



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

REDISEÑO Y APLICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA EN
EL PROGRAMA DE BRIGADAS DE SALUD
BUCODENTAL DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

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

P R E S E N T A:

OMAR ACOSTA VALDIVIA

TUTOR: C.D. JUAN CARLOS RODRÍGUEZ AVILÉS

ASESORA: DRA. ERIKA HEREDIA PONCE



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.

"La vida es como montar en bicicleta. Para mantener el equilibrio hay que seguir pedaleando".

Albert Einstein

A Isabel, Arturo y Aline

Agradecimientos

A mis padres

Porque los 2 siempre han estado presentes y nunca nos han abandonado, porque gracias a ustedes se ha logrado llegar hasta aquí. A ti mamá por ser el ángel que nos cuida y a ti papá por todos estos años de esfuerzo y sacrificio que has puesto en nosotros.

A mi hermana

Por ser mi compañera de vida, por escucharme cuando se necesita, por el constante apoyo que me brindas y por no dejarte vencer.

A mi familia

Por ser el pilar de todo esto, por los consejos invertidos y por siempre estar ahí.

A mis amigos

Por estos años de confianza, porque con su compañía todo fue mejor.

A mi tutor

Por la confianza para este gran proyecto.

A mi asesora

Por creer en mí, por apoyarme desde un principio sin siquiera conocerme, por la paciencia y el tiempo dedicado.

A la UNAM

Por la formación académica otorgada.



1. INTRODUCCIÓN	3
2. MARCO TEÓRICO	4
2.1 Importancia de la salud oral	4
2.2 Estado de salud oral en población mexicana	6
2.2.1 Caries dental	8
2.2.2 Enfermedad periodontal	10
2.2.3 Maloclusiones	12
2.2.4 Cáncer oral	14
2.2.5 Fluorosis dental	17
2.3 Expediente clínico e historia clínica	20
2.3.1 Expediente clínico	20
2.3.2 Historia clínica	22
2.3.2.1 Importancia de la historia clínica	22
2.3.2.2 Características de la historia clínica	23
2.3.3 Criterios para la realización de la historia clínica de acuerdo la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico	24
2.4 Perfil epidemiológico	25
2.4.1 Importancia del perfil epidemiológico	25
2.4.2 Usos del perfil epidemiológico	26
3. ANTECEDENTES	27
3.1 Programa de Brigadas de Salud Bucodental de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México	27
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	30
5. JUSTIFICACIÓN	31
6. OBJETIVOS	32



6.1	Objetivo general	32
6.2	Objetivos específicos	32
7.	MATERIALES Y MÉTODOS	33
7.1	Tipo de estudio	33
7.2	Población de estudio	33
7.3	Selección y tamaño de la muestra	33
7.4	Criterios de selección	33
7.4.1	Criterios de inclusión	33
7.4.2	Criterios de exclusión	33
7.5	Definición operacional y escala de medición de las variables	34
7.6	Método de recolección de la información	39
7.7	Recursos	40
7.7.1	Recursos humanos	40
7.7.2	Recursos materiales	40
7.8	Análisis estadístico	40
7.9	Consideraciones éticas	40
8.	RESULTADOS	42
9.	DISCUSIÓN	50
10.	RECOMENDACIONES	53
11.	CONCLUSIONES	54
12.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
13.	ANEXOS	58



1. INTRODUCCIÓN

La salud oral es un componente fundamental de la salud general. Diversos estudios indican una asociación entre las condiciones orales y sistémicas, por ello, se tiene que comprender que la salud oral juega un papel importante en la calidad de vida de las personas.

En México, las enfermedades orales se encuentran entre las cinco de mayor demanda de atención en cuanto a los servicios de salud, situación que puede llegar a condicionar el incremento en el ausentismo escolar y laboral.

La posibilidad de que en México se logre un avance en la reducción de las enfermedades orales dependerá de la posibilidad de extender las medidas de autocuidado de la salud.

Un apoyo enfocado a las necesidades orales de la población es el Programa de Brigadas de Salud Bucodental de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México, programa que llega a comunidades vulnerables y con necesidades de atención en el ámbito odontológico.

Contar con información actualizada es uno de los aspectos básicos para mejorar las condiciones de salud de la población, pues a partir de ello se crean datos epidemiológicos que determinan los problemas prioritarios de salud e identifican a poblaciones vulnerables, mejorando así los programas que la población demande.

Con base en lo anterior, el objetivo del presente trabajo es rediseñar la historia clínica utilizada en el Programa de Brigadas de Salud Bucodental de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México y llevar a cabo su aplicación.



2. MARCO TEÓRICO

2.1 Importancia de la salud oral

La salud oral es un componente fundamental de la salud general, que se define como “bienestar físico, psicológico y social en relación con el estado bucodental, así como su vinculación con tejidos duros y blandos de la cavidad oral”. La salud de la cavidad oral es esencial en las funciones vitales, además de su relación con aspectos de carácter fisiológico, psicológico y social.¹

Las enfermedades orales generan un importante problema de salud por su alta prevalencia, demanda pública y fuerte impacto sobre las personas y la sociedad, en términos de dolor, malestar, limitación, discapacidad social y funcional, así como también por su efecto sobre la calidad de vida de la población. Son el resultado de condiciones específicas de salud, respuestas a la exposición a determinados agentes bacterianos, dieta rica en carbohidratos, fluoruros, malos hábitos higiénicos orales, acceso a la atención oral, adquisición de conocimientos sobre problemas bucodentales, responsabilidad individual con su propia salud y asistencia sistémica a los servicios, entre otras.²

La salud oral no sólo es importante para la apariencia física y el bienestar, sino también para la salud en general del individuo. Diversos estudios indican una asociación entre las condiciones orales y sistémicas, en estas investigaciones se ha estudiado la relación entre la enfermedad periodontal inflamatoria y las enfermedades sistémicas como las cardiovasculares, las respiratorias, la diabetes y condiciones adversas del embarazo.³

Entre las afecciones con que se relaciona la enfermedad periodontal y el sistema cardiovascular se encuentran la endocarditis bacteriana, infarto al miocardio, cardiopatías isquémicas, trombosis e insuficiencias coronarias. Se piensa que los microorganismos y productos bacterianos de dicha enfermedad pasan al torrente sanguíneo y se alojan en las válvulas del corazón y en los tejidos cardiacos previamente dañados, causando la inflamación del endocardio.³



La relación entre la enfermedad periodontal y las enfermedades respiratorias se establece siempre que exista fallo en los mecanismos de defensa. Las patologías más frecuentes asociadas son neumonía bacteriana, bronquitis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y abscesos pulmonares.³

En cuanto a la enfermedad periodontal y el embarazo, la evidencia sugiere que la presencia de enfermedad periodontal es un factor de riesgo más para los partos pre-término con bebés de bajo peso al nacer.³

Por otra parte, la diabetes mellitus constituye un factor de riesgo para la enfermedad periodontal, por las micro-angiopatías de los vasos sanguíneos, que disminuyen el flujo sanguíneo, así como los nutrientes, oxígeno y defensa de la encía, caracterizándose por manifestaciones periodontales como abscesos, bolsas, movilidad, pérdida ósea y retraso en la cicatrización. Además, diversas revisiones sistémicas concluyen que la terapia periodontal produce una modesta mejoría del control glucémico.³

En virtud de lo anterior, se tiene que comprender que la salud oral juega un papel importante en la calidad de vida de las personas, es por eso que se tiene que adoptar un enfoque diferente en cuanto a su percepción, además, con el desarrollo de la sociedad y el incremento del nivel educacional, las poblaciones se tienen que sensibilizar con la necesidad de mantener sus dientes e incluso mantenerlos sanos.^{2, 3}

Es importante destacar que la educación y la información que reciba la población en cuanto a su cuidado oral debe estar en relación con sus necesidades y representaciones sociales. Por lo tanto, son indispensables los programas que favorezcan la promoción y práctica de la salud oral, que se encarguen de integrar no sólo a la persona, sino a la familia, a la par de que se reconozcan las condiciones sociales donde se dan.⁴



2.2 Estado de salud oral en población mexicana

Las enfermedades orales constituyen un problema de salud pública que se presentan con frecuencia en la población, estas alteraciones no hacen distinción de edad, sexo o nivel socio-económico y se pueden llegar a manifestar desde los primeros años de vida.⁵

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera, entre las principales enfermedades de la cavidad oral, a la caries dental y las enfermedades periodontales como los dos padecimientos más prevalentes. Le siguen las anomalías craneofaciales y maloclusiones dentales con una frecuencia media, mientras que el cáncer oral, las alteraciones de tejidos dentales, los traumatismos maxilofaciales y la fluorosis dental son reportados como frecuencia variable. De igual forma, la OMS identifica la caries dental como la tercera patología mundial que afecta en los países desarrollados a más del 95% de la población. En México, la caries dental afecta a más del 90% de la población.¹

En México, las enfermedades orales se encuentran entre las cinco de mayor demanda de atención en cuanto a los servicios de salud, situación que puede llegar a condicionar el incremento en el ausentismo escolar y laboral.⁵

A la salud oral no se le había considerado como parte integral de la salud general, sin embargo, esta situación se ha venido modificando ya que en la actualidad se ha evidenciado la importancia de la salud oral para conservar la salud general.⁵

En cuanto a la cultura de salud oral, en nuestro país, existen diversos mitos y creencias muy arraigadas como: “la higiene oral no se asocia con las enfermedades crónicas”, “los dientes de leche no se cepillan” y “se considera normal que los adultos mayores sean adéntulos”, entre otros. Si se desea cambiar esto y centrar el esfuerzo en tener un mayor número de adultos sanos, se tiene que comenzar a trabajar con la niñez.⁵



En nuestro país, en décadas pasadas la caries afectaba alrededor de 95% de los niños y 99% de los adultos, a partir del año 2000 se ha reportado en la Ciudad de México la disminución de la prevalencia e incidencia de caries dental, la cual es atribuida especialmente a la incorporación de flúor en la sal de mesa.⁶

En la mayoría de los estudios se reporta el predominio de la caries dental y la presencia de necesidades de salud oral no satisfechas. La caries en la población infantil mexicana se debe a muchos factores, entre los que se ha mencionado el elevado consumo de alimentos chatarra, a esto se le agrega la falta de higiene oral y la inadecuada educación en relación al cuidado de la salud oral.⁶

La posibilidad de que en México se logre un avance en la reducción de caries dental y las enfermedades periodontales dependerá, de la posibilidad de extender las medidas de autocuidado de la salud como son, principalmente, el mejoramiento de los hábitos alimentarios e higiénicos, situaciones determinadas por las condiciones socioeconómicas de la población.³

Actualmente las enfermedades crónicas (incluidas las orales) son las más comunes y costosas de todos los problemas de salud, no obstante, también se encuentran entre las más prevenibles, además de poseer factores de riesgo comunes, como hábitos dietéticos, consumo excesivo de tabaco y alcohol o la higiene oral.³

Desde el año 2005, se cuenta con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB)⁷ como una fuente de información epidemiológica a nivel nacional, pues se encarga de revisar las dimensiones de los problemas de salud oral en la población mexicana con la información que recolectan de las 32 entidades federativas del país, información que permite construir un perfil con los rasgos generales de los problemas orales de mayor demanda.³

2.2.1 Caries dental

La caries dental es un proceso patológico complejo de origen infeccioso y transmisible que afecta las estructuras dentarias, caracterizada por un desequilibrio bioquímico. Es considerada una enfermedad de origen multifactorial en la que existe interacción de tres factores principales: el huésped (higiene oral, saliva y los dientes), la microflora (interacciones bacterianas) y el sustrato (dieta cariogénica). Además de estos factores, el tiempo cuenta como uno más.⁸

Para que inicie el proceso carioso es necesario que las condiciones de cada factor sean favorables; es decir, un huésped susceptible, una flora oral cariogénica y un sustrato apropiado que deberá estar presente durante un periodo determinado de tiempo. La caries dental se clasifica como una enfermedad infecciosa, transmisible de etiología multifactorial, bioquímicamente compleja y patológicamente destructiva, que ocasiona la pérdida del equilibrio biológico de los dientes.^{8, 9}

Los microorganismos pertenecientes al género estreptococo (*Streptococcus mutans* y *Streptococcus mitis*) son los más asociados con la caries dental tanto en animales de experimentación como en humanos.⁸

El paso más importante para que se produzca la caries, es la adhesión inicial de la bacteria a la superficie del diente. Esta adhesión está mediada por la interacción de proteínas del microorganismo y algunas de la saliva que son absorbidas por el esmalte dental. Para la colonización bacteriana es imprescindible la formación de la película adquirida. Es aquí donde las adhesinas (moléculas de naturaleza proteica) se unen a las proteínas salivales, las cuales actúan como receptores y facilitan la adherencia bacteriana; mientras mayor es la adherencia del microorganismo, mayor es la experiencia de caries dental.⁸

La ingesta excesiva de hidratos de carbono de igual forma se relaciona con la caries dental, y los niños mexicanos son grandes consumidores de alimentos industrializados y productos azucarados. Los efectos locales del consumo no moderado es la producción de ácidos orgánicos y en consecuencia caries dental.⁹



El problema no sólo radica en la cantidad de carbohidratos que se ingieren, sino también en la frecuencia con que se consumen y el tiempo que permanecen en boca.⁹

En México, la caries dental es una de las enfermedades de mayor incidencia y prevalencia causando, en ocasiones, pérdida prematura de los dientes. En la población infantil, la caries en dentición temporal se ha asociado a la ingesta alta de azúcares y el frecuente consumo de refrescos. Estudios previos señalan una prevalencia de caries dental de 44.1% en niños de 3 a 6 años bajo un programa de odontología preventiva. En la Ciudad de México, 64% de los niños de 4 y 5 años presentaron lesiones cariosas y a los 6 años se observó una prevalencia de 88%. También se informó que preescolares residentes de la Ciudad de México tuvieron en promedio 5 dientes con lesiones cariosas.⁹

En un estudio realizado en dos escuelas de nivel preescolar de la Delegación Iztapalapa en la Ciudad de México, se encontró una prevalencia elevada de caries dental, pues sólo cerca de 20% de los preescolares que participaron en este estudio estuvieron libres de caries.⁹

En los resultados arrojados por el SIVEPAB, se observó que, en niños de 2 a 5 años, en 30 entidades federativas, la prevalencia de caries es mayor al 50%. Sólo Colima y Yucatán se encuentran por debajo del 50% mientras que Guanajuato, Hidalgo y Quintana Roo se encuentran por arriba del 80%. En adolescentes de 10 a 14 años, las cifras muestran a nueve entidades federativas con un nivel bajo, doce con un nivel moderado de caries y únicamente Tlaxcala se muestra con un nivel alto. En cuanto a la población adulta (considerada de 20 a 99 años) la prevalencia de caries dental fue de 95.5%. En los rangos de edad, la prevalencia de caries dental en la población de 20 a 24 años fue de 88.6% y en los grupos de 45 a 79 años se detectaron las cifras más elevadas, superior al 98%.⁷



2.2.2 Enfermedad Periodontal

La gingivitis es el tipo de enfermedad periodontal que se observa con mayor frecuencia en los niños y adolescentes. Esta enfermedad es un proceso inmunoinflamatorio reversible de los tejidos blandos que rodean al diente y se caracteriza clínicamente por enrojecimiento, edema y sangrado gingival.¹⁰

Si la gingivitis no es tratada a tiempo, puede llegar a evolucionar a una lesión más compleja: la periodontitis, caracterizada por la pérdida del sostén óseo, presencia de bolsas periodontales y movilidad dentaria entre otros signos.¹⁰

Se ha demostrado que la periodontitis se puede presentar como una manifestación de trastornos sistémicos e influyen en la etiología de diversas enfermedades generales.¹⁰

La enfermedad gingival afecta a más de tres cuartas partes de la población. La gingivitis comienza en edades tempranas, su prevalencia y severidad indica que inicia a los 5 años, propiciando un proceso patológico de mayor gravedad que se incrementa con la edad, siendo la pubertad su punto más alto.¹¹

En un estudio realizado en una población de 77 preescolares inscritos en un jardín de niños en la Delegación Iztapalapa de la Ciudad de México se encontró una prevalencia de gingivitis de 39% en preescolares de 4 y 5 años.¹¹

De acuerdo a los datos del SIVEPAB, el estado periodontal se determinó midiendo la profundidad de las bolsas periodontales, la presencia de hemorragia al realizar el sondeo y la presencia de cálculo dental en niños y adolescentes a partir de los 6 años de edad.⁷

Los resultados muestran que un gran porcentaje de los niños y adolescentes tenían un periodonto sano (74.2%), el 14.4% presentaba sangrado gingival y el 10.8% cálculo dental. La OMS recomienda no utilizar sonda periodontal en menores de 15 años. Para adolescentes de 15 a 19 años la presencia de bolsas periodontales superficiales fue del 1%, sólo 0.1% resultaron ser bolsas periodontales profundas.⁷



En la población adulta, la prevalencia de gingivitis se determinó como porcentaje de sujetos que al examen clínico presentaron inflamación en la encía, edema, sangrado, cambios en el entorno y al utilizar auxiliares de diagnóstico (sonda periodontal o rayos X) se detecta que no hay pérdida de hueso alveolar. La prevalencia de periodontitis se determinó en sujetos que al examen clínico presentasen inflamación de la encía, edema, sangrado, cambios en el entorno, movilidad dentaria, pérdida de inserción de hueso o al utilizar auxiliares de diagnóstico se detecta que existen bolsas mayores o igual a 4 mm de profundidad.⁷

Del total de la población, sólo el 46.2% tenía un periodonto sano. El 53.1% de adultos de 20 a 34 años no presentaron enfermedad periodontal, en el grupo de 80 y más años únicamente el 39.7% tenían un periodonto sano. Se observó que el porcentaje de pacientes sanos disminuye con la edad y la prevalencia de periodontitis aumentó con la edad.⁷

2.2.3 Maloclusiones

Los problemas de oclusión dental, son el resultado de la adaptación de la región orofacial a diversos factores etiológicos, resultando en diversas implicaciones que varían desde la insatisfacción estética hasta las alteraciones en el habla, masticación, deglución, disfunciones temporomandibulares y dolor orofacial.¹²

En la mayoría de los casos, hay muchos factores interactuando y sobreponiéndose unos a otros. Sin embargo, se pueden distinguir dos factores principales en su etología, que son la predisposición genética y los factores ambientales, que incluyen todos los elementos capaces de condicionar una maloclusión durante el desarrollo craneofacial.¹²

Algunos de los factores de origen ambiental son la presencia de caries y las pérdidas prematuras de dientes primarios, que favorecen el desarrollo de maloclusiones en el plano transversal, sagital y vertical y el acortamiento del perímetro del arco promoviendo el apiñamiento dental y la erupción ectópica.¹³

La presencia de hábitos orales es otro factor de riesgo ambiental, que favorecen un crecimiento y desarrollo anormal del complejo dentofacial, produciendo estrechez transversal del arco maxilar, mordidas cruzadas o abiertas, protrusión de incisivos superiores y aumento del resalte horizontal.¹³

Las alteraciones en el número de dientes, producen problemas en la erupción, desplazamiento o impactación de gérmenes dentales y compromiso de la alineación. Estas alteraciones de número tienen un posible origen genético combinado con factores ambientales, además, frecuentemente están relacionados con algún síndrome.¹³

De acuerdo con algunos estudios epidemiológicos la maloclusión se presenta con tasa de prevalencia considerablemente alta, ya que más de 60% de la población la desarrolla. Las investigaciones sobre maloclusiones en niños de 4 a 5 años reportan



prevalencias de 70 – 80%, que en la adolescencia evolucionan hasta tasas de prevalencia de 96.4%.¹⁴

Algunos autores coinciden en que las maloclusiones representan 70% de las afecciones de la cavidad oral. En un estudio realizado en una población preescolar en la Delegación Iztapalapa, en la Ciudad de México se encontró que la prevalencia de este padecimiento oral fue de 61%.¹⁴

La literatura indica que la capacidad masticatoria está estrechamente relacionada con el número de dientes. En 1992 la OMS declaró que el mantenimiento durante toda la vida, de dentición natural, funcional y estética, de no menos de 20 dientes y que no requieren recurrir a la prótesis debe ser el tratamiento meta para la salud.⁷

De todos los pacientes examinados por el SIVEPAB, el 93.0% tenían un mínimo de 20 dientes. En los usuarios de 35 a 44 años fue de 96.8%. Al realizar la estratificación por sexo, se observó que el porcentaje de mujeres con una boca funcional fue de 92.5% mientras que los hombres presentaron un porcentaje de 94.0%. En todos los grupos de edad se observó un menor porcentaje de mujeres con una oclusión funcional en comparación con los hombres.⁷

2.2.4 Cáncer oral

La mayoría de las lesiones orales son benignas, pero muchas tienen características que pueden confundirlas con una lesión maligna. Algunas lesiones son consideradas precancerosas porque fueron correlacionadas estadísticamente con cambios cancerosos. Por el contrario, algunas lesiones malignas vistas en un estadio temprano pueden ser confundidas con lesiones benignas.¹⁵

La OMS, en 1978 define la lesión precancerosa como un tejido de morfología alterada más propenso a cancerización que el tejido equivalente de apariencia normal. La lesión precancerosa es una alteración tisular focal en la cual y a partir de ella puede desarrollarse un tumor maligno, continuar en la misma situación o recobrase la integridad tisular.¹⁵

Los estados precancerosos se definen como: un estado generalizado que se asocia a un riesgo significativamente mayor de cáncer. Es una situación general del organismo con afectación multisistémica.¹⁵

El cáncer oral está aumentando en todo el mundo, existen factores de riesgo importantes en el desarrollo de la enfermedad como son: tabaco, alcohol, edad, género y exposición solar, teniendo una de las tasas de supervivencia más baja. El diagnóstico precoz y la referencia son las bases para mejorar la supervivencia y reducir el retraso en el diagnóstico.³

La mayoría de las guías de detección de cáncer oral indican que las lesiones sospechosas deben ser referidas en las primeras tres semanas de haberse diagnosticado.³

Los sitios con mayor incidencia son: lengua, labio, glándulas salivales y piso de boca, aunque puede afectar a todas las estructuras de la cavidad oral. El más habitual es el carcinoma epidermoide o carcinoma de células escamosas. Otros tipos de tumoraciones que podemos encontrar son los tumores de glándulas salivales, linfomas, melanoma, carcinoma verrugoso, sarcoma de Kaposi.¹⁶



En general, las eritroplasias, eritroleucoplasias, lesiones verrugosas y ulcerativas representan el riesgo más alto, mientras que las formas homogéneas de leucoplasias tienen el menor riesgo de presentar displasias o sufrir transformación maligna.¹⁵

En nuestro país, los datos epidemiológicos sobre la incidencia y la mortalidad del cáncer bucal se encuentran dentro de las tasas más bajas a nivel mundial, a pesar de eso, la vigilancia e investigación deben ser cruciales en la planificación, seguimiento y evaluación de esta lesión oral.⁷

El examen clínico de cavidad oral, cabeza y cuello a través de la inspección y palpación sigue siendo un procedimiento esencial para la detección temprana de cáncer oral. En la historia clínica debe registrarse la localización, tamaño, bordes, color y otras características de la superficie de la lesión, para poder identificar sus cambios futuros.^{7,15}

La Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud reporta que la prevalencia de cáncer de la cavidad oral y orofaringe registrada entre 2004 y 2006 permaneció estable y representó entre el 1.29 y el 1.44% de todos los casos registrados de cáncer. Sin embargo, diversas instituciones en el país coinciden en que existe un incremento evidente en la prevalencia de esta enfermedad, principalmente en la cavidad oral y sobre todo en la lengua.¹⁷

Las malignidades ubicadas en la cabeza y el cuello representaron el 17.6% de la totalidad (108.064) de las neoplasias malignas reportadas al Registro Histopatológico de las Neoplasias en México (RHNM) en el año 2002. Específicamente, el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) reporta que el cáncer oral en México corresponde aproximadamente entre un 2 y 5% del total de las mismas.¹⁸



En su investigación, el SIVEPAB estableció una definición que nos sirva de apoyo para su detección: “a todo individuo que al examen clínico presenta en la mucosa bucal una úlcera, una lesión blanca (leucoplasia), roja (eritroplasia) o mixta que puede presentar nódulos, o bien un aumento de volumen (masas) que no se resuelvan por sí misma en tres semanas y que no se caracteriza como ninguna otra entidad de origen infecciosos inflamatorio o traumático”.⁷

De acuerdo a esta definición, en el estudio que realizó el SIVEPAB, se registraron 710 lesiones sospechosas de cáncer oral, en donde el tipo de lesión predominante fue el aumento de volumen.⁷

En México, el cáncer oral se presenta con una incidencia aproximada de 0.6 a 0.8 por cada 100,000 habitantes, con una edad promedio de presentación de 60 años, afectando a 67% a hombres por un 33% de mujeres y ocasionando un aproximado de 623 muertes al año.¹⁸



2.2.5 Fluorosis dental

La fluorosis dental es un defecto irreversible en la formación del esmalte que resulta de la excesiva ingestión a largo plazo de fluoruros durante la etapa de formación dentaria. Los signos clínicos se reflejan en el esmalte, en donde puede ir desde manchas de color blanquecino hasta un café oscuro, o incluso llegar a la pérdida de continuidad del esmalte, de acuerdo con la severidad, afectando así su apariencia y funcionalidad. La fluorosis de los dientes primarios es menos común y más leve que la de los dientes permanentes.¹⁹

Con la presencia de múltiples fuentes de fluoruros resulta cada vez más complejo identificar la concentración óptima de flúor que se debe agregar a los diferentes agentes preventivos. La OMS indica que los niveles óptimos de flúor en el agua se encuentran entre 0.5 y 1.0 partes por millón (ppm).²⁰

En México, la fluoración de la sal es un método utilizado para la prevención de la caries dental a nivel colectivo. Con la aplicación de esta medida, entre otras, se ha logrado reducir los índices de caries en el país, que van de 20 a 80% en un periodo aproximado de diez años.²⁰

En México se ha encontrado que las cifras de fluorosis dental varían de acuerdo con la región donde se haya realizado el estudio. Generalmente, los estudios se han llevado a cabo en la región norte y centro del país. La prevalencia de fluorosis reportada se encuentra entre 30-100% en las áreas donde el agua es naturalmente fluorada y de 52-82% en las áreas donde no existe fluoruro en agua y se utiliza sal fluorada.¹⁹

El Programa Nacional de Fluoruración de la Sal (PNFS) se inició en el Estado de México en 1988, que posteriormente se amplió a nivel nacional. Actualmente 5 estados del país están excluidos del PNFS por la presencia de fuentes de abastecimiento de agua con concentraciones de flúor superiores a las óptimas. Adicionalmente, 11 estados se encuentran parcialmente incorporados al PNFS



debido a concentraciones mayores a 0.7 ppm de flúor en el agua en algunos de sus municipios.²⁰

Los resultados muestran que la prevalencia general de fluorosis en las 28 entidades estudiadas fue cercana a 30%, lo que sugiere una baja prevalencia en la mayor parte de los escolares examinados. En 17 estados y el Distrito Federal (ahora Ciudad de México) se observó que más de 90% de los escolares examinados se encontraban en las categorías iniciales de fluorosis dental (no representando un problema de salud pública) Por otra parte, se encontraron estados con prevalencia de fluorosis superiores a 80%. Cerca de 18% de los estados se encontró en un nivel medio. El estado de Durango presentó el nivel más elevado de fluorosis comunitaria. En Zacatecas, la prevalencia de fluorosis detectada fue de 79.1%. Aguascalientes también se encontró en el grupo de estados con alto índice de fluorosis (cabe mencionar que estos tres estados se encuentran excluidos del PNFS).²⁰

En conclusión, dos terceras partes de los estados de la República Mexicana tuvieron localidades en las que se encontró una baja prevalencia de fluorosis dental; no obstante, en aproximadamente una tercera parte se identificaron localidades con elevados índices de fluorosis.²⁰

En otro estudio realizado únicamente en el Estado de Campeche a siete escuelas primarias públicas se encontró que la prevalencia total de fluorosis dental fue de 15.5%.¹⁹

A fin de registrar adecuadamente la fluorosis dental, el SIVEPAB elaboró una definición: “se registra en pacientes que tengan 6 años o más de edad y que presente al menos dos dientes permanentes con opacidades blancas en la superficie dental que involucre más del 50% de su extensión o bien manchas cafés o amarillas desfigurantes y/o presencia de depresiones en el esmalte con apariencia corroída”.⁷

De acuerdo a la información que registra el SIVEPAB, algunos de los datos más relevantes son los siguientes:⁷



En ciertos estados de la República como Aguascalientes, Zacatecas y Durango se han encontrado niveles altos de flúor en el agua de consumo humano, reflejándose en la elevada prevalencia de fluorosis dental.

En lo grupos más jóvenes (menores de 25 años de edad) se ha incrementado la proporción de personas con fluorosis dental. El mayor incremento de casos se registró entre los adolescentes y adultos jóvenes.

La sal yodada no se distribuye en todos los estados de la República, debido a que en algunas regiones se ha encontrado niveles importantes de flúor en el agua de consumo humano, por lo que el país se ha dividido en tres regiones. La primera región incluye entidades donde no se comercializa sal con fluoruro, la segunda comprende entidades donde se distribuye sal con fluoruro y en la tercera región se distribuye de los dos tipos de sal.

Uno de los hallazgos que llama la atención es la presencia de fluorosis dental en el estado de Campeche. La distribución de sal en esta región es homogénea y la concentración de flúor en agua es baja en la península de Yucatán, por lo que ambas causas se descartan como explicación a la presencia de fluorosis dental. Sería de gran ayuda identificar otras fuentes de fluoruro en la zona, como bebidas embotelladas o algunos alimentos.



2.3 Expediente clínico e historia clínica

2.3.1 Expediente clínico

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, se define como expediente clínico al conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.²¹

El expediente es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. De acuerdo a esta misma Norma, todo expediente clínico deberá contar con los siguientes datos generales:

- Tipo, nombre y domicilio del establecimiento y en su caso, nombre de la institución a la que pertenece.
- En su caso, la razón y denominación social del propietario o concesionario.
- Nombre, sexo, edad y domicilio del paciente, y los demás que señalen las disposiciones sanitarias.

El médico, así como otros profesionales o personal técnico que intervengan en la atención del paciente, tendrán la obligación de cumplir las disposiciones de esta norma, en forma ética y profesional.

Los expedientes clínicos son propiedad de la institución o del prestador de servicios médicos que los genera, cuando éste, no dependa de una institución. Por tratarse de documentos elaborados en interés y beneficio del paciente, los expedientes



clínicos deberán ser conservados por un periodo mínimo de 5 años, a partir de la fecha del último acto médico.

Los datos personales escritos en el expediente clínico no deberán ser divulgados o dados a conocer. En el caso de ser utilizados para fines de literatura médica, docencia, investigación o fotografías que posibiliten la identificación del paciente, se requerirá la autorización escrita del mismo (consentimiento informado), en tal situación, se tomarán las medidas necesarias para que el paciente no pueda ser identificado. Los datos contenidos en el expediente únicamente podrán ser proporcionados a terceros cuando medie la solicitud escrita del paciente, el tutor, representante legal o de un médico debidamente autorizado por el paciente, el tutor o representante legal.

Los profesionales de la salud están obligados a proporcionar información verbal al paciente, a quien ejerza la patria potestad, la tutela, representante legal, familiares o autoridades competentes.

Las notas en el expediente clínico deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible; deberán contar también con fecha, hora y nombre completo de quien lo elabora, así como la firma autógrafa y además deberán contener nombre completo del paciente, edad y sexo.

De manera opcional, se podrán utilizar medios electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos o de cualquier otra tecnología en la integración de un expediente clínico, todo esto, en los términos de las disposiciones jurídicas aplicables. Los prestadores de servicio, podrán elaborar formatos para el expediente clínico, tomando en cuenta los requisitos mínimos establecidos en esta norma.

El expediente clínico odontológico que se integre en un establecimiento para la atención médica ambulatoria, se ajustará a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales.²²

2.3.2 Historia clínica

La historia clínica es uno de los elementos más importantes en la relación entre el profesional de la salud y el paciente, siendo una de las formas de registro del acto médico.²³

Es un formato que sirve para recabar de forma correcta y ordenada los datos de identidad, síntomas, signos y otros elementos que permitan plantear un diagnóstico clínico presuntivo.²³

Se puede definir como el conjunto de documentos relativos al proceso de asistencia y estado de salud de una persona realizado por un profesional de la salud.²³

Es el documento básico inicial en todas las etapas de la atención médica y odontológica, siendo una guía metódica para la identificación de los problemas de salud de cada persona.²⁴

La función principal de la historia clínica es la asistencial, pero puede cumplir otro tipo de funciones según su determinado uso, como científico, docente, legal, o investigativo por mencionar algunos.²⁴

2.3.2.1 Importancia de la historia clínica

Algunos de los factores por lo que la elaboración de la historia clínica es de vital importancia en el acto médico-odontológico son los siguientes:²³

- Constituye el registro de varios hechos de la vida de un ser humano. En ella se registran datos confidenciales del paciente, cualquier distorsión en la información tiene repercusiones negativas.
- Intenta determinar el problema del paciente. Las dolencias del paciente se ubican de tal forma que se integran los síntomas, signos y documentos para clínicos.
- Orienta el tratamiento. Una de las partes más importantes del acto médico es la disposición terapéutica.



- Posee contenido científico de investigación. Cada paciente es sujeto de su propia investigación, comenzando por el diagnóstico de su enfermedad.
- Adquiere un carácter docente. Esta función en particular, es aplicable en las escuelas y facultades médicas y odontológicas, pues la estructura se mueve alrededor de la jerarquía académica de sus docentes.
- Constituye un importante elemento administrativo. La historia clínica es el documento más importante para respaldar los procedimientos practicados, las complicaciones sufridas y en algunos casos, los costos monetarios.
- Tiene implicaciones médico-legales. La historia clínica es elemento fundamental en cualquiera de las formas de contratación. Entre el paciente y su profesional de la salud se establece la típica relación de contrato consensual, por lo cual el profesional se compromete a colocar todos los medios de su parte para devolver o mantener la salud del paciente.

2.3.2.2 Características de la historia clínica

Tres de las características más importantes de la historia clínica son las siguientes:²³

- Su práctica es obligatoria. Ningún procedimiento debe efectuarse sin su correspondiente registro en la historia clínica. En cualquier institución de salud se exige la historia clínica como elemento indispensable para ejercer una medicina de calidad.
- Es irremplazable. La escritura de la historia clínica jamás puede ser reemplazada por la memoria del profesional de la salud.
- Es privada y pertenece al paciente. La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado, que únicamente puede ser dado a conocer a terceros con la previa autorización del paciente.



2.3.3 Criterios para la realización de la historia clínica de acuerdo a la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, la historia clínica deberá ser elaborada por los profesionales del área de la salud, de acuerdo a las necesidades específicas de información de cada uno de ellos en particular, debiendo tener los siguientes apartados:²¹

- Interrogatorio: deberá tener como mínimo fecha de identificación, en su caso, grupo étnico, antecedentes heredo familiares, antecedentes personales patológicos (incluido dependencia y uso del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas) y no patológicos, padecimiento actual e interrogatorio por aparatos y sistemas.
- Exploración física: deberá tener como mínimo habitus exterior, signos vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardiaca y respiratorio), peso y talla, así como datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales o específicamente la información que corresponda al área odontológica.
- Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros.
- Diagnóstico o problemas clínicos.
- Pronóstico.
- Indicación terapéutica.
- Nombre completo, cédula profesional y firma del médico.

2.4 Perfil epidemiológico

El perfil epidemiológico es la expresión del estado de salud que padece la población.²⁵

Se encarga del estudio de la morbilidad, la mortalidad y los factores de riesgo, considerando también las variables de persona, de tiempo y de lugar.^{25, 26}

Se define como morbilidad a la cantidad de sujetos que enferman en un lugar en un periodo de tiempo, la mortalidad hace referencia al total de personas que fallecen en un lugar en un periodo de tiempo y los factores de riesgo son toda situación que aumenta las probabilidades de contraer alguna enfermedad u otro problema de salud en una persona.

2.4.1 Importancia del perfil epidemiológico

La utilidad del perfil epidemiológico se basa en determinar los problemas prioritarios de salud, así como identificar a las poblaciones vulnerables, pues es a ellas a quienes se deben dirigir los esfuerzos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. La manera en que se presenten los problemas de salud en una población está determinada por los diferentes variables.^{26, 27}

El perfil epidemiológico utiliza técnicas para su elaboración, al igual que el análisis de variados datos estadísticos, para reconocer cómo se comportan las enfermedades de acuerdo al género, a la edad y a la región que afecta.²⁴

Es una herramienta útil enfocada en prevenir enfermedades, promover salud y examinar los nexos entre costo, efectividad y beneficio de las actividades encaminadas a recuperar o mantener la salud.²⁴

Al realizar un perfil epidemiológico, se hace uso de indicadores de salud, los cuales evidencian los patrones de comportamiento de una población, identifica factores de riesgo, factores protectores y otras características, con el fin de tener una visión



amplia y detallada de los problemas de salud-enfermedad que aquejan a las personas.²⁶

El perfil epidemiológico sirve como una fuente de datos cuantitativos para identificar las necesidades y prioridades de salud para una población en un área determinada.²⁶

2.4.2 Usos del perfil epidemiológico

Algunos de los usos más importantes del perfil epidemiológico son los siguientes:²⁶

- Establecer prioridades de salud en las poblaciones.
- Proporcionar una base de datos.
- Proveer datos útiles de la población.
- Difunde datos de una población para el uso de los servicios de salud y organismos internacionales.
- Los datos presentados son utilizados para la planificación de proyectos.



3. ANTECEDENTES

3.1 Programa de Brigadas de Salud Bucodental de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México

El Programa de Brigadas de Salud Bucodental que ofrece la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México, tiene como propósito brindar servicio odontológico de calidad a algunas de las zonas más vulnerables de la República Mexicana, regiones en donde los servicios de salud son escasos o nulos.

Dicho programa forma parte del servicio social que realizan los estudiantes, el cual es de manera obligatoria para obtener el título profesional. La convocatoria que reciben los alumnos para participar es totalmente abierta y una vez seleccionados reciben la información necesaria sobre la forma de trabajo, así como sus deberes y obligaciones.

Para llevar a cabo el Programa de Brigadas en las comunidades, los gobiernos estatales, municipales y/o asociaciones civiles tienen que solicitar el servicio a la Facultad de Odontología. Ya autorizado y días antes de la fecha de inicio, un representante o académico realiza una visita previa para planear la logística, hospedaje y alimentación del personal; la instalación del equipo se realiza un día antes del inicio de la brigada por parte del personal de la Facultad y los alumnos.

Las áreas de trabajo que se desarrollan en las brigadas, se dividen en:

Admisión. En esta área se desarrolla lo más importante de la atención, ya que se realiza la historia clínica odontológica (ANEXO 1). La primera parte consiste en el interrogatorio o anamnesis, en donde se descubren los antecedentes personales así como los padecimientos. Aquí se hace entrega de una vaso, espejo intraoral, bata y gorro quirúrgico desechables La segunda parte corresponde a la exploración clínica, en donde se registra las condiciones orales en las que se encuentra el



paciente. Siendo un documento médico-legal, el interesado debe firmar la historia clínica para poder iniciar con su atención odontológica.

Área preventiva. Se realiza eliminación del cálculo dental, limpieza dental (profilaxis), aplicación tópica de fluoruro, colocación de selladores de fosetas y fisuras, y técnica de cepillado personalizada.

Área restaurativa y correctiva. Consiste en la eliminación de caries para su posterior restauración, ya sea con amalgamas, resinas y/o ionómeros de vidrio.

Área quirúrgica. Se realizan extracciones de uno o varios dientes.

Esterilización. Se encarga del manejo de las tinas ultrasónicas y autoclaves, cuyo propósito es esterilizar el instrumental empleado a lo largo del día.

Además de lo antes mencionado, la brigada maneja dos especialidades de atención: odontopediatría y endodoncia, las cuales están a cargo de los alumnos de posgrado. La finalidad de esto es realizar tratamientos integrales acordes a las necesidades de la población.

La brigada está contemplada para iniciar los lunes a las 9 de la mañana, horario en el cual los alumnos comienzan con la admisión de pacientes. Del lunes al jueves se reciben como máximo 120 personas, brindando atención de 9:00 a 18:00 horas aproximadamente. El horario de término depende en gran medida del tipo de tratamiento que requieran los pacientes que asisten al servicio. En el caso de los días viernes, se reciben únicamente 70 personas, ya que al terminar el tratamiento del último paciente, se comienza a limpiar, desinfectar, esterilizar y desinstalar todo el equipo, material e instrumental utilizado.

Al concluir con los tratamientos planeados, el paciente es dado de alta y recibe las indicaciones pertinentes.



Existen 2 modalidades para participar en el Programa de Brigadas de Salud Bucodental. El primero consiste en asistir los fines de semana durante 6 meses a los Estados de México y de Morelos. La segunda involucra a los alumnos a participar en 12 brigadas, las cuales tienen duración de una semana (realizándose 2 por mes), en diferentes entidades de la República Mexicana.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una historia clínica es el documento médico legal básico e inicial en cualquier tratamiento médico-odontológico, cuyo objetivo es reunir la información clínica y los datos personales de un paciente de forma ordenada y sistemática para lograr una buena y correcta atención médica.

El actual formato de la historia clínica del Programa de Brigadas, deja varias interrogantes para el análisis, ya que:

- ◁ No se cuenta con una sección que permita anotar los órganos dentarios que están presentes en la cavidad oral, ni la razón de pérdida dentaria.
- ◁ Si el paciente es portador de aparatología protésica, no hay un rubro en donde se pueda anotar dicha circunstancia.
- ◁ No existe espacio para colocar la presencia de enfermedades periodontales.
- ◁ En caso de tener alguna anomalía en la articulación temporomandibular, no se cuenta con un apartado para anotarla.
- ◁ Se carece de una sección en donde se registre la presencia de fluorosis dental ni el grado de afección correspondiente.

Lo anterior juega un papel importante en el perfil epidemiológico, pues a partir de la información que se logre obtener con un formato acorde a las necesidades de la población, se podrán identificar los problemas de salud orales que se padecen, proporcionando una base de datos que nos podrá ayudar a planificar soluciones a los problemas presentados.

Por lo antes mencionado, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Es posible rediseñar la historia clínica utilizada en el Programa de Brigadas de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México y llevar a cabo su aplicación?



5. JUSTIFICACIÓN

La Universidad Nacional Autónoma de México y la Facultad de Odontología a través del Programa de Brigadas de Salud Bucodental, brinda servicio odontológico de calidad a los sectores más desprotegidos de nuestra sociedad, cuya posibilidad de acceso a la atención odontológica es escasa o nula. Además, los servicios que se brindan se realizan sin costo ni daño alguno.

Desde los años setenta, la OMS estableció la importancia de la obtención de datos epidemiológicos estandarizados, tanto de caries dental como de enfermedad periodontal y el cambio de enfoque curativo (complejo y costoso) a uno preventivo.

En las últimas décadas en México, diversas instituciones educativas y de salud han realizado un gran esfuerzo para implementar programas y reorientar sus acciones para proporcionar información acerca de las enfermedades orales, sin embargo, la información todavía es limitada.³

La unificación de criterios y uso de estándares en la recolección de datos permite obtener cierta confiabilidad de criterio diagnóstico, pues así se solventa una base clara y punto de comparación para futuras investigaciones y recolección de datos.

En el caso específico del Programa de Brigadas de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México, no sólo se trata de modificar el formato de la historia clínica para el mejor tratamiento, el hecho también repercute en conocer las necesidades de la población, para que esa información pueda llegar a ser utilizada con fines epidemiológicos y con base a eso, proponer programas de intervención en la comunidad.



6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo general

Rediseñar la historia clínica utilizada en el Programa de Brigadas de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México y llevar a cabo su aplicación.

6.2 Objetivos específicos

Conocer el perfil epidemiológico a través de la nueva historia clínica para el Programa de Brigadas de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México dentro de la comunidad de Zacazonapan en el Estado de México.



7. MATERIALES Y MÉTODOS

7.1 Tipo de estudio

Transversal

7.2 Población de estudio

Pacientes que asistieron a las Brigadas de Salud Bucodental de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México en la comunidad de Zacazonapan en el Estado de México.

7.3 Selección y tamaño de la muestra

Historias clínicas elaboradas con el nuevo formato (ANEXO 2) llenadas adecuadamente con base al instructivo (ANEXO 3). Se recabaron las primeras 30 historias clínicas de un día de trabajo.

No se realizó cálculo y tamaño de la muestra ya que sólo se probará el diseño de la historia.

7.4 Criterios de selección

7.4.1 Criterios de inclusión

Historias clínicas llenadas correctamente y en su totalidad de pacientes que asistieron a la Brigada de Salud Bucodental de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México en la comunidad de Zacazonapan en el Estado de México.

7.4.2 Criterios de exclusión

Historias clínicas incompletas de pacientes que asistieron a la Brigada de Salud Bucodental de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México en la comunidad de Zacazonapan en el Estado de México.

7.5 Definición operacional y escala de medición de las variables

EDAD: Se refiere a la edad correspondiente al último cumpleaños. Se registró en años cumplidos a la fecha del examen.

SEXO: Diferencia biológica distintiva de hombres y mujeres. La variable se registró como: 1= masculino, 2= femenino.

ESTADO CIVIL: Condición de una persona en relación a otra, que se hacen constar en el registro civil y/o la vida en pareja. La variable se registró como: 1= soltero, divorciado, viudo y 2= casado, unión libre.

OCUPACIÓN: Empleo, profesión u oficio que ejerce la persona y por el que percibe una retribución. La variable se registró como: 1= hogar, 2= empleado, 3= profesionista, 4= negocio propio, 5= estudiante, 6= desempleado y 7= sin edad escolar.

PRESENCIA DE ENFERMEDAD: Alteración en la salud del individuo. La variable se registró como: 1= sí y 2= no.

TIPO DE ENFERMEDAD: Clasificación de la enfermedad de acuerdo a los aparatos o sistemas afectados. La variable se registró como: 1= trastornos endócrinos, 2= enfermedades cardiovasculares, 3= cáncer, 4= enfermedades gastrointestinales, 5= enfermedades neurodegenerativas, 6= enfermedades autoinmunes, 7= defectos congénitos, 8= enfermedades de vías respiratorias, 9= discrasias sanguíneas, 10= enfermedades neurológicas, 11= enfermedades musculoesqueléticas, 12= quistes, 13= hernias, 14= chikungunya, 15= enfermedades tegumentarias, 16= enfermedades oftálmicas, 17= enfermedades auditivas, 18= síndromes y 19= enfermedades parasitarias.

USO DE MEDICAMENTOS: Se refiere al consumo de fármacos. La variable se registró como: 1= sí y 2= no.



TIPO DE MEDICAMENTOS: Clasificación de fármacos de acuerdo a sus acciones terapéuticas. La variable se registró como: 1= analgésicos, 2= antibióticos, 3= antihistamínicos, 4= antidepresivos, 5= antivirales, 6= hipoglucemiantes, 7= antiulcerosos, 8= anticonceptivos, 9= antiasmáticos, 10= anticoagulantes, 11= antiespasmódicos, 12= antihipertensivos, 13= antitiroideos y 14= antihipotensivos.

MOTIVO DE LA TOMA DE MEDICAMENTOS: Causa por la cual se está ingiriendo el medicamento. La variable se registró como: 1= tratamiento de enfermedad y 2= dolor.

PRESENCIA DE ALERGIAS: Respuesta inmunitaria excesiva provocada en individuos hipersensibles por la acción de determinadas sustancias. La variable se registró como: 1= sí y 2= no.

ALÉRGENO: Sustancia que induce una reacción alérgica en el organismo. La variable se registrará como: 1= alérgenos inhalados (polen, mohos, mascotas), 2= alérgenos ingeridos (alimentos), 3= alérgenos inyectados (picaduras de insectos), 4= alérgenos por contacto (látex, cosméticos) y 5= otros (medicamentos, parásitos).

SANGRADO ABUNDANTE DE HERIDAS: Flujo sanguíneo excesivo. La variable se registró como: 1= sí y 2= no.

SANGRADO DE NARIZ O ENCÍA: Flujo sanguíneo presente en nariz o encía sin causa aparente. La variable se registró como: 1= sí y 2= no.

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS: Especialidad médica que tiene por objeto curar mediante incisiones que permiten operar la parte afectada del cuerpo. La variable se registró como: 1= sí y 2= no.

TIPO DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: Clasificación de la intervención quirúrgica. La variable se registró como: 1= operación en sistema nervioso, 2= operación en órganos genitales masculinos, 3= operación en órganos genitales femeninos, 4= operación en sistema digestivo, 5= procedimientos obstétricos, 6= operación en sistema músculo esquelético, 7= operación en sistema cardiovascular,



8= operación en sistema urinario, 9= cirugía reconstructiva, 10= cirugía por defecto congénito y 11= operación oftálmica.

TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA: Transferencia de sangre o de componentes sanguíneos de un donante a un donatario. La variable se registró como: 1= sí y 2= no.

CAUSA DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA: Motivo de la transferencia sanguínea o de sus componentes. La variable se registró como: 1= procedimiento quirúrgico y 2= hemorragia.

USO DE SUSTANCIAS TÓXICAS: Abuso de sustancias que provocan adicción. La variable se registró como: 1= sí y 2= no.

TIPO DE SUSTANCIA TÓXICA: Clasificación de las sustancias más comunes que generan adicción. La variable se registró como: 1= alcohol, 2= tabaco, 3= marihuana, 4= cocaína, 5= solventes y 6= otra sustancia.

ANESTESIA LOCAL: Se refiere a la aplicación previa de anestesia en la cavidad oral. La variable se registró como: 1= sí y 2= no.

REACCIÓN POR LA ANESTESIA: Consecuencia indirecta y generalmente adversa a la aplicación de anestesia oral. La variable se registró como: 1= sí y 2= no.

TIPO DE REACCIÓN POR LA ANESTESIA: Clasificación de las reacciones adversas más frecuentes por la aplicación de la anestesia. La variable se registró como: 1= mareo, 2= prurito, 3= taquicardia, 4= shock anafiláctico y 5= parestesia.

EMBARAZO: Estado en el que se halla la mujer gestante. La variable se registró como: 1= sí y 2= no. De ser afirmativa la respuesta se especificó la edad gestacional en semanas o meses.

LACTANCIA: Periodo de vida en la cual el niño se alimenta con leche del seno materno. La variable se registró como: 1= sí y 2= no.



ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR: Alteración en la ATM. La variable se registró como: 0= ATM normal (sin dolor, sonidos u otro signo y síntoma), 1= presencia de chasquido de una o las dos articulaciones temporomandibulares (el chasquido se evalúa por la presencia de un ruido audible o por palpación de las articulaciones temporomandibulares), 2= dolor por palpación de los músculos temporal anterior y masetero en uno o ambos lados (se evalúa por presión unilateral firme de los dos dedos, ejercida dos veces sobre la parte más voluminosa del músculo), 3= movilidad reducida de la mandíbula (abertura <30 mm, medida como la distancia entre las puntas de los incisivos centrales de la maxila y de los incisivos de la mandíbula. Como orientación general, en un adulto, la movilidad de la mandíbula se considera reducida si el sujeto es incapaz de abrirla hasta una anchura de dos dedos).

PRESENCIA DE LESIÓN EN TEJIDOS BLANDOS: Condiciones anormales en la mucosa oral y en los tejidos blandos. La variable se registró como: 1= sí y 2= no (ANEXO 4).

TIPO DE LESIÓN EN TEJIDOS BLANDOS: Clasificación de las lesiones más frecuentes de la cavidad oral. La variable se registró como: 1= mucosa oral, 2= hueso y 3= extraoral.

FLUOROSIS: Hipoplasia o hipomaduración del esmalte o dentina producto de la ingesta crónica de fluoruro durante el periodo de formación del diente. La variable se registró como: 1= sí, 2= no. (ANEXO 5).

MALOCLUSIONES: Mal alineamiento de los órganos dentarios. La variable se registró como: 0= normal (ausencia de anomalías dentales), 1= anomalías discretas (uno o más dientes con giroversión o ligero apiñamiento o espaciamiento que perjudica el alineamiento dental) y 2= anomalías severas (presencia de una o más situaciones en los cuatro incisivos: sobremordida horizontal, mordida cruzada anterior, mordida abierta, apiñamiento y diastemas de más de 4 mm).



BRUXISMO: Hábito parafuncional caracterizado por el rechinar dentario. La variable se registró como: 1= sí y 2= no.

TIPO DE BRUXISMO: Clasificación del bruxismo. La variable se registró como: 1= diurno y 2= nocturno (ANEXO 6).

PRESENCIA DE PRÓTESIS: Debe evaluarse la presencia de prótesis tanto en maxila como en mandíbula. La variable se registró como: 1= sí y 2= no

TIPO DE PRÓTESIS: Clasificación de la presencia de prótesis. La variable se registró como: 1= Prótesis Parcial Fija Superior, 2= Prótesis Parcial Fija Inferior, 3= Prótesis Parcial Removible Superior, 4= Prótesis Parcial Removible Inferior, 5= Prótesis Total Superior y 6= Prótesis Total Inferior.

GRADO DE HIGIENE ORAL: Se determina midiendo el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) (ANEXO 7).

ESTADO PERIODONTAL: Es necesario determinar el estado periodontal por medio del Índice Periodóntico Comunitario (IPC) (ANEXO 8).

ÍNDICE CPOD. Se obtiene de los 28 dientes permanentes, de acuerdo a los criterios de la OMS (ANEXO 9).

ÍNDICE ceod. Se obtiene de los 20 dientes temporales, de acuerdo a los criterios de la OMS (ANEXO 9).

PREVALENCIA DE CARIES: Proporción de individuos de la población de estudio que presenta caries dental.

TRATAMIENTOS PREVENTIVOS: Conjunto de medidas dirigidas a prevenir la aparición de una enfermedad. La variable se registró como: 1 = sí y 2 = no. Se consideran tratamientos preventivos como pláticas educativas e instrucción de higiene (técnica de cepillado), odontoxesis (eliminación de cálculo), profilaxis, aplicación de fluoruro y selladores de fosetas y fisuras.



TRATAMIENTOS RESTAURADORES: Cualquier procedimiento que implique el reemplazo o la reparación del órgano dental dañado. La variable se registró como: 1 = sí y 2 = no. En estos tratamientos se incluyen amalgamas y resinas.

TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS: Curación por medio de incisiones que permiten atender la parte afectada del cuerpo. La variable se registró como 1 = sí y 2 = no. Se consideran tratamientos como cirugía de terceros molares.

TRATAMIENTOS DE URGENCIA: Condición patológica de evolución lenta y no necesariamente mortal, pero que requiere ser atendida. La variable se registró como: 1= sí y 2= no.

TIPO DE TRATAMIENTO DE URGENCIA: Clasificación de los tratamientos de urgencia más frecuentes durante la brigada. La variable se registró como: 1= extracción, 2= tratamiento de conductos, 3= pulpotomía, 4= pulpectomía, 5= corona acero-cromo y 6= ionómero de vidrio.

7.6 Método de recolección de la información

En el momento en que el paciente ingresó a la zona de espera y con el número de ficha previamente asignado (la asignación del número de ficha es independiente al trabajo que se realiza por parte de la brigada) se realizó el llamado, en orden numérico, de acuerdo a la cantidad de fichas que se tenían previstas para ese día de trabajo.

La recolección de la información se efectuó en el área de admisión. En dicha área trabajaron cuatro alumnos, dos se encargaron del interrogatorio al paciente (para comenzar el llenado de la historia clínica) y los otros dos fueron los responsables de la exploración oral y de la ruta clínica por la cual se atendió al paciente. De esta manera se recolectó la primera parte de la información, el llenado se complementó con los tratamientos que se realizaron al paciente. Al concluir cada paciente con su respectiva ruta clínica, se depositó la historia clínica en el área de admisión para proceder al conteo y llevar un orden adecuado.



7.7 Recursos

7.7.1 Recursos humanos

Tesista

Tutor

Asesora

7.7.2 Recursos materiales

Computadora

Historias Clínicas

7.8 Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo para cada una de las variables empleadas utilizando el paquete estadístico SPSS versión demo 21.

7.9 Consideraciones éticas

Con lo que respecta a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos y de acuerdo a los principios de Helsinki vertidos en el reglamento de la Ley General de Salud, se contó con el consentimiento informado de los sujetos a estudiar al momento de ingresar al área de admisión. Esta investigación se considera como una investigación sin riesgo de acuerdo a lo estipulado en el Título Segundo, Capítulo I, artículo 17, inciso I, ya que sólo se observará el estado de salud oral de cada sujeto y aplicación de un cuestionario.

Este trabajo acatará las consideraciones éticas de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana (NOM-013)²⁷ del Sector Salud con relación al respeto por la dignidad humana, y los principios éticos de justicia, beneficencia, no maleficencia, solidaridad y respeto por la autonomía, teniendo en cuenta el consentimiento informado, el compromiso voluntario y consciente de los participantes, la



transferencia de conocimientos de la Universidad, el manejo confidencial de la información y la utilización de la misma para los fines exclusivos del proyecto y la devolución de los resultados a los participantes del estudio.

8. RESULTADOS

Se analizaron las historias clínicas realizadas durante un día en la Brigada de Salud Bucodental de la Facultad de Odontología de la UNAM, llevada a cabo del 16 al 19 de octubre del 2017, en el municipio de Zacazonapan en el Estado de México. Para el análisis de la información se utilizaron las primeras 30 historias clínicas que se realizaron el día martes 17 de octubre de 2017.

Como se aprecia en la tabla 1, el 66.7% (n=10) de los pacientes pertenecieron al sexo femenino y el 33.3% (n=20) al sexo masculino. La mitad de la población refirió vivir en pareja (casado, unión libre). La media de edad para la población analizada fue de 29.20 ± 21.25 años con un rango de 70 años (3-73 años). En lo que respecta a la ocupación, los estudiantes y las personas que se dedican al hogar ocuparon el 36.7% (n=11) respectivamente.

Tabla 1. Frecuencia y distribución de las variables sociodemográficas.

Sexo	n	%
Masculino	10	33.3
Femenino	20	66.7
Total	30	100.0
Estado civil		
Soltero (a)	15	50.0
Casado (a)	15	50.0
Total	30	100.0
Edad		
	Media	Desviación estándar
	29.20	21.25
Ocupación		
Hogar	11	36.7
Empleado	6	20.0
Profesionista	1	3.3
Estudiante	11	36.7
Sin edad escolar	1	3.3
Total	30	100.0

Fuente: Directa.

En la tabla 2 se muestra la frecuencia y distribución de enfermedades, uso de medicamentos y alergias.

Una quinta parte del total de personas atendidas refirió padecer alguna enfermedad (20%, n=6), siendo las enfermedades cardiovasculares de mayor prevalencia en la población (42.8%, n=3).

Así mismo se observa que el 16.7% (n=5) de la población de estudio ingiere algún tipo de medicamento, el grupo de medicamentos de mayor ingesta en la población son los antihipertensivos con el 40% (n=2). El principal motivo de ingesta de medicamentos es para el tratamiento de la enfermedad padecida (80%, n=4).

La única alergia presente entre la población de estudio fue a los alérgenos por contacto (6.7%, n=2).

Tabla 2. Frecuencia y distribución de presencia de enfermedades, uso de medicamentos, alergias.

Presencia de enfermedad	n	%
Sí	6	20.0
No	24	80.0
Total	30	100.0
Enfermedades presentes		
Enfermedades presentes	n	%
Enfermedades cardiovasculares	3	42.8
Trastornos endócrinos	2	28.6
Enfermedades autoinmunes	1	14.3
Enfermedades auditivas	1	14.3
Total	7	100.0
Uso de medicamento		
Uso de medicamento	n	%
Sí	5	16.7
No	25	83.3
Total	30	100.0
Tipo de medicamento		
Tipo de medicamento	n	%
Analgésicos	1	20.0
Antihipertensivos	2	40.0
Antibióticos	1	20.0
Hipoglucemiantes	1	20.0
Total	5	100.0
Motivo de la ingesta		
Motivo de la ingesta	n	%
Tratamiento de la enfermedad	4	80.0
Dolor	1	20.0
Total	5	100.0
Presencia de alergias		
Presencia de alergias	n	%
Sí	2	6.7

No	28	93.3
Total	30	100.0
Alérgeno		
Alérgenos por contacto	2	100.0
Total	2	100.0

Fuente: Directa

En la tabla 3 se muestra la frecuencia y distribución de sangrado abundante por heridas, nariz o encía, procedimientos quirúrgicos y transfusiones sanguíneas.

Sólo dos personas reportaron sangrar abundantemente a través de alguna herida (6.7%), mientras que tres manifestaron sangrar por nariz o encía sin causa aparente (10%).

Poco más de una cuarta parte de la población refirió haber tenido algún tipo de procedimiento quirúrgico (36.7%, n=11); los de mayor frecuencia fueron las operaciones de órganos genitales femeninos y los procedimientos obstétricos con el 30.8% (n=4) respectivamente.

Del total de historias clínicas recabadas, sólo una persona reportó haber recibido transfusión sanguínea (3.3%) a causa de una cirugía.

Tabla 3. Frecuencia y distribución de sangrado por heridas, nariz o encía, procedimientos quirúrgicos y transfusiones sanguíneas

Sangrado abundante de heridas	N	%
Sí	2	6.7
No	28	93.3
Total	30	100.0
Sangrado de nariz o encía		
Sí	3	10.0
No	27	90.0
Total	30	100.0
Procedimientos quirúrgicos		
Sí	11	36.7
No	19	63.3
Total	30	100.0
Tipo de procedimiento quirúrgico		
Operación de órganos genitales femeninos	4	30.8
Operación de sistema digestivo	3	23.0



Procedimientos obstétricos	4	30.8
Operación en sistema músculo esquelético	1	7.7
Cirugía reconstructiva	1	7.7
Total	13	100.0
Transfusión sanguínea		
	N	%
Sí	1	3.3
No	29	96.7
Total	30	100.0
Causa de transfusión sanguínea		
	N	%
Procedimiento quirúrgico	1	100
Total	1	100

Fuente: Directa

En la tabla 4 se muestra la frecuencia y distribución de uso de sustancias tóxicas, aplicación de anestesia y efectos adversos a la aplicación.

Únicamente dos personas reportaron usar alguna sustancia tóxica (6.7%), siendo el alcohol y el tabaco las dos sustancias reportadas.

El 60% (n=18) de la población manifestó haber recibido la aplicación de anestesia oral y sólo una persona (5.6%) sufrió de mareo como reacción adversa a la aplicación.

Por otro lado, en esta encuesta no se reportó haber atendido a mujeres embarazadas ni en estado de lactancia.

Tabla 4. Frecuencia y distribución de uso de sustancias tóxicas, aplicación de anestesia y efectos adversos a la aplicación.

Uso de sustancias tóxicas	N	%
Sí	2	6.7
No	28	93.3
Total	30	100.0
Tipo de sustancia tóxica		
	n	%
Alcohol	1	50.0
Tabaco	1	50.0
Total	2	100.0
Anestesia		
	n	%
Sí	18	60.0
No	12	40.0
Total	30	100.0

Reacción a la anestesia	n	%
Sí	1	5.6
No	17	94.4
Total	18	100.0
Tipo de reacción		
Mareo	1	100.0
Total	1	100.0

Fuente: Directa

En la tabla 5 se muestra la frecuencia y distribución de la valoración de ATM y lesiones.

La lesión más presentada en ATM fue el chasquido al abrir o cerrar con el 23.3% (n=7). En cuanto a las lesiones, la única presentada en tres personas (n=10) fue la fístula en mucosa oral.

Tabla 5. Frecuencia y distribución de valoración de ATM y lesiones.

Valoración de ATM	n	%
ATM normal	19	63.3
Chasquido	7	23.3
Dolor por palpación	4	13.3
Total	30	100.0
Presencia de lesiones		
Sí	3	10.0
No	27	90.0
Total	30	100.0
Tipo de lesión		
Mucosa oral	3	100.0
Total	3	100.0
Descripción de la lesión		
Fistula	3	100.0
Total	3	100.0

Fuente: Directa

En la tabla 6 se muestra la frecuencia y distribución de fluorosis, maloclusiones, bruxismo y uso de prótesis.

El 36.7% (n=11) de la población de estudio presentó algún grado de fluorosis dental y el 30% (n=9) maloclusiones severas (presencia de una o más situaciones en los cuatro incisivos: sobremordida horizontal, mordida cruzada anterior, mordida abierta, apiñamiento y diastemas de más de 4 mm).

El 43.3% (n=13) de la población analizada presentaba bruxismo, el tipo mayormente presentado fue el diurno (53.8%, n=7). En cuanto a la presencia de prótesis, únicamente tres personas (10%) presentaron removible superior; es conveniente aclarar que en esta tabla sólo se registró la aparatología removible, pues las prótesis fijas se analizan en el odontograma.

Tabla 6. Frecuencia y distribución de presencia de fluorosis, maloclusiones, bruxismo y uso de prótesis.

Presencia de fluorosis	n	%
Presenta	11	36.7
No presenta	19	63.3
Total	30	100.0
Presencia de maloclusiones		
Normal	16	53.3
Discretas	5	16.7
Severas	9	30.0
Total	30	100.0
Presencia de bruxismo		
Sí	13	43.3
No	17	56.7
Total	30	100.0
Tipo de bruxismo		
Diurno	7	53.8
Nocturno	6	46.2
Total	13	100.0
Presencia de prótesis		
Sí	3	10.0
No	27	90.0
Total	30	100.0
Tipo de prótesis		
PPR Superior	3	100.0
Total	3	100.0

Fuente: Directa

En la tabla 7 se muestra la frecuencia y distribución del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS).

Sólo se registró el IHOS en la dentición permanente (n=26). El grado de salud con mayor frecuencia entre la población fue bueno y deficiente con el 30.0% (n=9) respectivamente.

Tabla 7. Frecuencia y distribución del IHOS

IHOS	n	%
Bueno	9	34.6
Regular	8	30.8
Deficiente	9	34.6
Total	26	100.0

Fuente: Directa

En la tabla 8 se muestra la frecuencia y distribución del Índice Periodontal Comunitario (IPC).

El IPC únicamente se registró en la dentición permanente (n=26). Se encontró presencia de cálculo en el 46.2% (n=12) de la muestra. Valores como bolsa >6 mm o hemorragia no registraron presencia en la población estudiada.

Tabla 8. Frecuencia y distribución del estado periodontal

IPC	n	%
Sano (0)	9	34.6
Hemorragia (1)	0	0
Cálculo (2)	12	46.2
Bolsa de 4-5 mm (3)	5	19.2
Bolsa de >6 mm (4)	0	0
Total	26	100.0

Fuente: Directa

En la tabla 9 se muestra la media y distribución estándar del estado de la dentición.

Para dentición permanente, la media de dientes sanos fue de 13.50 7.76, de dientes cariados de 7.23 6.00, de dientes perdidos 1.13 2.33, de dientes obturados .76 1.65 y el promedio de CPOD fue de 9.13 7.06 dientes.

En dentición temporal, la media de dientes sanos fue de 2.80 5.61, de dientes cariados 1.40 2.88, no se registraron dientes exfoliados, en dientes obturados fue de .06 .36 y el promedio de ceod fue de 1.46 3.08 dientes.

Tabla 9. Media y distribución estándar del estado de la dentición.

	Sano		Cariados		Perdidos		Obturados		CPOD	
Permanente	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
	13.50	7.76	7.23	6.00	1.13	2.33	.76	1.65	9.13	7.06
	Sano		Cariado		Exfoliado		Obturado		Ceod	
Temporal	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
	2.80	5.61	1.40	2.88	.00	.00	.06	.36	1.46	3.08

Fuente: Directa

En la tabla 10 se muestra la frecuencia y distribución de la prevalencia de caries.

Tanto en dentición temporal como permanente podemos observar que el 100% de la población presentó al menos un diente cariado.

Tabla 10. Frecuencia y distribución de la prevalencia de caries

Prevalencia de caries	n	%
No	0	0
Sí	30	100.0
Total	30	100.0

Fuente: Directa



9. DISCUSIÓN

El Programa de Salud Bucodental tiene como propósito brindar atención de calidad a las comunidades atendidas, para ello es de suma importancia el empleo de elementos acordes a las necesidades específicas de cada brigada.

La historia clínica constituye un documento médico-legal fundamental e inicial en la etapa de atención clínica odontológica. Su importancia radica en el hecho de que nos permite obtener información relevante y necesaria para la correcta atención de los pacientes. Con base en esta información es como se logran recabar los indicadores que permitirán identificar los problemas de salud-enfermedad que aquejan a la población.

Utilizar indicadores homologados internacionalmente como son los propuestos por la OMS, dan la oportunidad de establecer comparaciones que permitan dar pauta a la toma de decisiones directas sobre las necesidades de cada población.

Una gran interrogante que arrojaban los trabajos anteriores era el hecho de que el formato actual de historia clínica no cuenta con la evaluación del estado periodontal, valoración de la ATM, presencia de fluorosis, uso de prótesis e incluso un odontograma completo que incluya el estado de la dentición tanto temporal como permanente.

La historia clínica que se propone en el presente trabajo corresponde a las propuestas marcadas en esos estudios anteriores, pues incluye los indicadores para realizar una evaluación de salud oral completa, mismos que la OMS propone. De igual forma, la Secretaría de Salud a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológico de Patologías Bucles (SIVEPAB) emite los reportes de salud oral utilizando estos indicadores.

De acuerdo con los resultados, la caries dental tiene una prevalencia del 100% (n=30) en la población en donde el 86.7% (n=26) corresponde a población con dentición permanente y el 13.3% (n=4) restante a dentición decidua. En cuanto a la



información del SIVEPAB 2015²⁸ en el total de la población examinada la prevalencia de caries dental fue 93.2%. Así mismo, se estudió la prevalencia de caries en relación con la edad, encontrándose que en todos los grupos de edad ésta fue elevada, superior al 85%.

La prevalencia de caries dental es una media primordial de la salud oral y un indicador de las perspectivas a largo plazo para una dentición natural y funcional.²⁸

En la población de estudio, el IPC únicamente se registró en la dentición permanente (n=26). El grado de estado periodontal que más se registro fue cálculo (46.2%, n=12), el 34.6% (n=9) presentaba periodonto sano, 19.2% (n=5) bolsa de 4-5 mm y los valores como bolsa >6 mm o hemorragia no registraron presencia en la población estudiada. La información que brinda el SIVEPAB 2015 sobre el IPC señala que aproximadamente 56.8% tenían algún signo de enfermedad periodontal, un poco más de la quinta parte (21.1%) tenían gingivitis (detectada con la hemorragia a través del sondeo), 3.9% signos de enfermedad periodontal leve (bolsas periodontales superficiales) y 0.8% signos de enfermedad periodontal avanzada (bolsas periodontales profundas).

Los datos muestran que el porcentaje de pacientes con un periodonto sano disminuye con la edad, que a partir de los 50 años la categoría con mayor peso es el cálculo dental y que con el avance de la edad, el porcentaje de pacientes con bolsas superficiales y profundas aumenta.²⁸

En lo que concierne al cáncer oral, durante la aplicación del nuevo formato de historia clínica, no se reportó alguna lesión de consideración que pudiera relacionarse con este padecimiento oral. De acuerdo a la definición operacional que maneja el SIVEPAB 2015, en ese año en todo México se registraron 428 lesiones sospechosas de cáncer oral (tres o más semanas de evolución) en donde el tipo de lesión predominante fue el aumento de volumen (333 casos).

Los datos epidemiológicos sobre la incidencia y mortalidad del cáncer oral ubican a México como uno de los países con las tasas más bajas a nivel mundial.²⁸



Lo que registra la historia clínica propuesta es la presencia o no de fluorosis, encontrando que el 36.7% (n=11) de las personas que asistieron presentaban algún grado de fluorosis dental. Para los datos correspondientes al Estado de México, el SIVEPAB 2015 informa que la proporción de personas con fluorosis dental registrada en ese año fue de 0.5%.

De acuerdo a la información que presenta la fase permanente del SIVEPAB, en los grupos más jóvenes (menores de 25 años de edad) se vio incrementada la proporción de casos, este aumento se asocia a la disponibilidad de fluoruros los cuales pueden estar presentes en el agua, en los alimentos, en algunos productos dentales y en la sal fluorurada.²⁸

Del total de la población, se encontró que el 10% (n=3) era portadora de algún tipo de prótesis removible. Al respecto, la literatura indica que la capacidad masticatoria está estrechamente relacionada con el número de dientes, por lo que la OMS declaró en 1992 que el mantenimiento durante toda la vida de una dentición natural, funcional, estética, de no menos de 20 dientes, que no requiera prótesis, debe ser la meta para la salud.²⁸



10.RECOMENDACIONES

Con base a la experiencia durante la aplicación de la propuesta del nuevo formato de historia clínica y en la participación en el desarrollo de la brigada, se hacen las siguientes recomendaciones:

- ◁ **En la capacitación.** Se recomienda a las autoridades la capacitación en el manejo de la historia clínica propuesta en el presente trabajo, con el fin de lograr la unificación de criterios entre los alumnos de servicio social en las brigadas.
- ◁ **En la sistematización.** Un inconveniente que se presenta en la actualidad es el hecho de que la información recabada durante el desarrollo de las brigadas se hace a través de formatos impresos. El problema de este proceso es que las historias clínicas no se analizan de manera global, por lo que se sugiere el empleo de un formato electrónico con el fin de que la información sea capturada de manera automática y se pueda realizar el análisis de la información al término de cada brigada.



11. CONCLUSIONES

El Programa de Brigadas de Salud Bucodental que ofrece la Facultad de Odontología y la Universidad Nacional Autónoma de México es de gran aceptación por los gobiernos estatales, las asociaciones civiles y las comunidades a las que se les brinda el servicio.

El nuevo formato de historia clínica para las Brigadas de Salud Bucodental resultó ser un instrumento de fácil llenado y vaciado de la información, no presentó errores para su posterior análisis y fue de aceptación por parte de los usuarios (alumnos de brigadas).



12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ De la Fuente Hernández Javier. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. Univ Odontol [Internet]. 2010 [citado febrero 2017]; 29(63):83-92. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3987263>
- ² Capote Fernández Marta María. Importancia de la familia en la salud bucal. Rev Cub Estomatol [Internet]. 2012 [citado abril 2017]; 49(1). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072012000100007
- ³ Secretaría de Salud. Prevención, detección y control de los problemas de salud bucal 2013-2018 [Internet]. México 2014 [citado abril 2017]. Disponible en:
http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_PrevencionDeteccionControlProblemasSaludBucal2013_2018.pdf
- ⁴ Montenegro Martínez Gino. Un nuevo enfoque de la salud oral: una mirada desde la salud pública. Univ Odontol [Internet]. 2011 [citado febrero 2017]; 30(64):101.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3670238>
- ⁵ Secretaria de Salud et al. Salud Bucal del Preescolar y del Escolar [Internet]. México 2011 [citado febrero 2017]. Disponible en:
http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/sbpye_completo2.pdf
- ⁶ Oropeza Oropeza Anastasio, et al. Caries dental en primeros molares permanentes de escolares en la delegación Tláhuac. Rev ADM [Internet]. 2012 Marzo-abril [citado abril 2017]; 69(2):63-8
<http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2012/od122e.pdf>
- ⁷ Secretaria de Salud. Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales SIVEPAB 2011. México 2012. [Internet] [citado febrero 2017]. Disponible en:
http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/bol_sivepab/SIVEPAB-2011.pdf
- ⁸ Pedro Núñez Daniel, García Bacallao Lourdes. Bioquímica de la caries dental. Rev Haban Cien Méd [Internet]. Cuba 2010 abr-jun [citado marzo 2017]; 9(2). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2010000200004
- ⁹ Juárez López María Lila Adriana. Prevalencia de caries en preescolares con sobrepeso y obesidad. RIC [Internet]. 2010 Marzo-abril [citado abril 2017]; 62(2):115-120. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2010/nn102d.pdf>
- ¹⁰ Pérez Hernández Leyda Yenima, et al. Prevalencia de enfermedad periodontal y factores de riesgo asociados. Policlínico Pedro Borrás, Pinar del Río. Rev Cien Méd [Internet]. 2011 abr-jun [citado marzo 2017]; 15(2). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942011000200006&script=sci_arttext&lng=en
- ¹¹ Taboada Aranza Olga, Talavera Peña Ismael. Prevalencia de gingivitis en una población preescolar del oriente de la Ciudad de México. Bol. Med. Hosp. Infant. Méx. [Internet]. México 2011 enero-febrero [citado abril 2017]; 68(1). Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-11462011000100003&script=sci_arttext&lng=pt
- ¹² Aliaga Del Castillo Arón. Maloclusiones en niños y adolescentes de caseríos y comunidades nativas de la Amazonía de Ucayali, Perú. Rev. Per. Med. Exp. [Internet] 2011 mar [citado marzo 2017]; 28(1). Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342011000100014&script=sci_arttext



- ¹³ Carolina Medina Aida. Factores de riesgo asociados a pacientes pediátricos. Act Odontol Venez. [Internet]. Venezuela 2010 [citado marzo 2017]; 48(2):1-13. Disponible en: <http://actaodontologica.com/ediciones/2010/2/pdf/art15.pdf>
- ¹⁴ Taboada Aranza Olga, et al. Prevalencia de maloclusiones y trastornos del habla en una población preescolar del oriente de la Ciudad de México. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [Internet]. México 2011 [citado abril 2017]; 68(6). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462011000600004
- ¹⁵ López del Castillo Carlos Albornoz. Avances en el diagnóstico de las lesiones cancerizables y malignas del complejo bucal. Rev. Arch. Med. de Cam. [Internet]. Camagüey 2010 [citado marzo 2017]; 14(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000500019
- ¹⁶ Nachón García M G, et al. Tabaquismo y cáncer bucal: una revisión teórica. Rev. Med. UV. [Internet]. México 2010 [citado abril 2017]; 10(1). Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=27833>
- ¹⁷ Gallegos Hernández José Francisco. Cáncer de cabeza y cuello. Gac Mex de Oncol [Internet]. México 2015 [citado agosto 2017]; 14(1). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-cancer-cabeza-cuello-S1665920115000024>
- ¹⁸ Vinizky Brener Ilan, Ibáñez Mancera Norma Guadalupe, et al. Retraso en el diagnóstico de cáncer en cavidad bucal y anexos como factor clave para el pronóstico. Rev ADM [Internet]. México 2014 [citado agosto 2017]; 71(4): 188-191. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2014/od144g.pdf>
- ¹⁹ Casanova Rosado Alejandro José, et al. Prevalencia de fluorosis dental en ocho cohortes de mexicanos nacidos durante la instauración del Programa de Fluoruración de la Sal Doméstica. Gac. Méd. Méx. [Internet]. México 2013 [citado abril 2017]; 149:27-35. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2013/gm131c.pdf>
- ²⁰ Betancourt Linares Armando, et al. Prevalencia de fluorosis dental en localidades mexicanas ubicadas en 27 estados y el D. F. a seis años de la publicación de la Norma Oficial Mexicana para la fluoruración de la sal. Rev. Invest. Clín. [Internet]. México 2013 [citado marzo 2017]; 65(3):237-247. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2013/nn133g.pdf>
- ²¹ Secretaría de Salud. NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico [Internet]. México 2012 [citado marzo 2017]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012
- ²² Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales [Internet]. México 2008 [citado agosto 2017]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5063213&fecha=08/10/2008
- ²³ Guzmán Fernando. La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. Rev Colomb Cir. [Internet] Colombia 2012 [citado marzo 2017]; 27:15-24. Disponible en: <http://ascolcirugia.org/revista/revistaeneromarzo2012/6-%20Historia%20clinica.pdf>
- ²⁴ Brito N. La historia clínica y el consentimiento informado en las investigaciones clínicas y odontológicas. Act Odontol Ven [Internet]. Venezuela 2014 [citado marzo 2017]; 52(2). Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2014/2/art-11/>



- ²⁵ Álvarez Vásquez María José. Perfil epidemiológico de lesiones músculo esqueléticas de rodilla y tobillo en personal de las fuerzas armadas que acude al área de rehabilitación del Hospital Básico Baco. Universidad Técnica de Ambato [Internet]. Ecuador 2017 [Citado julio 2017]. Tesis. Disponible en:
<http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/25725/1/%C3%81lvarez%20V%C3%A1squez%20Mar%C3%ADa%20Jos%C3%A9.pdf>
- ²⁶ Mauricio Mejía Claudio, et al. Perfil epidemiológico Municipio de Caldas – Antioquia 2010. Universidad CES [Internet]. Colombia 2011 [Citado julio 2017]. Tesis. Disponible en:
http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1515/2/Perfil_epidemiologico_caldas.pdf
- ²⁷ Pinto Rodrigo y Wong de Liu Claudia. Perfil epidemiológico de Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas [Internet]. Guatemala 2016 [Citado agosto 2017]. Disponible en:
<https://saludpublica1.files.wordpress.com/2015/01/perfil-epidemiologico-de-guatemala.pdf>
- ²⁸ Secretaria de Salud. Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales SIVEPAB 2015. México 2015. [Internet] [citado noviembre 2017]. Disponible en:
<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/212323/SIVEPAB-2015.pdf>
- ²⁹ OMS. Encuestas de salud buco dental: métodos básicos. Cuarta edición 1997. Impreso en Malta



13. ANEXOS

Anexo 1. Formato actual de la historia clínica



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, UNAM
COORDINACIÓN DE SERVICIO SOCIAL
BRIGADAS DE SALUD BUCAL
HISTORIA CLÍNICA

FECHA: _____
No. Registro: _____

Nombre del paciente: _____ Sexo: M F
Edad: _____ años Estado civil: _____ Ocupación: _____
Lugar de Residencia: _____

1. ¿Padece alguna enfermedad? SI NO
Especifique cuál: _____

2. ¿Está tomando algún medicamento? SI NO
Especifique cuál: _____
Y por qué motivo: _____

3. ¿Es alérgico a algún medicamento u otro producto? SI NO
Especifique cuál: _____

4. ¿Sangra abundantemente o por largo tiempo cuando sufre de alguna herida? SI NO

5. ¿Sangra su nariz o encías o le aparecen moretones en piel sin causa aparente ? SI NO

6. ¿Le han operado alguna vez? SI NO
Especifique la operación: _____

7. ¿Le han aplicado sangre u otro derivado alguna vez? SI NO
Especifique la causa: _____

8. ¿Usa alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, solventes u otra sustancia? SI NO
Especifique la sustancia: _____

9. ¿Le han aplicado anestesia en su boca? SI NO

10. ¿Tuvo alguna reacción a la anestesia? SI NO
Especifique qué sucedió: _____

PARA MUJERES:

11. ¿Está usted embarazada? SI NO
Especificar la edad gestacional en semanas (o meses): _____

12. ¿Está amamantando a su bebé? SI NO

SIGNOS VITALES:
Tensión arterial: _____ / _____ Pulso: _____ X' Frecuencia respiratoria: _____ X'



CONDICIONES BUCALES:

Anotar hallazgos de la exploración de tejidos blandos (labios, carrillos, vestíbulos, lengua, piso de boca, paladar, proceso alveolar): _____

ODONTOGRAMA

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 = Cariado

P= Perdido

O= Obturado

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65								
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75								

Firma del paciente o tutor

Realizó Historia clínica

TRATAMIENTO:

ACTIVIDAD	FECHA	REALIZÓ TRATAMIENTO
Pláticas educativas de instrucción e higiene:		
Odontoxesis:		
Profilaxis:		
Aplicación tópica con fluoruro:		
Sellador de fosetas y fisuras:		

Amalgamas:	Preparación:	Fecha:	Obturación:	Fecha:
Resinas:				

ACTIVIDAD	FECHA	REALIZÓ TRATAMIENTO
Extracciones:		
Otros tratamientos:		



Anexo 2. Propuesta de nuevo formato de la historia clínica



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA
COORDINACIÓN DE SERVICIO SOCIAL. BRIGADAS DE SALUD BUCODENTAL
HISTORIA CLÍNICA



Nombre del paciente: _____ Sexo: M F FECHA: _____
Edad: _____ años Estado civil: _____ Ocupación: _____ No. Registro: _____
Lugar de residencia: _____

1. ¿Padece alguna enfermedad? Sí NO
Especifique cuál _____
2. ¿Está tomando algún medicamento? Sí NO
¿Cuál?
1=Analgésicos 2=Antibióticos 3=Antihistamínicos 4=Antidepresivos 5=Antivirales 6=Hipoglucemiantes 7=Antiulcerosos 8=Anticonceptivos
9=Antiasmáticos 10=Anticoagulantes 11=Antiespasmódicos 12=Antihipertensivos 13=Antitiroideos 14=Antihipotensivos
15=Otros (especifique) _____
¿Por qué motivo?
1=Tratamiento de la enfermedad 2=Dolor
3. ¿Padece alguna alergia? Sí NO
¿Qué tipo de alergia?.....
1=Alérgenos inhalados 2=Alérgenos ingeridos 3=Alérgenos inyectados 4=Alérgenos por contacto 5=Otros
4. ¿Sangra abundantemente o por largo tiempo cuando sufre alguna herida? Sí NO
5. ¿Sangra su nariz o encía o le aparecen moretones en la piel sin causa aparente? Sí NO
6. ¿Le han operado alguna vez? Sí NO
Especifique la operación _____
7. ¿Le han aplicado sangre u algún otro derivado alguna vez? Sí NO
Especifique la causa _____
8. ¿Consumo sustancias tóxicas? Sí NO
¿Cuál?
1=Alcohol 2=Tabaco 3=Marihuana 4=Cocaína 5=Solventes 6=Otra sustancia _____
9. ¿Le han aplicado anestesia en la boca? Sí NO
10. ¿Tuvo alguna reacción a la anestesia? Sí NO
Especifique qué sucedió: _____
PARA MUJERES
11. ¿Está embarazada? Sí NO
Especifique la edad gestacional en semanas o meses _____
12. ¿Está amamantando a su bebé? Sí NO

SIGNOS VITALES
Tensión arterial: _____ / _____ Pulso: _____ X' Frecuencia respiratoria: _____ X'

EXAMEN CLÍNICO
VALORACIÓN DE LA ATM.....
0= ATM normal 1= Chasquido 2= Dolor por palpación 3= Movilidad reducida de la mandíbula (abertura <30 mm)
PRESENCIA DE LESIONES.....
1= Sí 2= No
TIPO DE LESIÓN.....
1= Mucosa oral 2= Hueso 3= Extraoral
Descripción de la lesión: _____
PRESENCIA DE FLUOROSIS.....
1= Presenta 2= No presenta
MALOCLUSIONES.....
0= Normal 1= Discretas 2= Severas



BRUXISMO.....

1= Sí 2= No

TIPO DE BRUXISMO.....

1= Diurno 2= Nocturno

PRESENCIA DE PRÓTESIS.....

1= Sí 2= No

TIPO DE PRÓTESIS.....

1= PPF Superior 2= PPF Inferior 3= PPR Superior 4= PPR Inferior 5= PT Superior 6= PT Inferior

IHOS

Código para Placa y Cálculo

0= Ausencia
1= Hasta 1/3
2= Hasta 2/3
3= Más de 2/3
9= No registrado

	16	11	26	36	31	46
	Vest	Vest	Vest	Ling	Vest	Ling
Placa						
Cálculo						

IPC

0= Sano 3= Bolsa de 4-5 mm
1= Hemorragia 4= Bolsa >6 mm
2= Cálculo 9= No registrado

17/16	11	26/27
47/46	31	36/37

ODONTOGRAMA

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		55	54	53	52	51		61	62	63	64	65			
		85	84	83	82	81		71	72	73	74	75			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Código	Criterio
0	Sano
1	Cariado
2	Obturado (con caries)
3	Obturado
4	Extraído por caries
5	Extraído por otra razón
6	Sellador de fosetas y fisuras
7	Puente, corona, implante
8	No erupcionado
9	No registrado

TRATAMIENTOS

ACTIVIDAD	FECHA	REALIZÓ TRATAMIENTO
Platicas educativas e instrucción de higiene		
Odontoxesis		
Profilaxis		
Aplicación tópica de fluoruro		
Sellador de fosetas y fisuras		

Amalgamas	Preparación	Fecha	Obturación	Fecha
Resinas				

ACTIVIDAD	FECHA	REALIZÓ TRATAMIENTO
Extracciones		
Otros tratamientos		

Nombre y firma del paciente o tutor

Nombre y firma de quien realizó historia clínica



Anexo 3. Instructivo para el llenado del formato de historia clínica

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA

INDICACIONES GENERALES. Este formato debe llenarse completamente. Llene todas las casillas según corresponda. Utilice una casilla para cada letra o número (con pluma, letra de molde y números arábigos). El instructivo sólo contempla los incisos que requieren explicación.

NOMBRE: Debe anotar el nombre completo del paciente, iniciando con el apellido paterno, materno y nombre.

EDAD: Se debe registrar la edad correspondiente al último cumpleaños. Si el sujeto desconoce su edad, puede ser necesario efectuar una estimación basándose en la fase de erupción dentaria, o en los adultos, en los principales acontecimientos comunitarios. Si se ha estimado su edad, es necesario indicar el modo de estimación.

SEXO: Esta información debe ser registrada en el momento del examen porque no siempre es posible deducir el sexo de una persona a partir de únicamente el nombre. Se registrará como: masculino o femenino.

ESTADO CIVIL: Condición de una persona en relación a otra, que se hacen constar en el registro civil y/o la vida en pareja. La variable se registrará como: soltero (divorciado, viudo) o casado (unión libre).

OCUPACIÓN: Indique la actividad que ejerce el paciente. Se registrará como: hogar, empleado, profesionista, negocio propio, estudiante, desempleado o sin edad escolar.

PRESENCIA DE ENFERMEDAD: Alteración en la salud del individuo. Se registrará como: sí o no.

TIPO DE ENFERMEDAD: Clasificación de la enfermedad de acuerdo a los aparatos o sistemas afectados. Se registrará como: trastornos endócrinos, enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades gastrointestinales, enfermedades neurodegenerativas, enfermedades autoinmunes, defectos congénitos, enfermedades de vías respiratorias, discrasias sanguíneas, enfermedades neurológicas, enfermedades musculoesqueléticas, quistes, hernias, chikungunya, enfermedades tegumentarias, enfermedades oftálmicas, enfermedades auditivas, síndromes o enfermedades parasitarias.

USO DE MEDICAMENTOS: Se refiere al consumo de fármacos. Se registrará como: sí o no.

TIPO DE MEDICAMENTOS: Se refiere a la clasificación de fármacos de acuerdo a sus acciones terapéuticas. Se registrará como: analgésicos, antibióticos, antihistamínicos, antidepresivos, antivirales, hipoglucemiantes, antiulcerosos, anticonceptivos, antiasmáticos, anticoagulantes, antiespasmódicos, antihipertensivos, antitiroideos, antihipotensivos u otros.

MOTIVO DE LA TOMA DE MEDICAMENTOS: Causa por la cual se está ingiriendo el medicamento. Se registrará como: tratamiento de enfermedad o dolor.

PRESENCIA DE ALERGIAS: Respuesta inmunitaria excesiva provocada en individuos hipersensibles por la acción de determinadas sustancias. Se registrará como: sí o no.

ALÉRGENO: Sustancia que induce una reacción alérgica en el organismo. Se registrará como: alérgenos inhalados (polen, mohos, mascotas), alérgenos ingeridos (alimentos), alérgenos inyectados (picaduras de insectos), alérgenos por contacto (látex, cosméticos) u otros (medicamentos, parásitos).

SANGRADO ABUNDANTE DE HERIDAS: Flujo sanguíneo excesivo. Se registrará como: sí o no.

SANGRADO DE NARIZ O ENCÍA: Flujo sanguíneo presente en nariz o encía sin causa aparente. Se registrará como: sí o no.

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS: Especialidad médica que tiene por objeto curar mediante incisiones que permiten operar la parte afectada del cuerpo. Se registrará como: sí o no.

TIPO DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: Clasificación de la intervención quirúrgica. Se registrará como: operación en sistema nervioso, operación en órganos genitales masculinos, operación en órganos genitales femeninos, operación en sistema digestivo, procedimientos obstétricos, operación en sistema músculo esquelético, operación en sistema cardiovascular, operación en sistema urinario, cirugía reconstructiva, cirugía por defecto congénito u operación oftálmica.

TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA: Transferencia de sangre o de componentes sanguíneos de un donante a un donatario. Se registrará como: sí o no.

CAUSA DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA: Motivo de la transferencia sanguínea o de sus componentes. Se registrará como: procedimiento quirúrgico o hemorragia.

USO DE SUSTANCIAS TÓXICAS: Consumo de sustancias que provocan adicción. Se registrará como: sí o no.

TIPO DE SUSTANCIA TÓXICA: Clasificación de las sustancias más comunes que generan adicción. Se registrará como: alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, solventes u otras sustancias.

ANESTESIA: Se refiere a la aplicación previa de anestesia en la cavidad oral. Se registrará como: sí o no.

REACCIÓN POR LA ANESTESIA: Consecuencia indirecta y generalmente adversa a la aplicación de anestesia oral. Se registrará como: sí o no.

TIPO DE REACCIÓN POR LA ANESTESIA: Clasificación de las reacciones adversas más frecuentes por la aplicación de la anestesia. Se registrará como: mareo, prurito, taquicardia, shock anafiláctico o parestesia.

EMBARAZO: Estado en el que se halla la mujer gestante. Se registrará como: sí o no. De ser afirmativa la respuesta se especificará la edad gestacional en semanas o meses.

LACTANCIA: Periodo de vida en la cual el niño se alimenta con leche del seno materno. Se registrará como: sí o no.

ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR: Alteración en la ATM. Se registrará como: ATM normal (ausencia de síntomas y signos), presencia de chasquido (ruido audible o por palpación al abrir o cerrar), dolor por palpación de los músculos temporal anterior y masetero (por presión unilateral firme de los dedos ejercida sobre la parte más voluminosa del músculo) o movilidad reducida de la mandíbula (abertura <30 mm, medida como la distancia entre las puntas de los incisivos centrales de maxila y mandíbula).

PRESENCIA DE LESIÓN EN TEJIDOS BLANDOS: Condiciones anormales en la mucosa oral y en los tejidos blandos. Se registrará como: sí o no.

TIPO DE LESIÓN EN TEJIDOS BLANDOS: Clasificación de las lesiones más frecuentes de la cavidad oral. Se registrará como: mucosa oral, hueso o extraoral.

FLUOROSIS: Hipoplasia o hipomaduración del esmalte o dentina producto de la ingesta crónica de fluoruro durante el periodo de formación del diente. Se registrará como: sí o no.

MALOCLUSIONES: Mal alineamiento de los órganos dentarios. Se registrará como: normal (ausencia de anomalías), discretas (uno o más dientes con giroversión o ligero apiñamiento o espaciamiento que perjudica el alineamiento) o severas (presencia de una o más situaciones en los cuatro incisivos: sobremordida horizontal, mordida cruzada anterior, mordida abierta, apiñamiento y diastemas de más de 4 mm).

BRUXISMO: Hábito parafuncional caracterizado por el rechamamiento dentario. Se registrará como: sí o no.

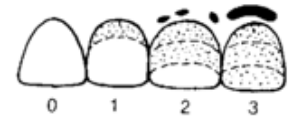
TIPO DE BRUXISMO: Clasificación del bruxismo. Se registrará como: diurno o nocturno.

PRESENCIA DE PRÓTESIS: Debe evaluarse la presencia de prótesis tanto en maxila como en mandíbula. Se registrará como: sí o no.

TIPO DE PRÓTESIS: Clasificación de la presencia de prótesis. Se registrará como: PPF Superior, PPF Inferior, PPR Superior, PPR Inferior, PT Superior o PT Inferior.

IHOS: En la casilla correspondiente marque de acuerdo al código (imagen) lo encontrado en la exploración.

Se registrará como: 0= Ausencia de placa (o cálculo), 1= Placa (o cálculo) que cubre hasta 1/3 de la superficie, 2= Placa (o cálculo) que cubre hasta 2/3 de la superficie, 3= Placa (o cálculo) que cubre más de 2/3 de la superficie, 9= No registrado



ESTADO PERIODONTAL: Es necesario determinar el estado periodontal por medio del Índice Periodontico Comunitario (IPC).

IPC. En esta sección de acuerdo al diagnóstico seleccione el código y regístrelo en la casilla correspondiente. Para considerar un sextante tendrá que haber al menos dos dientes presentes de lo contrario excluya el sextante. Al examinar niños menores de 15 años sólo se considerará el sangrado y la presencia de cálculos, no deberá de intentarse examinar las bolsas. Realice la exploración de los dientes índices: para adultos mayores de 20 años de edad o más, los dientes a examinar son diez: 17, 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46 y 47; los segundos molares en cada sextante posterior se aparean para su registro. Si ninguno de los dientes índices estuviera presente en el sextante indicado para el examen, se examinarán todos los dientes restantes del sextante. En menores de 20 años de edad se examinarán los dientes 16, 11, 26, 36, 31 y 46.

ESTADO DE LA DENTICIÓN. Índice CPOD y ceod: Tomando en cuenta la codificación referida y acorde a la exploración realizada, codifique el odontograma con números los dientes permanentes y temporales. Se registrará como: 0= sano, 1= cariado, 2= obturado con caries, 3= obturado (sin caries), 4= extraído por caries, 5= extraído por otra razón, 6= extracción indicada, 7= puente, corona, implante, 8= no erupcionado y 9= no registrado.

TRATAMIENTOS PREVENTIVOS: Conjunto de medidas dirigidas a prevenir la aparición de una enfermedad. Se registra como: sí o no. Se consideran tratamientos preventivos como pláticas educativas e instrucción de higiene (técnica de cepillado), odontoxesis (eliminación de cálculo), profilaxis, aplicación de fluoruro y selladores de fosetas y fisuras.

TRATAMIENTOS RESTAURADORES: Cualquier procedimiento que implique el reemplazo o la reparación del órgano dental dañado. Se registrará como: sí o no. En estos tratamientos se incluyen amalgamas y resinas.

TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS: Curación por medio de incisiones que permiten atender la parte afectada del cuerpo. La variable se registrará como: sí o no. Se consideran tratamientos como cirugía de terceros molares.

TRATAMIENTOS DE URGENCIA: Condición patológica de evolución lenta y no necesariamente mortal, pero que requiere ser atendida. Se registrará como: sí o no.

TIPO DE TRATAMIENTO DE URGENCIA: Clasificación de los tratamientos de urgencia más frecuentes durante la brigada. Se registrará como: extracción, tratamiento de conductos, pulpotomía, pulpectomía, corona acero-cromo o ionómero de vidrio.



Anexo 4. Evaluación de presencia de lesiones

En cada persona debe efectuarse un examen extraoral e intraoral completo y sistemático:²⁹

El examen extraoral debe realizarse con el siguiente orden:

- a) Examen general de las zonas cutáneas descubiertas (cabeza, cuello y extremidades).
- b) Zonas cutáneas periorales (nariz, carrillos y barbilla).
- c) Ganglios linfáticos (cabeza y cuello).
- d) Partes cutáneas de los labios superior e inferior.
- e) Borde bermellón y comisuras.
- f) Articulación temporomandibular y región parotídea.

El examen intraoral debe ser en el siguiente orden:

- a) Mucosa y surcos labiales (superior e inferior).
- b) Parte labial de las comisuras y la mucosa oral (derecha e izquierda).
- c) Lengua (superficie dorsal y ventral, y bordes).
- d) Piso de boca.
- e) Paladar duro y blando.
- f) Bordes alveolares y encía (superior e inferior).

Para retraer los tejidos se puede utilizar dos espejos orales o un espejo y el mango de la sonda periodontal. Se registrará la presencia o no de lesión como: 1= sí y 2=no.

Anexo 5. Evaluación de la presencia de fluorosis dental

Se examinará de la siguiente manera:²⁹

Las lesiones suelen ser bilaterales y simétricas, y tienden a mostrar una estructura estriada horizontal a través del diente. Se afectan con especial frecuencia los



premolares y los segundos molares, seguidos de los incisivos superiores. Los incisivos inferiores son los menos afectados.

El examinador debe tomar nota del tipo de distribución de cualquier defecto y decidir si es típico de la fluorosis. Las alteraciones “ligeras” pueden consistir en líneas blancas finas o manchas, normalmente cerca de los bordes o las puntas de las cúspides de los incisivos. Son blancas y tienden a desvanecerse en el esmalte que las rodea.

Se registrará la evaluación de fluorosis como: 1= presenta (sí) y 2= no presenta (no).

Anexo 6. Evaluación del tipo de bruxismo

Debido a que su etiología es diversa, el bruxismo será clasificado como diurno o nocturno. Se registrará como: 1= diurno y 2= nocturno.

El bruxismo diurno genera un apretamiento dental axial continuo, siendo frecuentemente relacionado con estrés psicosocial o físico.

El bruxismo nocturno, se caracteriza por un movimiento repetitivo con actividad muscular masticatoria rítmica y acompañado de rechinar.

Anexo 7. Evaluación del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS):

Procedimiento:²⁹

- a. Dientes a examinar. Se divide la boca en seis partes y se revisan seis dientes específicos, uno por cada sextante. Para la revisión se requiere que se encuentren completamente erupcionados para calcular adecuadamente la presencia de placa o cálculo, si el diente no está erupcionado, no se revisará.
- b. Número de las superficies. Se evalúan únicamente seis superficies, una de cada diente erupcionado para el IHOS.
- c. Puntuación. El IHOS tiene un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 6, contabilizando placa y cálculo.



Selección de los dientes y las superficies

a. Secuencia

Revise siguiendo la secuencia 17-16, 11-21, 26-27, 46-47, 41-31 y 36-37, para valorar placa y cálculo. Las superficies dentales se examinan del borde incisal a cervical con el explorador procurando revisar toda la superficie. La puntuación debe reflejar la estimación de toda la superficie, incluida el área proximal de las zonas de contacto.

b. Identificación de los dientes y superficies específicos

Segmentos superiores. Revise las superficies vestibulares de los primeros molares y el central derecho. Si no tuviese presentes o se encuentren restaurados con una corona total, sustituya el primer molar por el segundo y en el caso del central, sustitúyalo por el otro central.

Segmentos inferiores. Se explora la superficie vestibular del central izquierdo, en el caso de los primeros molares se revisaran las superficies linguales. De no encontrarse alguno de los dientes, se realiza la misma sustitución mencionada.

c. Exclusión

Segmento posterior. Si no se encuentra ningún molar (ya sea por ausencia o por restauración con coronas) se deberá excluir ese segmento de la revisión.

Segmento anterior. Si no se encuentra ningún central (ya sea por ausencia o por restauración con coronas) también se deberá excluir.

Para indicar que un diente se ha excluido por alguna razón, llene la celda con el número 9.



d. Criterios de registro de placa y cálculo.

Como placa dentobacteriana se entiende a la materia suave adherida al diente, formada por mucina, bacterias y restos de alimentos.

En cuanto al cálculo dental, se utiliza el explorador para identificar el cálculo supragingival y una sonda para el cálculo subgingival.

En el cuadro que a continuación se muestra, se describen los criterios para el registro de ambos casos:

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 tercios 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

e. Registro de los datos

Con base a los criterios señalados, en la historia clínica se debe registrar los valores obtenidos:

	16	11	26	36	31	46
	Vest	Vest	Vest	Ling	Vest	Ling
Placa						
Cálculo						

f. Obtención del índice

Posterior al registro de los valores, se obtiene el valor del IHOS. Para calcular este índice debe registrarse por lo menos dos sextantes.



El promedio de placa dentobacteriana se obtiene sumando los valores encontrados y dividiendo entre las superficies examinadas. El mismo método se utiliza para obtener el promedio de cálculo dentario. El IHOS es la suma del promedio de placa dentobacteriana y del cálculo dentario.

g. Escala sugerida para la valoración del IHOS

Greene también sugiere una escala para indicar la higiene oral del individuo:

Excelente= 0

Buena= 0.1-1.2

Regular= 1.3-3.0

Mala= 3.1-6.0

Anexo 8. Evaluación del Índice Periodóntico Comunitario (IPC)

La Evaluación del IPC se realizará conforme a la OMS:²⁹

Indicadores. Los tres indicadores del estado periodóntico utilizados en esta evaluación son: hemorragia gingival, presencia de cálculo y bolsas periodontales. Se utiliza la sonda periodontal tipo OMS: sonda ligera, especialmente diseñada que comprende una punta esférica de 0.5 mm, una banda blanca situada entre 3.5 y 5.5 mm y anillos situados a 8.5 y 11.5 mm de la punta esférica.

Sextantes. La cavidad oral se divide en sextantes definidos por los números de los dientes: 18-14, 13-23, 24-28, 38-34, 33-43 y 44-48. Sólo debe examinarse un sextante si contiene dos o más dientes en los que no está indicada la extracción.

Dientes indicadores. Para los adultos de 20 años o más, los dientes que han de examinarse son los siguientes:

17	16	11	26	27
47	46	31	36	37.

En el registro se emparejan los dos molares de cada sextante posterior, y, si falta uno, no se sustituye. Si no hay dientes indicadores en un sextante que reúne las condiciones del examen, se examinan todos los dientes que quedan en ese sextante y se registra el grado máximo como grado del sextante. En tal caso, no se incluyen en la calificación las superficies distales de los terceros molares.

En los pacientes de menos de 20 años sólo se examinan seis dientes indicadores: 16, 11, 26, 36, 31 y 46. Esta modificación tiene por objeto evitar que se considere como bolsas periodontales a los surcos profundos asociados a la erupción. Por el mismo motivo, al examinar niños de 15 años o menores no deben registrarse las bolsas, esto es, sólo deben considerarse la presencia de hemorragia y cálculo.

Exploración de las bolsas y cálculos gingivales. Debe explorarse un diente indicador utilizando la sonda como instrumento “sensor” para determinar la profundidad de la bolsa y detectar el cálculo subgingival y la respuesta en forma de hemorragia. El instrumento no debe usarse con una fuerza superior a los 20 gramos. Para examinar el cálculo subgingival debe utilizarse la mínima fuerza posible que permita el movimiento de la punta esférica de la sonda a lo largo de la superficie dental.

Al introducir la sonda, la punta esférica debe seguir la configuración anatómica de la superficie de la raíz dental. Si el paciente siente dolor al efectuar la exploración, indica que se emplea demasiada fuerza.

La punta de la sonda debe introducirse suavemente en el surco o la bolsa gingival y explorar la totalidad de ese surco o bolsa. Por ejemplo, la sonda se coloca en la bolsa en la superficie distobucal del segundo molar, tan cerca como sea posible del punto de contacto con el tercer molar, manteniendo la sonda paralela al eje mayor del diente. Entonces se mueve suavemente la sonda, con cortos movimientos



ascendentes y descendentes a lo largo del surco o la bolsa bucal hacia la superficie mesial del segundo molar, y desde la superficie distobucal del primer molar hacia la zona de contacto con el premolar. Se aplica un procedimiento análogo en las superficies linguales, comenzando en la parte distolingual y dirigiéndose al segundo molar.

Examen y registro. Deben explorarse el diente indicador o todos los dientes que queden en un sextante cuando no hay diente indicador, registrando la puntuación máxima. Las variables son:

0= Sano.

1= Hemorragia observada, directamente o utilizando el espejo oral, después de la exploración.

2= Cálculo observado durante la exploración con la sonda, pero es visible toda la parte negra de la sonda.

3= Bolsa de 4-5 mm (margen gingival dentro de la banda negra de la sonda).

4= Bolsa de 6 mm o más (banda negra de la sonda invisible).

X= Sextante excluido (existen menos de dos dientes).

9= No registrado.

Anexo 9. Evaluación del índice CPOD y ceod

Se evaluarán de acuerdo a la OMS:²⁹

EVALUACIÓN DEL ÍNDICE CPOD

El diagnóstico de surco profundo no se considera en este índice. Pueden hacerse algunas consideraciones especiales:



- Se considera diente ausente el que no se encuentra en la boca después de tres años de su tiempo normal de erupción.
- El tercer molar se considera ausente después de los 25 años, si no existe certeza de su extracción.
- La restauración por medio de corona se considera diente obturado.
- La presencia de raíz se considera como pieza cariada.
- La presencia de selladores no se cuantifica para la obtención del índice.

EVALUACION DEL ÍNDICE ceod

Respecto a su empleo, se debe tener en cuenta:

- No se consideran en este índice los dientes ausentes.
- La restauración por medio de una corona se considera diente obturado.
- La presencia de selladores no se cuantifica.

Estado de la dentición. Se utilizan números para registrar el estado de la dentición. Se emplean las mismas casillas tanto para los dientes primarios como para sus sucesores permanentes.

La información para ambos casos se registrará como:

0= sano

1= cariado

2= obturado con caries

3= obturado (sin caries)

4= extraído por caries

5= extraído por otra razón

6= selladores de fosetas y fisuras



7= puente, corona, implante

8= no erupcionado

9= no registrado.

Obtención del índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD)

El índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD) se puede calcular a partir de la información que se registra en el odontograma. El componente C incluye todos los dientes cuya clave de registro es 1 ó 2. El componente P abarca los de clave 4 en los sujetos menos de 30 años y los de clave 4 ó 5 en los sujetos de 30 años o más, es decir, los dientes perdidos por caries u otro motivo. En el componente O sólo se incluyen los dientes de clave 3. El CPOD se calcula respecto a 32, esto es, el número total de dientes permanentes, incluidos los terceros molares. Los dientes de clave 6 (selladores de fosetas y fisuras) y 7 (soporte de puente, corona o implante) no se incluyen en los cálculos CPOD.

Pasos:

Cuenta todos los dientes del componente C

Cuenta todos los dientes del componente P

Cuenta todos los dientes obturados (O)

Sume los tres datos y obtendrá el CPOD de la persona examinada.

El valor mínimo que puede obtener el CPOD es cero y el máximo es 32.

