista clínico, la VHC se parece al VHB, su vía de transmisión es parenteral (percutánea) y sexual. Es responsable de 90% de las hepatitis postransfusionales y de 40 a 80% de las hepatitis esporádicas ⁴¹.

2.2.8 Epilepsia

Llamadas también crisis convulsivas, son trastornos de la función cerebral de aparición e intensificación súbita (paroxísticos) y recidivantes, los episodios son de carácter súbito y por lo común son breves, pero interfieren con las

funciones fisiológicas normales, presentándose con alteración de la consciencia, actividad motora tónica, fenómenos sensitivos y de conducta, todo ello por una descarga anormal y excesiva de las neuronas cerebrales. Cabe resaltar que una convulsión no es sinónimo de epilepsia, se requiere la presentación de un cuadro recurrente de ataques para establecer el diagnóstico ²⁴.

La epilepsia es más común en países en vías de desarrollo, con prevalencias estimadas ajustadas a la edad entre 2.7/1.000 a 17.6/ 1.000 habitantes, y con rangos de incidencia de 16/ 100.000 a 51/ 100.000 habitantes. Su mayor incidencia ocurre en los extremos de la vida. Se han reportado variaciones regionales respecto a la prevalencia de epilepsias, así en el año 2000 se reportó en África la prevalencia de epilepsia de diferentes países con una variación entre el 5.2/1.000 a 58/1.000 habitantes; y una incidencia cruda para todos los tipos de epilepsia de 24.5/100.000 y adicionalmente 13.6/100.000 (56%) con epilepsia de localización sintomática ⁴².

Datos de la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE), la tasa de prevalencia en los países latinoamericanos es más elevada, en el rango de 14 a 57/1.000 habitantes. En México el número aproximado de personas que sufren alguna de las formas de crisis epilépticas es de 1.5 a 2 millones de habitantes ⁴³.

Los pacientes con trastornos convulsivos de cualquier índole muestran características, dentro de las que se encuentran como principales un crecimiento de tejido gingival generalizado (hiperplasia gingival) secundario a la toma de fenitoína, en aproximadamente 40 a 50% de los pacientes que lo toman por más de tres meses, lo cual predispone al paciente a trastornos

periodontales por acumulación de irritantes locales difíciles de remover de manera convencional con el habitual cepillado dental ²⁴.

La epilepsia es la alteración neurológica que presenta las más altas tasas de incidencia y prevalencia en el mundo. Más de 40 millones de personas tienen epilepsia, de las cuales el 80% vive en países en desarrollo ⁴⁴.

Los estudios epidemiológicos revelan que la prevalencia en los países en desarrollo es más alta en la población rural que en la urbana. La razón de ello puede ser la falta de adecuada atención médica en regiones apartadas, la dificultad para el acceso a los servicios de salud, además de las condiciones de salubridad en las cuales vive un núcleo muy importante de la población mundial ⁴⁴.

Las variaciones locales en la prevalencia de factores de riesgo y factores genéticos que pueden predisponer a las personas a tener epilepsia hacen que la incidencia y la prevalencia sean muy heterogéneas en todo el mundo ⁴⁴.

La prevalencia de epilepsia en los países en desarrollo se incrementa con la edad, alcanzando su pico entre la tercera y la cuarta década de vida ⁴².

Aunque los estudios de incidencia son más escasos por las dificultades técnicas para realizarlos, se evidencia igualmente que la incidencia de la epilepsia es mayor en los países en desarrollo ⁴².

Los estudios muestran una incidencia entre 20-70/100.000 habitantes en general, siendo en Europa y Estados Unidos de 40-50/100.00 habitantes mientras que en países en desarrollo es de aproximadamente 100/100.000 habitantes ⁴².

En cuanto a la edad, se ve como la incidencia de epilepsia tiene dos picos: uno en menores de un año, relacionado con las alteraciones genéticas, congénitas y los problemas que rodean al embarazo y el parto; y un segundo pico de presentación entre los treinta y los cuarenta años en países desarrollados, mientras que en los países en desarrollo se encuentra en mayores de 70 años, relacionado con eventos cerebro vasculares, el trauma y las alteraciones metabólicas ⁴².

2.2.9 Alcoholismo

El alcohol, del árabe alkuhi (esencia o espíritu) es la droga más consumida en el mundo. Su utilización por el hombre, en forma de brebaje, se supone que data de los albores de la humanidad. La ingestión inicial vinculada con actividades religiosas dio paso a su consumo colectivo ⁴⁵.

El alcoholismo, cuyas consecuencias tienen una incidencia biológica, psicológica y social, constituye la toxicomanía de mayor relevancia a escala mundial por su prevalencia y repercusión. El alcohol, además de los numerosos problemas médicos que produce, es también una fuente de problemas sociales. El alcohol tiene la condición de antielemento, disminuye notablemente el apetito, produce calorías vacías (que no generan energía), afecta la mucosa del sistema digestivo e impide la absorción adecuada de los alimentos que se ingieren, y aumenta notablemente las necesidades de vitaminas del organismo. Aunque cada gramo de alcohol aporte 7 cal, estas no son capaces de producir energía ni de almacenarse para uso posterior, se utiliza por las células para su metabolismo basal ^{45, 46, 47}.

En México se han hecho tres Encuestas Nacionales de Adicciones (ENA). En 1998 la prevalencia de consumo nacional de alcohol fue de 58.1% (77.0% en

hombres y 44.6% en mujeres). Esta prevalencia fue menor que la observada cinco años antes. En 1993 se informó una prevalencia global de 66.5%. Mientras que la prevalencia en hombres no mostró gran cambio para 1998 (se había notificado una prevalencia de 77.2% en 1993), la correspondiente

en mujeres fue sensiblemente menor a 57.5% estimado en 1993. Ambas estimaciones, sin embargo, son mayores que las observadas en la primera ENA realizada en 1990, en la cual 73.4% de los hombres y 36.5% de las mujeres consumían bebidas alcohólicas ⁴⁷.

El alcoholismo es aceptado universalmente como uno de los principales problemas de la salud pública en todo el mundo y representa una grave amenaza al bienestar y a la vida de la humanidad. Por esta razón, en la actualidad, muchos países dedican cuantiosos recursos financieros a su investigación. En la lucha contra esta adicción las instituciones estatales de salud, entre otras, y la población en general, cumplen una importante función para prevenir y controlar esta enfermedad ⁴⁵.

Información proveniente de la Encuesta Nacional de Adicciones más reciente¹ muestra que 71.3% de los jóvenes en este grupo de edad (18-29 años) ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida mientras que 52.5% lo ha hecho al menos una vez durante el último mes. En la Ciudad de México se ha encontrado que más de la mitad de las mujeres y cerca de dos terceras partes de los hombres entre los 18-29 años de edad consume regularmente bebidas alcohólicas ⁴⁸.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud general va acompañada de la salud bucal y es necesario entender ésta relación para brindarle al paciente una atención integral. En la actualidad no se puede ni se debe pensar en atender las enfermedades sistémicas como entidades aisladas de la cavidad bucal, ni viceversa, considerar la cavidad bucal como un aparato ajeno al resto del cuerpo humano.

Esta idea de especialidades y tratamientos aislados podemos observarlos en gran parte de los Centro de Salud o Centro de Atención Primaria, donde se cuenta con gran cantidad de consultorios médicos y sólo uno o dos consultorios dentales. Donde la atención llega al médico y sólo pocas veces se remite al odontólogo o bien, la situación se presenta a la inversa, los problemas bucales son resueltos, pero al paciente no se le remite con el médico general para una revaloración debido a una infección de garganta por la presencia de abscesos recurrentes.

Esta falta de trabajo multidisciplinario ocasiona que los expedientes no sean una descripción escrita de la salud del paciente sino más bien, pareciera que son capítulos aislados que cada uno cuenta su versión y ninguno finaliza. Lo que dificulta la lectura del mismo y confunde el diagnóstico, ocasionando la lenta evolución del paciente, que siempre resulta el más afectado.

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

¿Cuál es la salud bucal de los pacientes que presentan antecedentes patológicos registrados en un Centro de Salud de la Delegación de Milpa Alta?

4. JUSTIFICACIÓN

La asistencia a un Centro de Salud por revisión o por algún motivo que nos aqueje inicia con el interrogatorio y en algunas ocasiones por la exploración por aparatos y sistemas; información que recabará el médico para conformar el expediente clínico.

Sin embargo, la confianza de que ésta información esté completa y complementa el diagnóstico o seguimiento de algún padecimiento futuro queda sólo en las manos del médico o médicos tratantes.

Al asistir a la consulta consideramos que las preguntas que nos realizan son las de rutina y que con ellas completamos la información médica, sin embargo, no siempre es así. Si revisamos la información de expedientes médicos podremos darnos cuenta de que muchos de ellos están incompletos o bien, tienen errores de legibilidad.

Si consideramos que nuestro expediente médico es la narración por escrito de nuestra situación al momento de asistir a consulta, es necesario contar con la información completa para poder darle seguimiento a las enfermedades futuras que pueden presentarse, o bien, para entender el curso de la enfermedad.

Asimismo, la revisión de los expedientes pueden decir mucho de la atención que se le brinda a los pacientes, por ejemplo al revisar las remisiones podemos tener una idea sobre el trabajo multi e interdisciplinario, lo que garantiza una atención integral para el paciente.



Por último, cabe mencionar que los expedientes clínicos son la base para conocer la prevalencia o la incidencia de enfermedades sistémicas y bucales que permiten de forma prospectiva la elaboración de programas de atención y promoción.

5. OBJETIVOS

5.1 General

- ❖ Determinar el estado de salud bucodental y su asociación con antecedentes patológicos en una población de Milpa Alta

5.2 Específicos

- ❖ Identificar el estado de salud bucodental a partir de los indicadores CPOD, IHOS e IPC.
- ❖ Identificar los antecedentes patológicos de la comunidad a partir del registro de la historia clínica.
- ❖ Asociar el estado de salud bucodental con los antecedentes patológicos descritos en la historia clínica.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1 Tipo de estudio

Observacional.

6.2 Población de estudio

La población de estudio estuvo conformada por jóvenes, adultos y adultos mayores de género tanto masculino como femenino que solicitaron atención en el Centro de Salud Dr. Gastón Melo.

6.3 Selección y tamaño de la muestra

Se realizará un estudio en el cual se espera obtener una muestra conformada por 116 Historias Clínicas de pacientes que refieran haber tenido antecedentes patológicos y tengan un expediente dental completo en el Centro de Salud Dr. Gastón Melo.

6.4 Criterios de selección

6.4.1 Criterios de inclusión

- Historias Clínicas en las que se refiriera haber tenido algún antecedente patológico personal.

- Historias Clínicas que contarán con un expediente dental completo (CPOD, IHOS, IPC).
- Historias Clínicas con firma de consentimiento informado por parte del paciente.
- Pacientes mayores de edad.

6.4.2 Criterios de exclusión

- Historias clínicas que no cumplieran con los criterios de inclusión.
- Pacientes menores de edad.

6.5 Variables de estudio

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Escolaridad
- Ocupación
- Antecedentes heredofamiliares
- Padecimiento actual
- Peso y estatura
- Tensión arterial
- Motivo de la consulta
- Antecedentes patológicos
- Condición bucal
- COP
- IHOS



6.6 Recursos

6.6.1 Recursos humanos

- Tutora Mtra. Miriam Ortega Maldonado
- Dr. Ricardo Martín Facinetto Constantini Director del Centro de Salud Gastón Melo
- Tesista Daniela Guadalupe Rivera Lira

6.6.2 Recursos Materiales

- Computadora
- Paquete estadístico SPSS versión 15
- Calculadora

6.6.3 Recursos Financieros

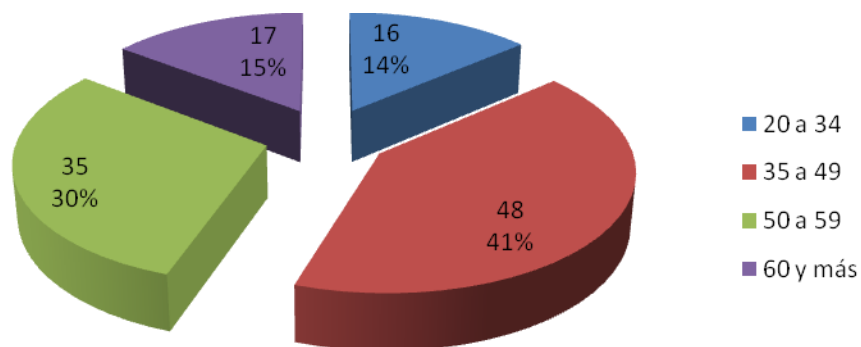
- A cargo de la tesista

7. RESULTADOS

Parte I. Salud General

De los 350 expedientes clínicos proporcionados por el Centro de Salud de Milpa Alta, se seleccionaron e incluyeron 116 considerando los criterios de selección. De los cuales, 77.6% correspondieron al sexo femenino; la edad promedio fue de 47.6 años, donde la edad mínima fue de 20 y la máxima de 79 años.

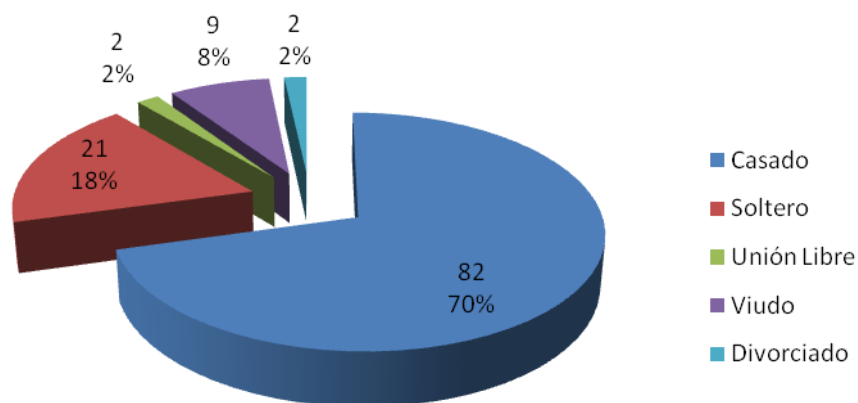
Gráfica 1. Intervalo de edad de los pacientes del Centro de Salud.



Fuente: Expedientes clínicos. Centro de Salud – Milpa Alta.

El estado civil obtenido de los 116 expedientes clínicos se presenta en la gráfica 2, donde 70.7% fueron registrados como casados, y sólo el 2% como divorciados o en unión libre.

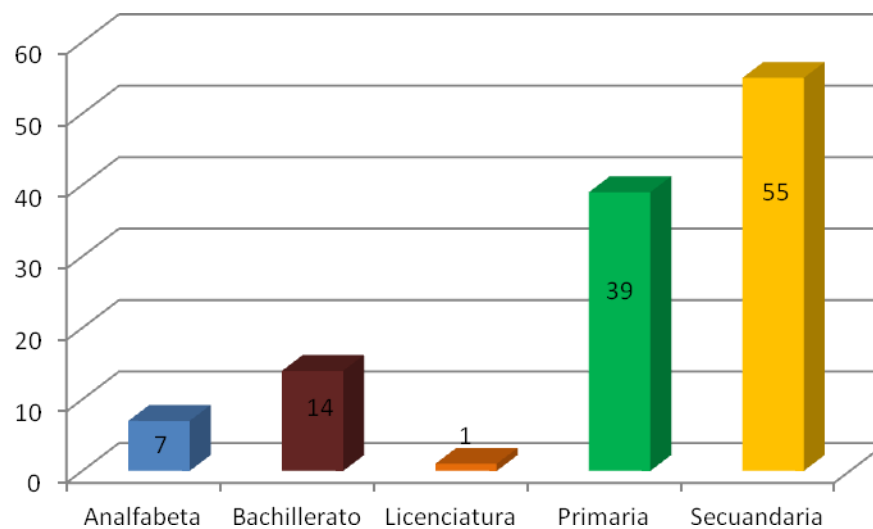
Gráfica 2. Distribución del estado civil, registrado en los expedientes clínicos.



Fuente: Expedientes clínicos. Centro de Salud – Milpa Alta.

La escolaridad es otra variable que integra el expediente clínico, por lo que en la gráfica 3, se presenta la distribución de la misma. En la gráfica se observa que, 47.4% de los pacientes presenta secundaria completa, mientras que, sólo el 0.9% presenta licenciatura. Cabe mencionar que del total de 116 expedientes sólo el 6% fue registrado como analfabeta.

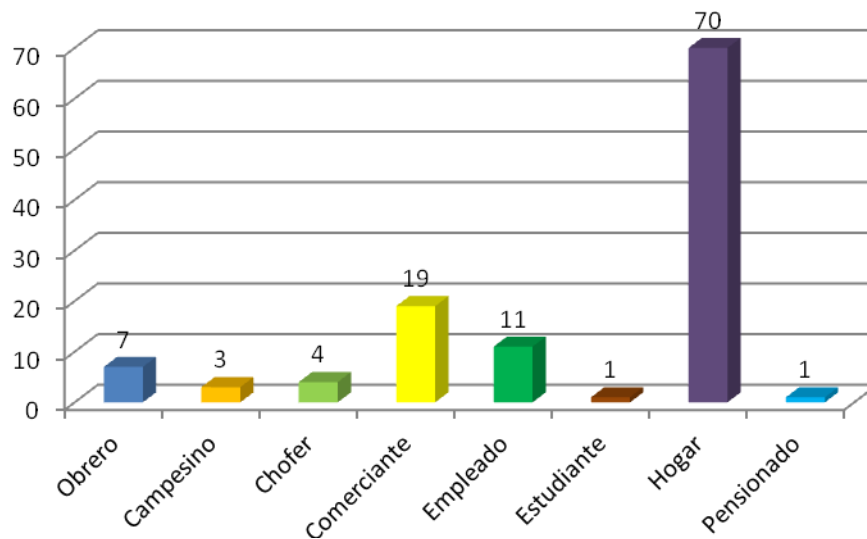
Gráfica 3. Distribución del último grado de estudios.



Fuente: Expedientes clínicos. Centro de Salud – Milpa Alta.

Con relación a la ocupación de los pacientes que asisten al Centro de Salud en la gráfica 4 se muestra que 70 (60.3%) de ellos refirieron dedicarse al hogar; 19 (16.3%) refirieron ser comerciantes; 11 (9.48%) refirió ser empleado; 7 (6.03%) son obreros; mientras que 4 (3.4%) refirió dedicarse al oficio de chofer; 3 (2.58%) son campesinos y con 1 (0.8%) paciente de la muestra encontramos a estudiantes y pensionados respectivamente.

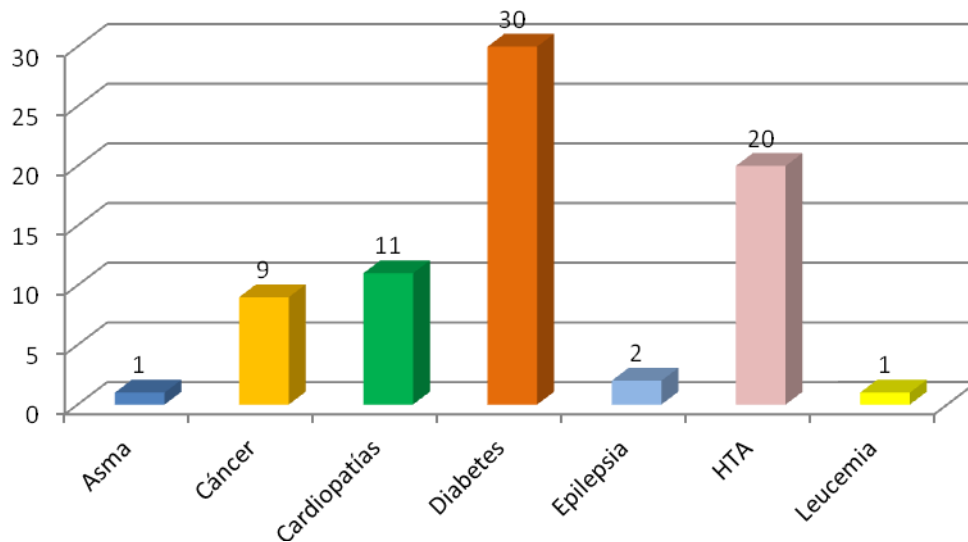
Gráfica 4. Distribución de las diferentes ocupaciones de la muestra



Fuente: Expedientes clínicos. Centro de Salud – Milpa Alta.

En la gráfica número 5 con relación a los antecedentes heredofamiliares podemos observar un alto porcentaje de diabetes mellitus con un 40.5% de la muestra; seguido por hipertensión (27.02%); enfermedades cardiovasculares (14.8%); diferentes tipos de cáncer (12.16%); epilepsia (2.7%) y por último presencia de asma y leucemia compartiendo el mismo porcentaje (1.35%).

Gráfica 5. Antecedentes heredofamiliares encontrados en la muestra

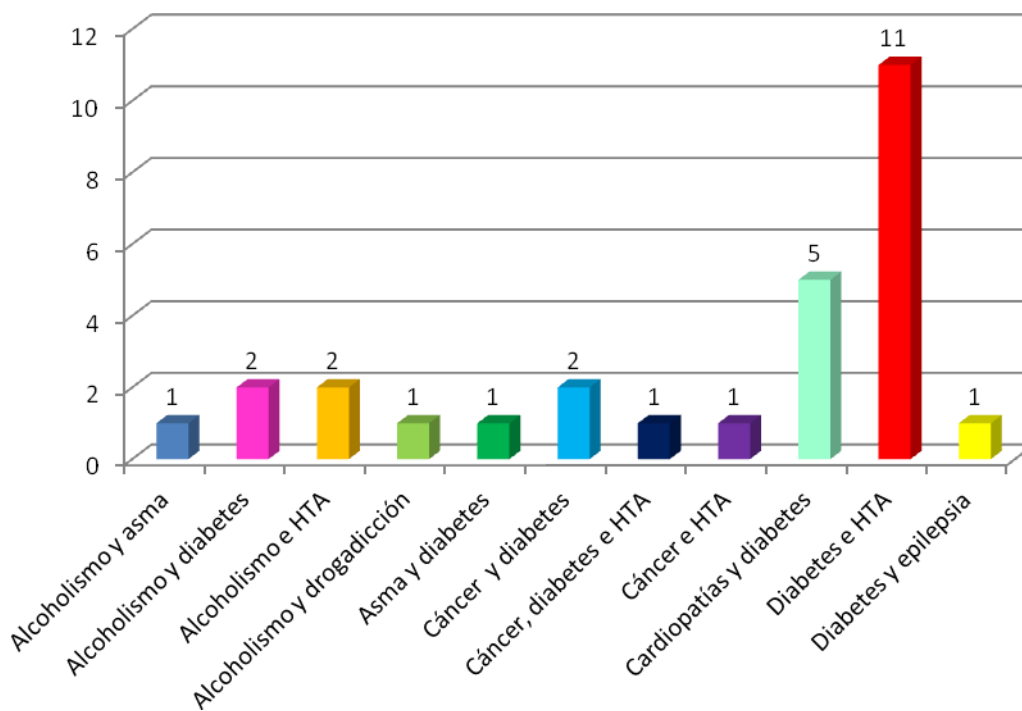


Fuente: Expedientes clínicos. Centro de Salud – Milpa Alta.

En los expedientes clínicos también se encontraron antecedentes heredofamiliares combinados, donde predominó la diabetes con hipertensión arterial (39.2%); seguida por la presencia de cardiopatías y diabetes (17.8%). Asimismo, la presencia de alcoholismo y diabetes; alcoholismo e hipertensión arterial y la combinación de cáncer y diabetes compartieron el mismo porcentaje (7.1%).

Otras combinaciones presentes como el alcoholismo y la drogadicción, la presencia de cáncer e hipertensión, estuvieron presentes en 3.5% de la población.

Gráfica 6. Antecedentes heredofamiliares combinados

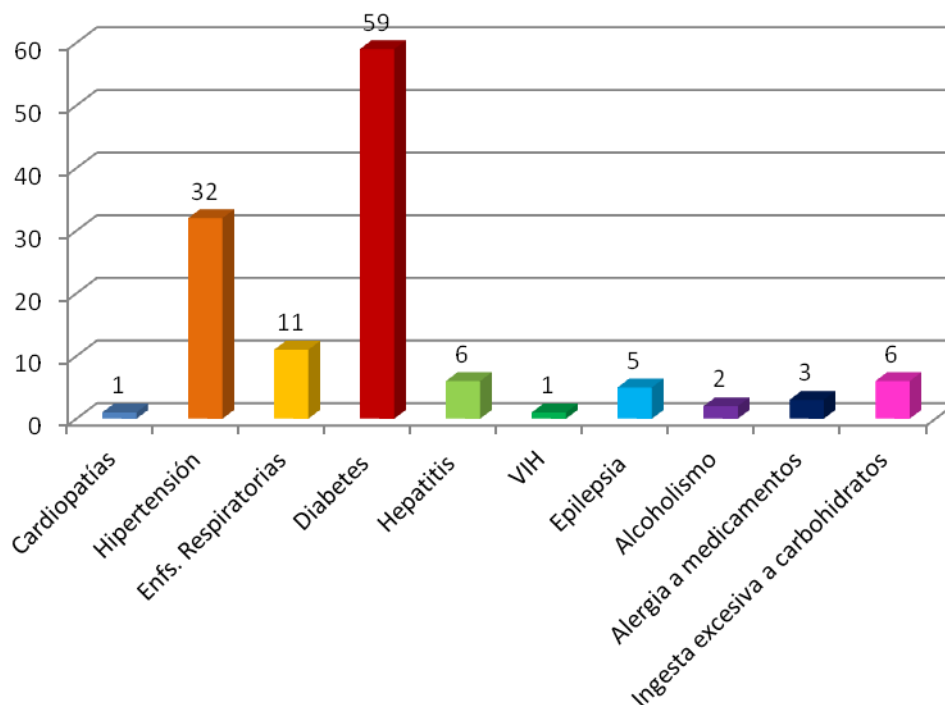


Fuente: Expedientes clínicos. Centro de Salud – Milpa Alta.

Otra variable importante a considerar fueron los padecimientos con los que contaba la población al momento de realizar el expediente. De tal manera que 46.8% presentó diabetes y 25.3% hipertensión.

Los padecimientos menos frecuentes fueron, enfermedades respiratorias (8.7%); hepatitis (4.7%); epilepsia (3.95); alergias medicamentosas (2.3%) y alcoholismo (1.5%). Cabe mencionar que una persona fue diagnosticada con VIH.

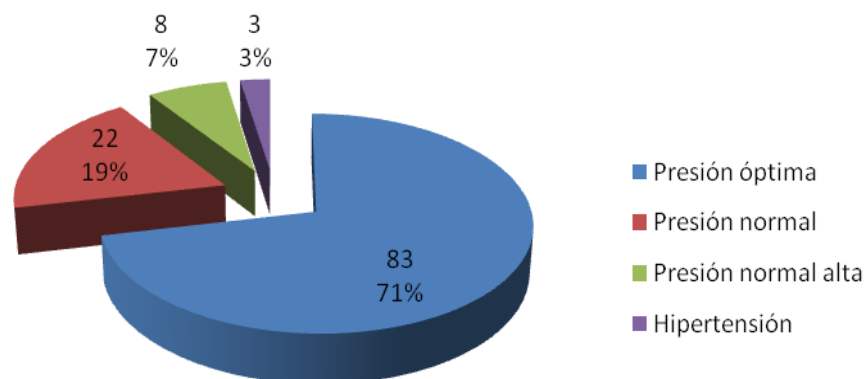
Gráfica 7. Distribución de los padecimientos actuales que se registraron



Fuente: Expedientes clínicos. Centro de Salud – Milpa Alta.

Asimismo como hipertensión arterial es una de las dos principales enfermedades del Centro de Salud, se les toma la presión en cada visita: los resultados muestran que los pacientes reportan en general una presión óptima (71.5%) y sólo una pequeña proporción de pacientes registran cifras de hipertensión (3%).

Gráfica 8. Cifras de tensión arterial

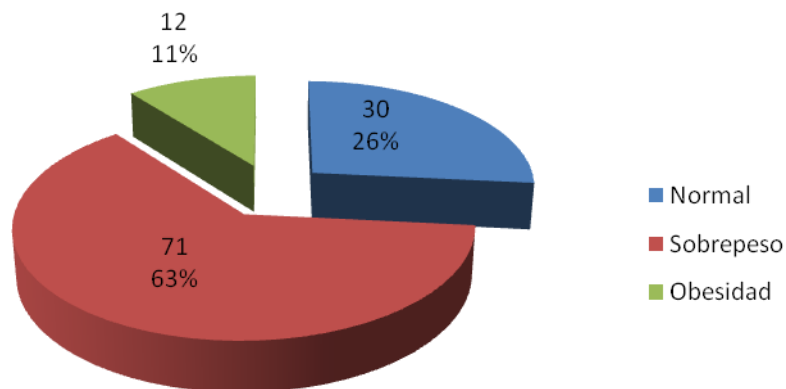


Fuente: Expedientes clínicos. Centro de Salud – Milpa Alta.

A pesar de que los problemas de obesidad en el Centro de Salud no están referidos a cada paciente se le toma su peso y su talla, por lo que calculamos el Índice de Masa Corporal para conocer el estado de los pacientes.

Del total de sujetos examinados, 63% presentó sobrepeso, 26% se encontraba en su peso normal y 11% presentó obesidad. Este dato es muy importante debido a que es una enfermedad que no está contemplada como padecimiento de mayor prevalencia en el Centro de Salud pero que al calcular el IMC si es un problema notorio.

Gráfica 9. Resultados del Índice de Masa Corporal (IMC)

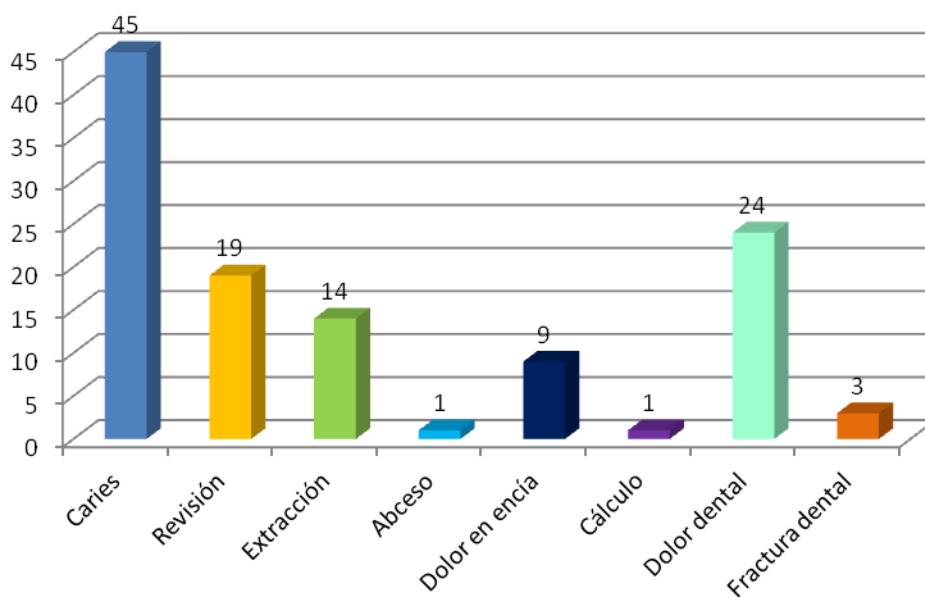


Fuente: Expedientes clínicos. Centro de Salud – Milpa Alta.

Parte II. Salud bucal

El principal motivo de la consulta fue por problemas de caries dental (38.7%); seguido por dolor (20.6%); revisión (16.3%); extracción dental (12.0%). Las fracturas y la presencia de cálculo fueron los motivos menos frecuentes (2.5% y 0.8%) respectivamente.

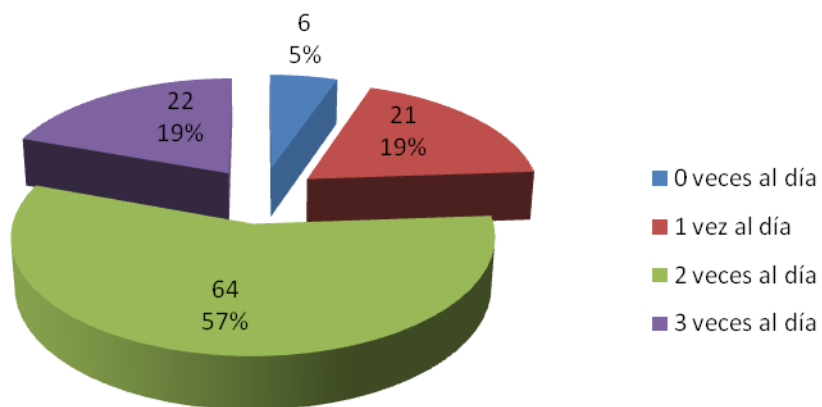
Gráfica 10. Principal motivo de consulta en el Centro de Salud



Fuente: Expedientes clínicos. Centro de Salud – Milpa Alta.

Los resultados respecto a la frecuencia del cepillado reportaron que 57% se cepilla los dientes dos veces al día y lo interesante es que el 5% que equivale a seis personas refiere nunca hacerlo.

Gráfica 11. Higiene Oral

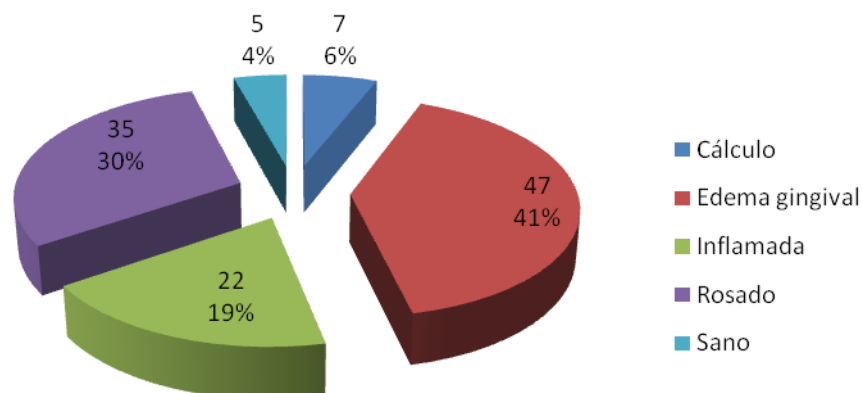


Fuente: Expedientes clínicos. Centro de Salud – Milpa Alta.

Con relación a la exploración bucal, los labios no presentaron alteraciones, 46% de los pacientes presentaban sus labios en condiciones sanas (color, forma). Sin embargo, al hacer la revisión de la lengua el 75% presentó lengua saburral . Respecto al aspecto de los carrillos, sólo el 1.7% presentaba lesiones. El paladar duro, el paladar blando y el piso de la boca tampoco presentaron lesiones.

Por otro lado, al explorar las condiciones del periodonto, 41% de los pacientes presentaron edema gingival, mientras que, 19% inflamación en papilas exclusivamente. Lo que llama la atención nuevamente, es la presencia de cálculo gingival en sólo 4% de los pacientes.

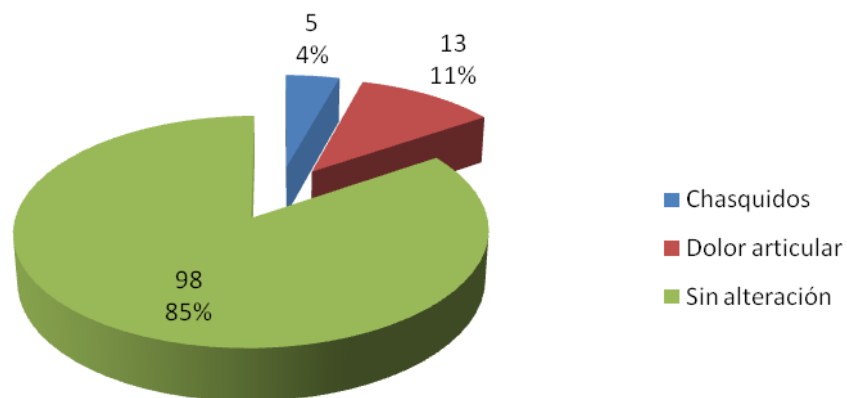
Gráfica 12. Condiciones del periodonto



Fuente: Expedientes clínicos. Centro de Salud – Milpa Alta.

Respecto a la revisión de los desórdenes de la ATM, 85% de los pacientes no presentaron problemas, mientras que sólo 4% presentó chasquidos o ruidos articulares.

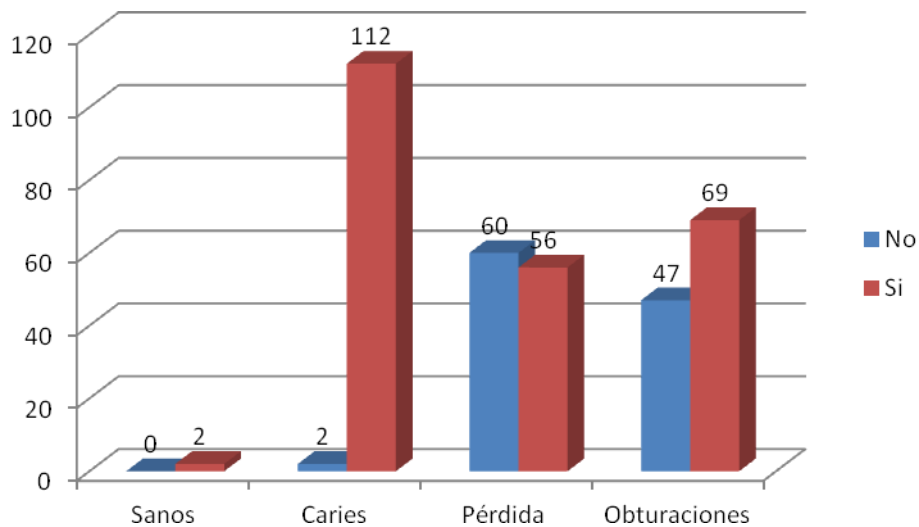
Gráfica 13. Condición de la articulación temporomandibular



Fuente: Expedientes clínicos. Centro de Salud – Milpa Alta.

Siendo la caries y la enfermedad periodontal dos de las principales enfermedades bucales que afectan a la población, la presencia de dientes con experiencia de caries también fue registrada. Confirmando que la caries dental es el principal problema que aqueja la salud de la cavidad bucal, su prevalencia fue del 96.6%, mientras que, la prevalencia de pérdida dental fue de 59.5% y de rehabilitación de dientes cariados del 48.5%. El valor del CPOD fue de 2.04, lo cual puede expresarse que existen dos dientes con experiencia de caries por cada paciente.

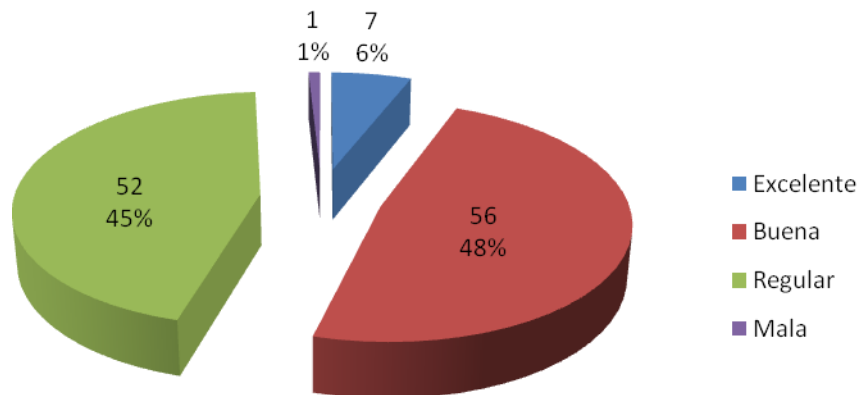
Gráfica 14. Presencia de dientes sanos, cariados, perdidos y obturados



Fuente: Expedientes clínicos. Centro de Salud – Milpa Alta.

El índice de Higiene Oral, también se obtuvo y se registró que 48% de los pacientes presentaban una higiene oral buena y sólo el 1% fue registrado con una higiene oral mala.

Gráfica 15. Índice de Higiene Oral Simplificado



Fuente: Expedientes clínicos. Centro de Salud – Milpa Alta.

La información obtenida de los expedientes respecto al padecimiento actual de se asoció con la presencia de caries, pérdida dental y la presencia de obturaciones. Como se observa en el Cuadro 1, todas las personas con Diabetes presentaron dientes cariados y por tres puntos porcentuales más de la mitad presentaba al menos un diente perdido. La presencia de dientes obturados de forma positiva fue mayor.

Caso contrario con las personas diagnosticadas con HTA, donde las diferencias en los tres componentes son más notorias, esto es, la presencia de caries afecta al 92.9% de los pacientes, la pérdida dental se localiza en el 96.4%, mientras que menos de la mitad (46.4%) de los pacientes presentan obturaciones dentales.

Cuadro 1. Experiencia de caries asociado con el padecimiento actual.

		Diabetes		HTA	
		n	%	n	%
Caries	Si	52	100	26	92.9
	No	0	0	2	7.1
Perdida	Si	28	53.8	27	96.4
	No	24	46.2	7	25.0
Obturación	Si	30	57.7	13	46.4
	No	22	42.3	15	53.6
Total		52	100.0	28	100.0

Fuente: Expedientes clínicos. Centro de Salud – Milpa Alta.

Con relación a los antecedentes heredofamiliares, aunado a la presencia de Diabetes e HTA, se suman las cardiopatías y la presencia de cáncer.

La experiencia de caries y pérdida dental es mayor en las cuatro enfermedades registradas, mientras que el número de pacientes con obturaciones es mayor al asociarse con cardiopatías y cáncer.

Cuadro 2. Asociación entre antecedentes heredofamiliares y experiencia de caries.

		Diabetes		HTA		Cardiopatías		Cáncer	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Caries	Si	30	100	18	90.0	10	90.9	9	100.0
	No	0	0	2	10.0	1	9.1	0	0
Pérdida	Si	18	53.8	13	65.0	8	72.7	5	55.6
	No	12	23.1	7	35.0	3	27.3	4	44.4
Obturación	Si	19	36.5	11	55.0	4	36.4	4	44.4
	No	11	21.2	9	45.0	7	63.6	5	55.6
Total		30	57.7	20	100.0	11	100.0	9	100.0

Fuente: Expedientes clínicos. Centro de Salud – Milpa Alta.

8. CONCLUSIONES

Antes de concluir, quisiera mencionar que la revisión de los expedientes clínicos no se realizó con la finalidad de evidenciar el trabajo del Centro de Salud. La revisión fue exclusivamente con la finalidad de conocer la prevalencia de las enfermedades sistémicas que aquejan a la población que acude y recibe atención en el Centro de Salud ubicado en la Delegación Milpa Alta y conocer la relación de éstas enfermedades con la salud bucodental. Pero todo ello, en el marco de la reflexión y la propuesta de mejoras que se enfoquen en el tema principal de las personas que nos dedicamos a la salud, “el paciente”.

Pues bien, la revisión de los expedientes médicos nos permitió conocer que un 30% de ellos no cuenta con la información completa, normalmente la falta de las mediciones de rutina como son frecuencia, cardíaca, talla, peso, y tomas de la presión arterial son algunas de las variables con las que carecen los expedientes.

El diagnóstico dental al ser registrado por diente permitió conocer la prevalencia de caries, pérdida y obturaciones dentales, así como la razón de dientes afectados por individuo. Obteniendo una prevalencia del 96.6%, lo que se traduce que de los 116 pacientes registrados 112 presentan caries dental. La presencia de pérdida dental también fue elevada, más de la mitad de los pacientes la presenta teniendo en promedio dos dientes perdidos por persona. El número de dientes obturados a diferencia de los otros componentes no sobrepasó la mitad de la población.



Sin embargo, cuando revisamos el Índice de Higiene Oral de los pacientes, 93% de ellos presentan higiene regular o buena y aunado a ello, 75% fue registrado con lengua saburral y seis pacientes refirieron nunca cepillarse los dientes. Por otro lado, sólo 4% de los pacientes fueron registrados con presencia de cálculo dental, pero 41% con edema gingival. Por lo que se sugiere hacer una revisión a las variables de salud bucal y poner más atención a la revisión y el registro de las mismas.



9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castrejón RC. Salud bucal en los adultos mayores y su impacto en la calidad de vida. Instituto de Geriátria. 2011: 257-270.
2. Aguilar N, Navarrete K, Robles D, Aguilar SH, Rojas A. Dientes sanos, cariados, perdidos y obturados en los estudiantes de la Unidad Académica de Odontología de la Universidad Autónoma de Nayarit Rev. Odontol. Latinoam, 2009; 1(2): 27–32.
3. García JO, Loyola JP, Patiño N, Islas H, Mendoza M, Medina C. Pérdida de dientes en adolescentes y adultos jóvenes universitarios mexicanos. Rev. Estomatol. Herediana. 2010; 20 (4): 191-195.
4. Novales CXJ, Cancino MO, Oropeza SMV, Siciliano MM, Valdivia RSY, Rosas GG, Ávila VS, Sánchez MA, Vaquero CJE Indicadores de salud bucal en alumnos de secundaria de un área metropolitana de la ciudad de México Rev. Mex. Pediatr. 2003; 70(5); 237-242.
5. De-Regil LM, Mendoza ME, Flores D, Castañeda D, Olvera G, Díaz RM, Casanueva E. Cambios seculares en el estado bucal, reproductivo y nutricio de mujeres en edad reproductiva de la Ciudad de México en un periodo de 25 años. Perinatol. Reprod. Hum. 2009; 23 (4): 196-206.
6. Adriano MP, Caudillo T, Gurrola B. Perfil epidemiológico bucal de la población adulta mayor de la delegación Milpa Alta (México) y la percepción que tienen de su boca. Rev. Costarric. Salud Pública. Julio 2008; 17 (32): 58-68.
7. Medina CE, Maupomé G, Ávila L, Pérez R, Pelcastre B, Pontigo AP. Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. Rev. Biomed. 2006; 17:269-286.



8. De la Fuente J, González M, Ortega M, Sifuentes MC. Caries y pérdida dental en estudiantes preuniversitarios mexicanos. *Salud pública de México*. 2008; 50 (3): 235-240.
9. <http://www.odontochile.cl/esquemas/indicecopd/> visitado el 20/09/2013.
10. Sánchez MM, Román VM, Dávila MR, González PAA. Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2011; 16 (2):110-115.
11. Medina CE, Pontigo AP, Pérez E, Hernández P, De la Rosa R, Navarrete JJ, Maupomé G. Principales razones de extracción de dientes permanentes en una muestra de adultos mexicanos. *Revista de Investigación Clínica* 2013; 65 (2): 141-149.
12. Olmos P, Piovesan S, Musto M, Lorenzo S, Álvarez R, Massa F. Caries dental. La enfermedad oral más prevalente: Primer Estudio poblacional en jóvenes y adultos uruguayos del interior del país. *Odontostomatología* 2013 Vol. XV. N° Especial: 26-34.
13. Navarrete BG, Romo MR, Alcauter A, Vázquez M. Gingivitis y su relación con la higiene bucal en estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Oriente, Ciudad de México. *Rev. Esp. CS*. 2012; 15 (2): 93-99.
14. Hernández C. Interrelación entre diabetes, obesidad y enfermedad periodontal. *Rev. Mex Period*. 2011; 2 (1): 7-11.
15. Zerón A. Consenso - Enfermedades Periodontales y Enfermedades Sistémicas. *Rev. Mex Periodontol* 2012; 3 (3): 99-108.
16. Aguilar MJ, et al. Periodoncia para el higienista dental. *Periodoncia y osteointegración* 2005; 15 (1): 43-58.



17. Pérez D, et al. Relación entre la higiene bucal y la gingivitis en jóvenes. Rev. Cubana Med. Militar. 2011; 40 (1): 40-47.
18. Iglesias GE, Iglesias IJ, Pérez N, González A. Estado periodontal en adultos del área Cangre del municipio de Güines REVISTA DE CIENCIAS MÉDICAS. LA HABANA. 2012 18 (1): 101-109.
19. <http://estsocial.sld.cu/docs/> visitado 20/09/2013.
20. Murrieta JF, Allendelagua RI, Linares C, Juárez LA, Meléndez AF, Meza JC, González MB, López T. Prevalencia de chasquido en la Atm y su relación con el tipo de oclusión dental en un grupo de jóvenes mexicanos. Rev. ADM. 2011; 68 (5): 237-243.
21. Padilla M, Díaz LM, Escobar MA, Hernández NM. Factores intrínsecos de maloclusión dental en pacientes con dentición permanente Revista ADM 2013; 70 (2): 61-67.
22. Villafranca FC. Manual del técnico superior en higiene bucodental. Primera edición. Editorial Temarios Generales. España, 2005. Pp540.
23. Pellitero B, García B, Díaz JE, Torres EM. Caries, maloclusiones y hábitos bucales deformantes en adolescentes. Correo Científico Médico de Holguín 2003; 7(3).
24. Castellanos JL, Díaz LM, Gay O, Lazo de la Vega M. Medicina en Odontología: Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. Primera edición. Editorial El Manual Moderno. Madrid, 2002. Pp. 481.
25. Rodríguez MA, Páez M Domínguez (2), Lisandra Rodríguez Velázquez (2). La hipertensión arterial en pacientes no diagnosticados. Factores de riesgo. MEDICIEGO 2013; 19(1).



26. Juan Llibre J, Laucerique T, Noriega L, Guerra M. Prevalencia de hipertensión arterial, adhesión al tratamiento y su control en adultos mayores Revista Cubana de Medicina. 2011;50(3):242-251.
27. Cáceres GH, Aceval SA, Campos GS, Ponce de León LF, Echevarría MF. Fiebre Reumática. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. 2009; 14 (194): 14-20.
28. Urbina M. La experiencia mexicana en salud pública, oportunidad y rumbo al tercer milenio. Primera edición. Secretaría de Salud, 2006.
29. Ulloa JJ, Fernández R, Castro A. Fiebre reumática y sus secuelas, un problema médico y odontológico. Rev. Costarric. Ciencia. Méd. 1984;5(1):99-103.
30. Cáceres GH, Aceval SA, Campos GS, Ponce de León LF, Echevarría MF. Fiebre Reumática. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. 2009; 14 (194): 14-20.
31. Carmona JC. Infección respiratoria aguda en relación con la contaminación atmosférica y otros factores ambientales. Arch Med Manizales 2009; 9 (1): 69-79.
32. Rubí Ponseti M., Bertrán de Lis Mas I., Renom Sotorra F., García de Ancos J. L., Benito Oliver E. Cuidados Paliativos en las enfermedades respiratorias crónicas en fase avanzada. Revista Médica Paliativa. 12 (1): 39-46.
33. Vinaccia S, Quiceno Japcy. Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Factores Psicológicos: Un Estudio desde la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica – EPOC TERAPIA PSICOLÓGICA 2011; 29, (1): 65-75.
34. Remington. Farmacia Tomo 2. Vigésima edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, 2003. Pp. 2507.



35. Arce A, et al. Actividad anticomplementaria en preparaciones de inmunoglobulinas para uso endovenoso. Rev. Cubana Hematol Inmunol Hemoter 2002; 18(1):60-2.
36. Vélez H, Rojas W, Borrero J, Restrepo J. Fundamentos de Medicina. Psiquiatría. Cuarta edición. Corporación para Investigaciones Biológicas. Bogotá, 2004.
37. Moreno L. Epidemiología y diabetes. Rev. Fac. Med. UNAM. 2001; 44 (1): 35-37.
38. Casanueva E, Kaufer-Horwitz M, Pérez A, Arroyo P. Nutriología Médica. Tercera edición. Editorial Médica Panamericana. México, 2008.pp 473-500.
39. Maldonado R, Biología molecular en Medicina. Primera edición. Editorial Luminosa. México, 1998. Pp. 229.
40. Panduro A, Escobedo G, Fierro N, Ruíz B, Zepeda EA, Román S. Epidemiología de las hepatitis virales en México. Salud pública de México 2011;53 (1): 37-45.
41. Idrovo V, Suárez CY, Álvarez P. Epidemiología e historia natural de la hepatitis B Rev. Col Gastroenterol 2009; 24 (1): 4-12.
42. Toro Juan E, et al. Epilepsia post ictus. Rev. Neuropsiquiátrica 2012; 75 (2):58-65.
43. López V, Barragán E, Hernández M, Watemberg N, Legido S. Calidad de vida en pacientes adolescentes con epilepsia en México REV MED HONDUR 2010; 78(4): 179-182.
44. Medina C. Epilepsia: aspectos clínicos y psicosociales. Primera edición. Editorial Médica Panamericana. Bogotá, 2004.
45. García E, Lima G, Aldana L, Casanova P, Feliciano V. Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales. Rev. Cub. Med Mil 2004; 33 (3).



-
46. Bolet M, Socarrás MM. El alcoholismo, consecuencias y prevención. Rev Cubana Invest. Bioméd. 2003; (1): 25-31.
47. Morales JIC, Fernández IH, Tudón H, Escobedo J, Zárate A, Madrazo M. Prevalencia de consumo riesgoso y dañino de alcohol en derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud pública 2002; 44 (2): 113-121.
48. Díaz A, Díaz LR, Hernández CA, Narro J, Fernández H, Solís C. Prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol y factores de riesgo en estudiantes universitarios de primer ingreso. Salud Mental 2008; 31 (4): 271-282.

ANEXOS

