

**FRECUENCIA DE ENFERMEDADES SISTEMATICAS EN PACIENTES
ADULTOS
QUE ASISTEN A CONSULTA EN LA RED DE CLINICAS DE UNICOC
SEDE
CENTRO I Y II SEMESTRE DE 2009**

Presentado Por:

**JENNY MARCELA ALDANA AMAYA 062036
LAURA ALEJANDRA RONCANCIO GARCIA 062062
NORMA PATRICIA DIAZ MORA 062052
YURY VIRGINIA DIAZ ACERO 062063**

**INSTITUCION UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA UNICOC
COLEGIO ODONTOLOGICO
SEMINARIO DE PROYECTO DE INVESTIGACION
BOGOTA D.C.
2011**

**FRECUENCIA DE ENFERMEDADES SISTEMATICAS EN PACIENTES
ADULTOS
QUE ASISTEN A CONSULTA EN LA RED DE CLINICAS DE UNICOC SEDE
CENTRO I Y II SEMESTRE DE 2009**

Presentado por:

JENNY MARCELA ALDANA AMAYA 062036

LAURA ALEJANDRA RONCANCIO GARCIA 062062

NORMA PATRICIA DIAZ MORA 062052

YURY VIRGINIA DIAZ ACERO 062063

ASESOR CIENTIFICO

Dra. GLORIA BALEN TRUJILLO

ASESOR METODOLOGICO

Dra. ANGELA SUAREZ

INSTITUCION UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA UNICOC

COLEGIO ODONTOLOGICO

SEMINARIO DE PROYECTO DE INVESTIGACION

BOGOTA D.C.

2011

DEDICATORIA

Dedicamos esta tesis en primera instancia a Dios por ser nuestro guía en todos los aspectos de la vida y en segunda instancia a nuestros padres por su apoyo continuo.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios, por estar con nosotros en cada paso que damos, por iluminar nuestra mente y por habernos puesto en el camino a aquellas personas que han sido nuestro apoyo y compañía durante estos años de formación profesional.

Agradecemos a nuestras familias pues de no ser por el esfuerzo realizado por ellos, los estudios universitarios de cada uno de los que integramos esta tesis no hubieran sido posibles.

De igual manera nuestro más sincero agradecimiento a todos los Docentes de la Institución Universitaria por la colaboración, paciencia y apoyo brindados, por escucharnos y aconsejarnos no solo durante la tesis sino durante todos estos años de aprendizaje.

TABLA DE CONTENIDO:

INTRODUCCION

1. Aspectos teórico científico	12
1.1 Problema	12
1.2 Justificación	13
1.3 Propósito	13
1.4 Marco teórico.	14
1.4.1 Definición	14
1.4.2 Clasificación de la A.S.A.	14
1.4.3 Hipertensión arterial	16
1.4.4 Complicaciones farmacológicas	19
1.4.5 Complicaciones anestésicas	20
1.4.6 Pacientes con terapia anticoagulante	20
1.4.7 Manejo en pacientes anticoagulados que requieren de cirugía	22
1.4.8 Diabetes Mellitus	25
1.4.9 Pacientes con insuficiencia renal	31
1.4.10 Pacientes con VIH	38
1.4.11 Alteraciones Tiroideas	44
1.4.12 Hipertiroidismo	45
1.4.13 Hipotiroidismo	47
1.5 OBJETIVOS	50
1.5.1 Objetivo general	50
1.5.2 Objetivos específicos.	50
2. Aspectos metodológicos	51
2.1 Tipo de estudio	51
2.2 Objeto de estudio	51

2.3 Material objeto de estudio	51
2.4 Criterios de selección	51
2.4.1 Criterios de Inclusión	51
2.4.2 Criterios de exclusión	51
2.5 Muestra y Muestreo	52
2.6 Variables	52
2.7 Instrumento de recolección	55
2.8 Materiales y métodos	55
 3. RESULTADOS	 57
4. DISCUSIÓN	60
5. CONCLUSIONES	62
6. RECOMENDACIONES	63
7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	64

INTRODUCCION

Es frecuente encontrar en la consulta odontológica pacientes que presentan compromiso sistémico, que de igual manera reciben tratamiento farmacológico para su enfermedad, por tanto esta situación genera nuevas competencias para el manejo y tratamiento de estos pacientes. Algunas veces es necesario mandar algunos exámenes de rutina y si se requiere la inter consulta con el medico tratante, ya que esto garantiza una mejor calidad en el trabajo profesional y permite controlar algunos factores de riesgo. (1)

Para la detección y diagnóstico de cualquier tipo de compromiso sistémico se toman en cuenta los signos y síntomas y el cuadro clínico que está presente; enfocándonos en el riesgo que puede tener aquellas enfermedades para el manejo odontológico, se estudiará la frecuencia con la que se presentan en la consulta odontológica. (2)

La ASA (Asociación Americana de Anestesiología), clasifica los pacientes con compromiso sistémico en seis categorías.

- ❖ ASA I: Pacientes son considerados normales y saludables. Esta clasificación representa una "bandera verde" para el tratamiento. (3)
- ❖ ASA II: Pacientes tienen enfermedad sistémica leve a moderada o están sanos (ASA I), muestran una ansiedad y miedo extremo hacia la odontología. Esta clasificación representa una "bandera amarilla" para el tratamiento. (3)
- ❖ ASA III: Los pacientes con enfermedad sistémica grave limitan la actividad, pero no es incapacitante. Esta clasificación representa una "bandera amarilla" para el tratamiento. (3)

- ❖ ASA IV: pacientes con enfermedad sistémica grave. Limitan la actividad siendo una amenaza constante para la vida. Esta clasificación representa una "bandera roja", una bandera de advertencia indicando que el riesgo que supone el tratamiento del paciente, es demasiado grande para permitir la atención electiva. (3)
- ❖ ASA V: Los pacientes están moribundos y no se espera que sobrevivan más de 24 horas con o sin una operación. Esta clasificación representa una "bandera roja" para la atención dental y cuidado de las que se realiza en una situación hospitalaria. (3)
- ❖ ASA VI: Clínicamente los pacientes muertos se mantienen para la cosecha de órganos. (3)

I. ASPECTOS TEORICO CIENTIFICOS

1.1 PROBLEMA

Durante la práctica odontológica es importante examinar al paciente, más allá de la cavidad oral; se debe examinar por sistemas y tener en cuenta lo que este refiere respecto a su estado de salud general; según la OMS salud se define como un estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de la enfermedad, hoy en día es muy frecuente encontrar en la consulta odontológica pacientes que presentan compromiso sistémico, que de igual manera reciben tratamiento farmacológico para su enfermedad, por tanto esta situación genera nuevas competencias para el odontólogo, es importante en este tipo de pacientes que presenta compromiso sistémico mandar algunos exámenes de rutina y si es necesario la inter consulta con el medico tratante, ya que garantiza una mejor calidad en el trabajo profesional, permite controlar algunos factores de riesgo y así las tomar decisiones adecuadas para el tratamiento quirúrgico y farmacológico del paciente.

La práctica odontológica moderna exige cada día más conocimiento sobre posibles complicaciones que se puedan presentar durante la consulta especialmente en pacientes con compromiso sistémico, se debe diligenciar la historia clínica de una manera exhaustiva para no obviar datos de vital importancia para un adecuado diagnostico y un plan de tratamiento ideal.

Es importante conocer del paciente, las patologías y su tratamiento para lograr una consulta satisfactoria y segura. (Filippo, S. Ramírez, J, 2008)

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la frecuencia de pacientes con compromiso sistémico que asisten a consulta en las clínicas de UNICOC colegio odontológico, reportado en las historias clínicas?

1.2 JUSTIFICACIÓN

Es importante para el odontólogo conocer cuáles son los tipos de enfermedades sistémicas y las diferentes complicaciones que se presentan durante la consulta, en pacientes comprometidos sistémicamente, y cuál es la frecuencia de estas enfermedades en las clínicas de la institución universitaria colegios de Colombia UNICOC colegio odontológico sede centro en el I y II periodo de 2009, estudiar los factores que pueden desencadenarlas y como se deben manejar.

También se debe conocer el manejo y tratamiento de pacientes con compromiso sistémico, ya que este no debe ser igual al tratamiento común del paciente sistémicamente sano. Se requieren una serie de medidas preventivas para asegurar la calidad del tratamiento. Por esta razón es importante tener un protocolo de manejo adecuado para este tipo de pacientes.

1.3 PROPOSITO

Dar a conocer a la comunidad académica los datos epidemiológicos recientes, relacionados con la frecuencia de compromiso sistémico en los pacientes de UNICOC.

1.4 MARCO TEÓRICO

1.4.1 DEFINICIÓN

Una enfermedad sistémica aquella que compromete o afecta a un conjunto de tejidos, órganos o un sistema como tal. Para su detección o diagnóstico se toman en cuenta, los signos y síntomas y el cuadro clínico que está presente; existen varios tipos de enfermedades sistémicas donde encontramos diabetes mellitus, hipertensión arterial, esclerosis múltiple, lupus eritematoso, insuficiencia renal crónica, VIH, entre otras. A continuación nombraremos y especificaremos algunas de ellas, enfocándonos en el riesgo que pueden tener aquellas enfermedades para el manejo odontológico.

Basándose en la importancia de conocer los tipos de complicaciones que se pueden presentar en estos pacientes durante la consulta odontológica.

1.4.2 CLASIFICACION DE LA A.S.A

A.S.A I: Los pacientes son considerados normales y saludables, son capaces de caminar sobre un tramo de escaleras o dos cuadras de la ciudad sin peligro. Poca o ninguna ansiedad, poco o ningún riesgo. Esta clasificación representa una "bandera verde" para el tratamiento. (Fehrenbach MJ, RDH, MS 2009)

A.S.A II: Los pacientes tienen enfermedad sistémica leve a moderada o están sanos (ASA I), muestran una ansiedad y miedo extremo hacia la odontología. Son capaces de caminar sobre un tramo de escaleras o dos cuadras de la ciudad, pero tiene que parar después de la finalización del ejercicio debido a la angustia; existe un mínimo riesgo durante el tratamiento. Esta clasificación representa una "bandera amarilla" para el tratamiento. (Fehrenbach MJ, RDH, MS 2009)

Ejemplos: Historia de los estados de enfermedad bien controlada incluida la no dependiente de insulina, pre-hipertensión, epilepsia, asma o trastornos de la tiroides; ASA I, con una afección respiratoria, el embarazo y / o alergias activa. Es posible que necesite la consulta médica.

- Nota: Los pacientes que muestran una ansiedad más extremo y el miedo hacia la odontología tienen una base de ASA II aun antes de su historial médico, se considera que la situación plantea el sistema de clasificación. (Fehrenbach MJ, RDH, MS 2009)

A.S.A III: Los pacientes con enfermedad sistémica grave limitan la actividad, pero no es incapacitante, son capaces de caminar sobre un tramo de escaleras o dos cuadras de la ciudad, parando en la ruta debido a la angustia. Si se indica el cuidado dental, el protocolo de reducción de estrés y otras modificaciones de tratamiento también será indicado. Esta clasificación representa una "bandera amarilla" para el tratamiento. (Fehrenbach MJ, RDH, MS 2009)

Ejemplos: La historia de angina de pecho, infarto de miocardio o accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca congestiva de más de seis meses atrás, ligera enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la diabetes insulina dependiente o controlada la hipertensión. Se necesita consulta médica. (Fehrenbach MJ, RDH, MS 2009)

A.S.A IV: Los pacientes con enfermedad sistémica grave limitan la actividad siendo una amenaza constante para la vida, no pueden caminar sobre un tramo de escaleras o dos cuadras de la ciudad. Los pacientes presentan un riesgo significativo ya que esta categoría tienen un grave problema médico de mayor importancia para el paciente en el tratamiento odontológico planificado. Siempre que sea posible la atención dental electiva, debería posponerse hasta que la condición médica del paciente haya mejorado por lo menos a una clasificación

ASA III. Esta clasificación representa una "bandera roja" una bandera de advertencia indicando que el riesgo que supone el tratamiento del paciente es demasiado grande para permitir la atención electiva.

Ejemplos: Historia de la angina de pecho inestable, infarto de miocardio o un accidente cerebrovascular en los últimos seis meses, insuficiencia cardíaca congestiva grave, moderada a severa enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la diabetes no controlada, hipertensión, epilepsia o enfermedad de la tiroides. Si el tratamiento de emergencia es necesario se debe hacer interconsulta médica. (Fehrenbach MJ, RDH, MS 2009)

A.S.A V: Los pacientes están moribundos y no se espera que sobrevivan más de 24 horas con o sin una operación. Estos pacientes casi siempre son hospitalizados, siendo pacientes con enfermedades terminales. El tratamiento dental electivo es definitivamente contraindicado, sin embargo, la atención de emergencia en el ámbito de tratamiento paliativo puede ser necesario. Esta clasificación representa una "bandera roja" para la atención dental y cuidado de las que se realiza en una situación hospitalaria. (Fehrenbach MJ, RDH, MS 2009)

A.S.A VI: Clínicamente los pacientes muertos se mantienen para la cosecha de órganos. (Fehrenbach MJ, RDH, MS 2009)

1.4.3 HIPERTENSION ARTERIAL

Se puede definir como aquellas cifras de presión arterial por encima de 140 /90 mmhg que causan complicaciones en un individuo, incrementado con su perfil de riesgo. (Baez L, Blanco M, *et al* , Guías colombianas para el diagnostico y tratamiento de la hipertensión arterial)

Los factores de riesgo para la HTA están relacionados con el sexo masculino, la raza negra, diabetes mellitus, enfermedades de organo blanco, y el estilo de vida (el consumo de alcohol, depresión y estrés, sedentarismo, obesidad, dieta, e ingesta elevada de sodio). (Od. Alven J, Indriado A, 2007)

La HTA se puede clasificar según od.Alven Jesus Arreaza indriago, tomando como criterios la presencia de enfermedad en órganos blancos, otra enfermedad asociada a la hipertension y factores de riesgo. Según jose luis Castellanos Suarez at eal en primaria y secundaria. (Od. Alven J, Indriado A, 2007)

DEFINICION	PRESION SISTOLICA	PRESION DIASTOLICA
OPTIMA	< 120 mmHg	< 80 mmHg
NORMAL	<130 mmHg	< 85 mmHg
NORMAL-ALTA	130-139 mmHg	85-89mmHg
ESTADIO 1 HIPERTENSION	140-159 mmHg	90-99mmHg
ESTADIO 2 HIPERTENSION	160-179 mmHg	100-109 mmHg
ESTADIO3 HIPERTENCION	>= 180 mmHg	>= 110 mmHg

Od. Alven JA, Indriago A, Manejo odontológico del paciente hipertenso, Acta odontológica. Venezuela Caracas, enero 2007, V45, Nº1

El manejo medico de esta dado generalmente por la terapia farmacologica con inhibidores adrenergicos, calcioantagonistas, inhibidores de la angiotensina y antagonistas de la angiotensina II, combinado con el control de los facores riesgo, dependiendo del estadio en que se encuentre y las características de cada paciente, en el menejo odontologico debemos considerar algunos factores durante la consulta odontología. (Od. Alven J, Indriado A, 2007)

Se debe tener en cuenta el diligenciamiento completo de la historia clínica, incluyendo la historia familiar, personal, antecedentes médicos, que nos proporcionen la información necesaria para evitar complicaciones en la consulta.

1. Se debe tomar la presión arterial en todos los pacientes que asistan por primera vez a la consulta, teniendo en cuenta que se debe dejar un reposo de 5 minutos antes de hacerlo, y verificar la no ingesta de cafeína antes de 30 minutos.
2. Realizar la interconsulta médica para disminuir o suspender medicamentos que produzcan reflejo nauseoso, anticoagulantes (para procedimientos quirúrgicos,) calcioantagonistas (para evitar la hiperplasia gingival)
3. Evitar citas largas
4. Disminuir la ansiedad y el estrés durante la consulta
5. Hacer uso adecuado de los vasoconstrictores, para pacientes hipertensos controlados, se debe usar con precaución la epinefrina debido a que una dosis excesiva de este puede producir una arritmia o incremento de la presión sanguínea.
6. Realizar cambios graduales de posición para evitar hipotensión postural
Las manifestaciones orales más frecuentes suelen ser hemorragias petequiales debido al aumento severo de la presión arterial, manifestaciones secundarias por la ingesta de fármacos, como xerostomía y agrandamientos gingivales. Y otras lesiones como reacciones linfocitoides.

Se pueden presentar diferentes complicaciones en pacientes con hipertensión arterial algunas de ellas pueden ser insuficiencia cardiaca, hemorragia cerebral, hipertrofia ventricular izquierda, angina de pecho, infarto agudo del miocardio.

1.4.4 COMPLICACIONES FARMACOLOGICAS

Una de las complicaciones es la interacción de los medicamentos utilizados en odontología, con los medicamentos antihipertensivos que consume el paciente para su tratamiento medico, en especial los bloqueadores betadrenergicos (propanolol, metropolol....) esta interacción se relaciona con la vaso dilatación normal de la musculatura vascular esqueletica, mediada por receptores beta2, la cual se ve inhibida por estos fármacos, por lo tanto un anestésico con vasoconstrictor adrenergico puede generar una vasoconstricción periférica no compensada, produciendo un aumento significativo en la presión arterial.

También algunos medicamentos antihipertensivos pueden predisponer a la hipotensión ortostatica y potenciar la acción de los barbitúricos y otros sedantes, aunque estos medicamentos no son absolutamente contraindicados, para pacientes hipertensos, se debe ajustar las dosis habitual ya que también pueden causar episodios de hipotensión.

Algunos medicamentos utilizados habitualmente en odontología como los AINES pueden disminuir la actividad de los fármacos antihipertensivos por tanto se debe tener precaución con el uso de estos medicamentos. (Od. Alven J, Indriado A, 2007).

Durante la consulta odontológica se debe evitar la estimulación excesiva del reflejo nauseoso ya que muchos de los medicamentos antihipertensivos tengan como efecto secundario náuseas y vómitos.

1.4.5 COMPLICACIONES ANESTESICAS

El uso de anestésicos para pacientes hipertensos debe ser selectivo en cuanto al tipo de vasoconstrictor utilizado, a menudo los vasoconstrictores son utilizados en odontología (adrenalina, levonordefrina,...) para aumentar la duración del anestésico y favorecer hemostasia local mejorando las condiciones de trabajo. Sin el vasoconstrictor estas características disminuyen y proporcionan mayor dificultad en algunos procedimientos principalmente en los que implican sangrado.

El principal riesgo de utilizar anestésicos con vasoconstrictor en pacientes hipertensos o con complicaciones cardíacas es el aumento de la presión arterial o el desarrollo de una arritmia cardíaca, debido vasoconstrictor contenido en el anestésico en distintas concentraciones, tiene efectos sobre los receptores adrenergicos.

1.4.6 PACIENTES CON TERAPIA ANTICOAGULANTE

Para brindar una mejor atención odontológica en casos de pacientes sistemicamente comprometidos, y en particular de aquellos en tratamiento con anticoagulantes orales se hace necesario que el odontólogo esté familiarizado con los principales aspectos de su manejo y así evitar complicaciones no deseadas. La historia clínica es fundamental en el manejo de estos pacientes, ahí se debe registrar los antecedentes familiares y personales de hemorragia, uso de drogas y deficiencias nutritivas.

El tratamiento anticoagulante se realiza en pacientes que han sufrido infarto agudo del miocardio, reposición de válvulas protéticas o accidentes cerebrovasculares, hoy en día el anticoagulante oral más efectivo es la warfarina sódica pero este requiere de controles cuidadosos de laboratorio, ya que su actividad puede verse afectado por varios factores como la respuesta individual del paciente, la dieta, o la administración simultánea de otros fármacos. Los pacientes que están bajo tratamiento con warfarina sódica y que requieren de alguna extracción necesitan que su dosis sea disminuida o reajustada para así evitar riesgos de hemorragia postoperatoria.

Sindet-Petersen y colaboradores en 1989 recomendaban la aplicación de una gasa empapada en ácido tranexámico con compresión local durante unos minutos y posteriormente enjuagues bucales cada 6 horas durante 7 días después de la extracción.¹

La principal complicación es la hemorragia, aproximadamente un 3 % de episodios hemorrágicos graves por paciente/año que, en ocasiones, pueden comprometer la vida de los pacientes. Son mucho más frecuentes las pequeñas hemorragias, entre el 2 y el 10% de los pacientes las sufren, como hematomas, gingivorragias, epistaxis, etc. Ante situaciones como las descritas, la actitud a tomar dependerá de la gravedad del proceso. En situaciones leves bastará una ligera reducción de la dosis de anticoagulante por parte del hematólogo. Otras veces, medidas higiénicas, control de placa bacteriana y un riguroso plan preventivo de salud bucal, serán suficientes. Efectos secundarios, aunque poco frecuentes son las náuseas y vómitos, que pueden dificultar la atención odontológica. Se describen también anorexia, calambres abdominales diarrea, dermatitis y ocasionalmente, urticaria, alopecia, fiebre, cefaleas, leucopenia, agranulocitosis, reacciones anafilácticas, hepatitis tóxica, y una larga lista de efectos secundarios esporádicos.

1.4.7 MANEJO DE PACIENTES ANTOCOAGULADOS QUE REQUIEREN DE CIRUGIA

Las recomendaciones varían de acuerdo al riesgo de sangrado dentro de la intervención quirúrgica y a la indicación de terapia con anticoagulantes. Establecen una serie de recomendaciones:

- Para pacientes con bajo riesgo de hemorragia o sangrado después de la cirugía, la anticoagulación se puede mantener a un nivel de límite inferior del rango terapéutico (RNI=2.0)
- Para pacientes con alto riesgo de hemorragia o sangrado, la anticoagulación debe mantenerse a niveles sub terapéuticos (RNI=1.5). El acenocoumarol debe ser suspendido 3-4 días antes de la cirugía (4-5 días en caso de administración de warfarina). De día, heparina de bajo peso molecular de -3 (HBPM) debe ser administrada en dosis terapéuticas, medias o profilácticas, dependiendo del riesgo trombotico del paciente, en caso de ser bajo, medio, moderado o alto respectivamente. Esto se debe mantener durante las 12 horas siguientes a la cirugía, seguido de 12 horas post cirugía de re introducción al tratamiento original.
- Dependiendo de la existencia de riesgo trombótico, la Asociación Americana del Corazón y el American College of Cardiology y la Fundación Guía de Terapias con Warfarina recomiendan regímenes de manejo diferentes a la heparina:
- Pacientes con riesgo moderado trombo embólico: administración de dosis de HBPM profilácticas de 3000 U via o ruta subcutánea (cada 12 horas) antes de la cirugía hasta que los valores de NRI se normalicen, con la re introducción al tratamiento 12 horas después de la cirugía, junto con ACO's

combinados durante 4-5 días, hasta que los niveles terapéuticos de coagulación. En el evento en el que se presente una hemorragia o sangrado de alto riesgo después de la cirugía, la heparina de HBPM se debe postponer durante 24 horas o tal vez más.

- Pacientes con un alto riesgo trombo embolico: en estos casos la dosis de heparina debe ser terapéutica en vez de profiláctica: 100 U HBPM cada 12 horas via administración subcutánea. La administración debe ser interrumpida 24 horas antes de la cirugía. Si el mantenimiento de la anticoagulación del paciente es de consideración crítica, se debe administrar la heparina en el hospital a una dosis de 1300 U/hora por via intravenosa, con una suspensión de la administración 5 horas antes de la cirugía. La heparina o la HBPM se puede resumir 12 horas después de la intervención a dosis profilácticas aisladas o combinadas con ACO's, hasta que se restaure el valor del RNI.
- Pacientes con riesgo trombolítico bajo: los ACO's se pueden suspender y reactivar después de la cirugía, con suplementos de HBPM cada 12 horas, si es necesario. En general, las heparinas no se re introducen antes de 12 horas después de cirugía, y la dosificación se postponer por largos periodos en caso de evidencia de hemorragias o sangrado.

La mayoría de las fuentes recomiendan que los ACO's no deben ser suspendidos, trabajando con un rango terapéutico de RNI de 2.3 o 2.5-3.5, dependiendo de la patología involucrada, en vista del bajo riesgo de hemorragia que no justifican el aumento del riesgo de tromboembolismo asociado al uso de ACO's en reducción o re suspensión. Estudios randomizados recientes tales como el de SACCO en el 2007 comparan las complicaciones entre dos grupos de pacientes bajo cirugía oral: un grupo con ACO's en reducción a niveles de RNI subterapeuticos (RNI: 1.8), y el otro grupo con ACO's en reducción, con valores de RNI, con los que se

empleo medidas hemostáticas post operatorias locales. La conclusión es que no existen diferencias entre los dos grupos que garanticen una reducción en la cobertura del ACO.

La reducción en la hemorragia en estos pacientes se facilita por el tejido inflamatorio y la irritación, higiene oral, remoción de los apósitos, antes de la extracción, una técnica quirúrgica cuidadosa que emplee curetages que remuevan el tejido inflamatorio de granulación, seguido de compresión en la herida, sutura y mayor compresión con apósitos impregnados de ácido tranexámico.

La aplicación de adhesivos de fibrina, celulosa oxidada y esponjas de gelatina en el espacio de la pieza dental también se han sugerido, con el fin de ayudar con la formación del coágulo antes de la sutura.

También se han realizado estudios que se relacionan con el uso de agentes fibrinolíticos los cuales favorecen la hemostasia local al inhibir la fibrinólisis, como en el caso del ácido tranexámico en la forma de soluciones de irrigación y enjuagues en los días posteriores a la extracción del diente.

La hemorragia post extracción generalmente es controlada con medidas locales tales como curetage en la cavidad de la extracción, sutura y compresión local, gracias al fácil acceso a la zona de la hemorragia. Cuando tales medidas muestran ineficacia, y el efecto anticoagulante local debe ser suspendido, esto se puede lograr administrando vitamina K. en este sentido la administración intravenosa muestra efectos mas rápidos que bajo la vía de administración oral, con una dosis recomendada de 5-10 mg. El empleo de concentrados de protrombina o de una dosis de plasma fresco se reserva para casos de hemorragia importante o significativa. Basándose en la evidencia de que el beneficio de prevenir un trombo embolismo sopesa el riesgo de una hemorragia,

las recomendaciones de los estudios clínicos y las opiniones de los expertos es de que no se cambie la dosis de ACO'S, trabajando con RNI en niveles terapéuticos y adoptando medidas locales hemostáticas junto al empleo de agentes anti fibrinolíticos tales como el ácido tranexámico, durante las extracciones dentales.

En caso de presentarse una cirugía oral más invasiva con mayor riesgo de hemorragia, esta puede constituir una excepción para el uso de estas guías clínicas, y requerirá de una evaluación, en conjunto con el hematólogo.

Es de vital importancia la preparación previa de la cavidad oral en lo referente a la presencia de focos infecciosos y particularmente con sitios asociados a periodontitis. Del mismo modo es aconsejable como coadyuvante, el control químico con clorhexidina al 0,12 %, 2 veces por día, comenzando como mínimo 3 días antes de la intervención, un colutorio intraoperatorio y continuar con 2 por día durante 4- 7 días. Se deberá indicar profilaxis antibiótica, para la prevención de endocarditis infecciosa, en los casos indicados, cuando existan situaciones que induzcan bacteriemia. Una vez realizada la cirugía, el paciente recibirá una serie de indicaciones; es esencial conseguir una total colaboración de éste, pues de ella depende, en mucho, la aparición o no de complicaciones. Asimismo estará advertido que, ante la aparición o sospecha de hematoma o ante un sangrado no controlable con medidas locales de presión debe llamar al teléfono de emergencia que se le habrá facilitado o acudir, en su defecto a un servicio de urgencias hospitalario.

1.4.8 DIABETES MELLITUS

Se define como un desorden metabólico crónico de carbohidratos, grasa y proteínas (Santos, B 2008), produciendo como consecuencia una deficiencia absoluta de insulina o una resistencia a la misma. Este trastorno se puede

denominar como un síndrome crónico que produce polidipsia, polifagia y poliuria tres síntomas patognomónicos de la enfermedad, su etiología aun no es muy clara pero la herencia es una de ellas (Betancourt K, Candanoza K, Carbonell B, Mora L, Morelo A, Curiel L, et al, 2008).

En el año 2007 el Dr. Manuel Rodríguez describe algunos factores de riesgo predisponentes a esta enfermedad:

- Adultos mayores de 45 años.
- Antecedente familiar en primer grado.
- Antecedentes personales de Diabetes gestacional, Glicemia Basal Alterada, obesidad, procedencias étnicas, HTA con factores de riesgos asociados y dislipidemia (Santos, B 2008).

Este también lo clasifica en cuatro grandes tipos:

1. Diabetes mellitus tipo I

- ✓ Deficiencia total de insulina, esta a su vez se clasifica en autoinmune por anticuerpos como (IA-2), y en idiopática por anticuerpos como (ICA).
- ✓ Aparece en etapas tempranas de la vida.
- ✓ Tiene un predominio en raza blanca y sexo femenino.
- ✓ Este tipo de diabetes puede producir cetoacidosis, coma y hasta la muerte.
- ✓ Diabetes tipo LADA- Late Onset Autoimmune Diabetes in the Adult) este tipo de diabetes se manifiesta en etapas tardías de la vida, muchas veces es diagnosticada y manejada igual que un tipo II (Santos, B 2008).

2. Diabetes mellitus tipo II:

- ✓ Deficiencia parcial y/o resistencia de la insulina.
- ✓ Esta acompañado con la obesidad.
- ✓ Existe un aumento en la producción hepática de glucosa. (Santos, B 2008)

3. Diabetes gestacional

- ✓ Esta se detecta por primera vez en el embarazo
- ✓ Pueda que el desorden metabólico haya estado antes de la gestación. (Santos, B 2008)

4. Otros

- ✓ Defectos en la función de las células Beta.
- ✓ Defectos en la función de la insulina.
- ✓ Enfermedades páncreas exocrinos
- ✓ Inducidas por químicos o drogas.
- ✓ Por endocrinopatías.
- ✓ Por infecciones.
- ✓ Por síndromes genéticos.

Su tratamiento consiste en mantener los valores normales de la glicemia basal (70 y 110 mg/dl), hemoglobina glicosilada 6.5%, manteniendo también los cambios de temperatura para no llegar a niveles más altos y modificar en estilo de vida del paciente (Dr. M. Rodríguez, 2007).

➤ Tratamiento no farmacológico:

- Educación al paciente y familia.
- Plan de alimentación (consulta nutricional)

- Actividad física.
- Control de peso.

➤ Tratamiento farmacológico.

- Sulfonilureas: Glibenclanida de 500mg tableta con una dosis diaria de 5mg/día y dosis máxima 20mg/día.
- Biguadinas: Metformina de 850mg tableta con una dosis diaria de 850mg/día y dosis máxima 2550mg/día.
- Inhibidores de la Alfa glucosidasas.
- Tiazolidinedionas.
- Metiglinidas.
- Gliptinas

Para su diagnóstico se toman en cuenta los signos y síntomas, que presenta el paciente acompañado de una clara elevación de la glucosa en sangre, teniendo en cuenta que su rango normal es de 70 a 120 mg/dl, el tratamiento consiste generalmente en controlar la enfermedad como tal y las complicaciones que la acompañan, controlando los factores de riesgo del paciente como el consumo de alcohol, el tabaco, el sedentarismo, y el control de una dieta adecuada.

El tratamiento específico (según su clasificación tipo I y tipo II) consiste para la tipo I en la insulino terapia ya que existe una ausencia total de la insulina. Para la diabetes tipo II el tratamiento es con fármacos que producen hipoglucemia, controlan la producción de glucosa hepática, estimular el páncreas para la producción de insulina, y retrasar la absorción de carbohidratos. Se recomienda utilizar parámetros que nos pueden ser de gran ayuda, según lo describen en la actualización de diabetes mellitus, para la práctica del manejo integral del paciente diabético tipo II. Por Manuel F. Jiménez Navarrete en el año 2000. El cual sugiere que se tenga en cuenta lo siguiente:

- La Hemoglobina es de alto valor para el control de la diabetes y sus complicaciones.
- Suspensión del consumo de tabaco. Ningún paciente diabético debe fumar ni estar expuesto al tabaquismo pasivo.
- Examen neurológico de los miembros inferiores: debe consignarse en el expediente clínico del paciente la valoración neurológica de sus piernas, por lo menos una vez al año.
- *Control de la presión arterial.* El control estricto de la presión arterial traducirá una reducción clínica importante de complicaciones y del riesgo de muertes relacionadas con diabetes
- Examen oftalmológico. los pacientes con insulino terapia pueden llegar a presentar retinopatía. La retinopatía está relacionada con la duración y el grado de hiperglicemia.
- Medición de la albúmina en la orina. La detección de nefropatía subclínica puede prevenir la nefropatía terminal mediante: control de glucosa, control de la hipertensión, restricción de proteína dietética, uso de IECA y evitando nefrotóxicos.
- El ejercicio y estado nutricional debe adecuarse a cada paciente, porque también puede acarrear riesgos, tales como precipitación de eventos cardiovasculares, daños en tejidos blandos y articulaciones de los pies, pérdida visual.
- Intervención del factor emocional. La DM produce una variedad de trastornos emocionales, principalmente de los anciano
- Autocontrol. El autocontrol del diabético extranosocomial es necesario, ya que el "medio irreal" hospitalario está muy alejado de la situación cotidiana de los pacientes en sus hogares y comunidades.
- Control odontológico. En un diabético las caries dentales son suficiente motivo para descompensar su enfermedad. El aconsejable

que todos los diabéticos se sometan por lo menos una vez al año a un control odontológico.

Existen otro tipo de complicaciones por sistemas que pueden ser:

- Complicaciones vasculares: como microangiopatía diabética que aumenta el riesgo de angina de pecho e infarto agudo del miocardio.
- Complicaciones renales: pueden exacerbarse por el suministro de medicamentos que se formulan en algunos procedimientos orales.
- complicaciones en la cicatrización: debido a las alteraciones en la síntesis del colágeno, afectan directamente en procedimientos quirúrgicos orales
- Complicaciones orales: debido a la alteración en la quimiotaxis del neutrófilo, eleva el riesgo de estos pacientes para padecer infecciones y otras patologías orales que se pueden exacerbar si el paciente no tiene una adecuada higiene oral, y hábitos saludables.

Debido a esto tiene manifestaciones relacionadas en boca como: caries, úlceras orales, candidiasis oral, glositis, enfermedad periodontal, xerostomia, hiperplasia gingival, alveolitis (post exodoncia).

Esta enfermedad se puede diferenciar en dos tipos: las agudas y las crónicas, entre las agudas encontramos hiperglicemia o hipoglicemia en donde se podrá desencadenar un coma diabético, y donde la hipoglicemia representa un mayor riesgo, entre las complicaciones crónicas existen complicaciones micro y macro vasculares.

Es importante conocer que un diabético, no solo su daño puede ser físico, sino que también se afecta la salud mental de quien la padece, presentando trastornos psico-afectivos, sobre todo depresión en enfermos crónicos. Según el autor Lustman, refiere que la persona con diabetes puede desarrollar prácticamente

cualquier síndrome psiquiátrico, siendo los trastornos más comunes la ansiedad y la depresión, Se conoce la depresión como el desorden afectivo más frecuente en población adulta y una de las más importantes causas de incapacidad en el mundo; la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que para el año 2020, según cita Borges, la depresión mayor unipolar, será la segunda causa de enfermedad más importante a nivel mundial, por tanto se deben tomar medidas para prevenir y disminuir los patrones de tal conducta en aquellos pacientes diabéticos y a nivel general.

Existe una variedad de manifestaciones orales que presenta un paciente con este compromiso sistémico: 5

- Periodontitis
- Abscesos odontogénicos
- Hiperplasia gingival
- Parotiditis
- Ulceras en la mucosa
- Halitosis entre otros.

1.4.9 PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

El riñón juega un papel fundamental en la mantención del volumen normal de los fluidos del organismo, balance electrolítico, regulación del equilibrio ácido-base y excreción de los desechos y compuestos farmacológicos. Se suman a estas funciones, la producción y metabolismo de hormonas, vitamina D y prostaglandinas. (Dra. Montero S, Dra. Basili A, Dra. Castellón L 2002)

Existen aproximadamente un millón de Nefrones funcionando en cada riñón adulto. El nefrón corresponde a la unidad funcional del riñón y está compuesto de

un glomérulo y túbulos aferentes, por donde circula la sangre. Cuando un nefrón es destruido, este no se regenera. Sin embargo, el riñón compensa esta pérdida, a través de la hipertrofia de los nefrones que permanecen funcionando, esta compensación continúa hasta que aproximadamente la mitad de los nefrones han sido destruidos. Es en este momento cuando se comienzan a presentar los signos y síntomas de una insuficiencia renal. (Dra. Montero S, Dra. Basili A, Dra. Castellón L 2002).

Las manifestaciones orales en IRC incluyen:

1. Hiperplasia gingival, por drogas tales como ciclosporina y/o bloqueadores del canal del calcio (si el paciente mejora su higiene oral se reduce la posibilidad de esta complicación).
2. Xerostomía, puede observarse en pacientes en diálisis, debido a restricciones en ingesta de fluidos, efecto adverso a medicamentos.
3. Halitosis / mal gusto, pacientes con uremia tienen hálito como a amoníaco y esto también se describe en un tercio de pacientes en diálisis. Algunos pacientes también se quejan de gusto alterado o metálico o sensación de lengua agrandada.
4. Lesiones de la mucosa, se ha observado desde lesiones liquenoides posiblemente por drogas (beta bloqueadores) a leucoplasia pilosa (por inmunosupresión en transplantados). Estomatitis urémica, puede presentarse como mancha blanca, roja o grisácea, la cual puede deberse a compuestos químicos derivados de nitrógeno elevados y trauma en la mucosa, pero nunca bien demostrado.

5. Tumor maligno de la mucosa. El riesgo de carcinoma en pacientes en hemodiálisis es similar a otros pacientes pero si se ha observado que el trasplante renal predispone a displasia epitelial y carcinoma del labio inferior, también estos pacientes inmunosuprimidos son más susceptibles de hacer sarcoma de Kaposi o linfoma no Hodgkin.
6. Infecciones orales, tales como queilitis angular y otras formas de candidiasis (seudomembranosa, eritematosa) se han descrito y pueden observarse más frecuentemente por la frecuente administración de antibióticos profilácticos. Infección viral, especialmente por herpes, fue muy frecuente en pacientes transplantados, hoy gracias a los antivirales (aciclovir y otros) se ha reducido mucho esta complicación aunque hemos observado algunos casos.
7. .Lesiones óseas. El paciente con IRC al tener una alteración en el metabolismo importante, con hiperfosfatemia, hipocalcemia, pérdida de la activación de vitamina D, y que presenta hiperparatiroidismo secundario, el cual se observa hasta en 90% de los pacientes en hemodiálisis, es frecuente encontrar movilidad dentaria y en la radiografía periapical pérdida de las corticales y aspecto del hueso como osteoporótico y en raras ocasiones encontrarse hasta tumores pardos del hiperparatiroidismo.

Una vez realizado el diagnóstico de IRC el paciente siempre debiera recibir una evaluación completa odontológica dado que la infección dental puede agravar su condición, además que si está en lista de espera para trasplante no podrá realizarse hasta que no mejore su condición bucal. Por lo tanto todo paciente antes del trasplante deberá recibir una completa evaluación odontológica, reforzar las medidas de higiene oral, eliminar piezas con focos apicales (si ya no hay tiempo para realizar endodoncias), piezas con sacos, especialmente mayores

a 4 mm. Debe tenerse en cuenta que los pacientes en hemodiálisis, por anticoagulantes o por disfunción plaquetaria, pueden tener tendencia a hemorragia, por lo cual las extracciones o procedimientos quirúrgicos se deben realizar al otro día de la diálisis. En pacientes transplantados que han tomado 10 mg de prednisona diaria durante los tres meses previos se puede producir crisis suprarrenal y en caso de tener que hacer extracciones (de dos o más piezas dentarias) debe administrarse hidrocortisona (200 mg), o 25 mg intravenoso, de hidrocortisona preoperatorio. Como muchos medicamentos se metabolizan en el riñón, el cirujano dentista tiene que tener precaución al administrar algunos antibióticos u otros que se metabolizan en riñón, la tabla adjunta le puede ser de ayuda.

La existencia de una alteración, si no se estudia de la manera adecuada, puede desencadenar situaciones clínicas no deseables. Este es el caso de los pacientes con insuficiencia suprarrenal. Las causas de esta alteración nos hacen diferenciar entre insuficiencia suprarrenal primaria o enfermedad de Addison, en la que existe una alteración intrínseca de la corteza suprarrenal, y la insuficiencia suprarrenal secundaria debida a patología hipofisaria o hipotalámica.

Normalmente el paciente se enfrenta a múltiples situaciones estresantes que le pueden provocar ansiedad, ya sea porque ha de someterse a una serie de procedimientos quirúrgicos molestos, o bien por las fantasías y expectativas no reales que el paciente se crea ante el tratamiento dental. Esta ansiedad en su nivel adecuado le permite estar alerta ante situaciones no conocidas o no deseadas, permitiéndole adaptarse a cada situación de forma apropiada.

La preparación del organismo para afrontar situaciones estresantes está controlada por medio del sistema neuroendocrino, que potencia y regula una cadena de efectos transitorios que se imbrican con otros más duraderos que afectan a la organización y función de la fibra sináptica.

Desde el punto de vista odontológico, debemos plantearnos dos situaciones doble; por un lado el control del estrés ante los procedimientos dentales. Y por otro, cuándo tenemos una supresión adrenal y en qué grado, para aplicar la terapia sustitutiva más conveniente antes de realizar el tratamiento dental

Podemos dividir el estrés básicamente en dos tipos; el neurogénico (sigue vías nerviosas) y el stress sistémico (llega al hipotálamo vía circulatoria). El miedo ante el tratamiento odontológico es un activador del estrés sistémico, por lo que el control de la ansiedad del paciente será un elemento fundamental en el manejo de este tipo de pacientes. El stress neurogénico lo bloquearemos con anestésicos locales, pero no debemos olvidar que el dolor vuelve tras la eliminación del anestésico. Por lo que habremos de prestar también una especial atención al dolor postoperatorio, ya que el mayor estímulo de la secreción de cortisol durante la cirugía es la reversión de la anestesia.

La enfermedad de Addison es un trastorno que ocurre cuando las glándulas suprarrenales no producen suficiente cantidad de sus hormonas. En odontología al enfermo de Addison y al paciente medicado con corticoides exógenos a dosis suprafisiológicas se les considera pacientes de riesgo de tipo ASA II ó III (9). La deficiencia de cortisol se manifiesta clínicamente por hipoglucemia, anorexia, náuseas, pérdida de peso, debilidad muscular y disminución de la resistencia frente a infecciones y estrés.

El mejor tratamiento de una crisis Addisoniana es la prevención. Sin embargo, en ocasiones las situaciones se complican. De tal forma, cuando se nos presente una crisis Addisoniana en la consulta lo primero que debemos hacer es interrumpir el procedimiento odontológico y colocar al paciente en decúbito supino, simultáneamente se debe establecer comunicación con un servicio de urgencias. Hasta la llegada al hospital al paciente se le deberá administrar oxígeno con un flujo aproximado de 5-10 litros / min. También deberemos tener cuidado al

administrar glucocorticoides diferenciando si estamos ante un paciente con insuficiencia suprarrenal crónica conocida, o se nos ha presentado de repente y hemos reconocido una crisis Addisoniana en un paciente en el que no teníamos conocimiento de la existencia de insuficiencia suprarrenal.

En el primer caso se administran 100 mg de succinato sódico de hidrocortisona y después cada 6 u 8 horas intravenosas o intramusculares. Ante la segunda opción realizaremos todas las medidas de soporte anteriores y esperaremos ayuda médica, sin administrar nosotros ningún corticoide al paciente. En estos casos, el médico suele administrar fosfato de dexametasona 4 mg i.v. / 6-8 h a la espera de la prueba de estimulación con ACTH.

En el caso de que el paciente esté inconsciente, lo colocaremos en posición supina con las piernas elevadas y comunicaremos la situación al servicio de urgencia para el traslado del paciente a un centro hospitalario. A continuación, antes de que pasen 4 minutos comenzaremos con el soporte vital básico en función de la situación del paciente. Si se sospecha causa suprarrenal daremos 100 mg de hidrocortisona intravascular o intramuscular, en 30 segundos si es posible. Posteriormente, a las 2 horas se le darán otros 100 mg de hidrocortisona disueltos en suero intravenoso o intramuscular.

En el trabajo diario, en numerosas ocasiones, la cantidad de pacientes tratados se encuentra en contraposición con la calidad de los procedimientos realizados. Esto último se hace extensible a la realización de una buena historia clínica y exploración del enfermo.

La insuficiencia suprarrenal debemos detectarla en la historia clínica, actuando nosotros, en ocasiones, como primera barrera de detección de la enfermedad. Y en segundo lugar hemos de consultar con el especialista, sugiriendo nuestra actitud clínica. Siendo el control del dolor y de la ansiedad, junto con la terapia

complementaria en su caso, las bases del manejo clínico-co-odontológico de este tipo de pacientes.

Complicaciones farmacológicas:

En el tratamiento odontológico varios procedimientos principalmente los quirúrgicos requieren de una medicación post operatoria, en el paciente con insuficiencia renal crónica se pueden indicar, pero teniendo en cuenta una serie de precauciones enfocadas principalmente a la nefrotoxicidad que tienen algunos de los medicamentos utilizados frecuentemente por el odontólogo.

Es necesario ajustar la dosis y la frecuencia con que se suministran los fármacos.

Droga	Precaución
Antibióticos 1 Amoxicilina, ampicilina 2 Eritromicina 3 Tetraciclinas 4 Cefalexina, cefradina 5 Probenecid	1.Reducir dosis, es frecuente rash Dosis máxima 1,5 g diario (ototoxicidad), aumenta concentración en plasma de tacrolimus y ciclosporina 3.Evite uso de doxiclina o minociclina, doxiciclina aumenta concentración de ciclosporina 4.Reducir dosis 5.Evitar (inefectivo, toxicidad aumentada)
Antimicóticos 1.Anfoterecina 2.Fluconazol Miconazol	1.Use solamente si no hay alternativa, ciclosporina y tacrolimus tienen aumento de nefrotoxicidad. 2. Dosis inicial, lo usual. Después reducir dosis a la mitad, aumenta concentración en plasma de ciclosporina y tacrolimus Aumenta concentración de ciclosporina

Antivirales Aciclovir	Reducir dosis.
Analgésicos 1. Aspirina 2. Ibuprofeno 3. Dihidrocodeína	1. Evitar (retención de sodio, agua; deterioro de la función renal); riesgo de hemorragia gástrica. 2. Evitar si es posible, o utilizar dosis más baja que sea efectiva, controlar la función renal 3. Reducir dosis, o evitar si es posible.
Otras drogas 1. Carbamazepina 2. Nitrazepan Povidona 3. yodada 4. Efedrina	1. Precaución, reduce concentración plasmática de ciclosporina 2. Iniciar con dosis bajas (aumenta sensibilidad cerebral) 3. Evitar la aplicación regular en mucosa inflamada herida 4. Evitar (Toxicidad en SNC)

1.4.10 PACIENTES CON VIH

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) causa el SIDA. Este virus ataca al sistema inmunitario y deja al organismo vulnerable a una gran variedad de infecciones que aquejan a los seres humanos.

Según el artículo Atención al paciente VIH/SIDA: legislación y bioseguridad odontológica en Colombia, Se estima que el 90% de las personas con VIH/SIDA desarrollarán al menos un problema bucal relacionado con su patología. Estos pacientes requieren mayor atención odontológica que los no infectados: su sistema inmune está comprometido y cuando ya reciben tratamiento, algunos medicamentos antirretrovirales disminuyen la salivación. (Acosta de Velásquez BL, 2006)

Todo lo anterior aumenta el riesgo de caries, enfermedad periodontal y otro tipo de lesiones en la boca, como crecimientos celulares anormales, infecciones bacterianas e infecciones vírales o por hongos, haciendo necesario que consulten en más oportunidades y requieran de intervenciones tempranas para prevenir daños mayores.

El odontólogo y sus pacientes son considerados personal de alto riesgo a contraer infecciones, por la gran cantidad de instrumentos punzo penetrantes y por estar expuestos a una gran cantidad de microorganismos, a través del contacto con sangre contaminada, secreciones bucales y respiratorias. El riesgo a tener un accidente se puede producir debido a que no existan ni las barreras, ni los procedimientos que impidan el contacto con los microorganismos⁽¹⁾. Pero a pesar de cumplir cuidadosamente las normas de Bioseguridad el riesgo a tener un accidente es posible.

Teniendo en cuenta que muchos de los pacientes que asisten a la consulta odontológica no saben o no refieren en la historia clínica ser portadores de VIH, debido a diferentes factores sociales y/o psicológicos y debido a que las manifestaciones de este virus se dan a largo plazo y generalmente suele ser asintomático en los primeros años después de transmitido el virus, por esta razón es necesario indagar e interrogar con mas precisión al paciente sospechoso de portar el virus (pacientes homosexuales, drogadictos, otros).

El manejo odontológico de los pacientes portadores de VIH esta enfocado principalmente al posible contagio de paciente-odontólogo o lo contrario, se debe manejar un protocolo de bioseguridad completamente estricto para evitar accidentes.

Aunque no se ha demostrado que la saliva transmita el virus, existe la posibilidad de un contagio, por ejemplo si salpican pequeñas partículas de sangre

contaminada a los ojos cuando no se tienen las medidas necesarias de protección, es necesario en lo posible evitar procedimientos que impliquen el sangrado excesivo, ya que la sangre si es un medio de transmisión del virus, y que aunque el guante de látex protege las manos del operador la saliva mezclada con la sangre contaminada por una pequeña fisura del guante de látex puede filtrarse y tener contacto directo con la piel, siendo esto un factor de riesgo para la transmisión del virus.

El contagio en un accidente laboral Se establece solo si hay:

1. Contacto directo con sangre y/o secreciones de un paciente portador de una enfermedad infecciosa.
2. Contacto indirecto con instrumentos odontológicos y/o equipos y/o con superficies ambientales contaminadas.

En el plan de tratamiento de un paciente con VIH antes de intervenir directamente en la cavidad ora es necesario mandar exámenes de rutina y principalmente un recuento de leucocitos CD4, además de verificar la presencia posibles infecciones oportunistas.

Se considera que un paciente con recuento de leucocitos CD4 superior a 400 puede ser atendido normalmente en la consulta aunque en lo posible será mejor evitar tratamientos complejos para estos pacientes.

Un paciente con un recuento de leucocitos CD4 menor a 200 es mas susceptible de adquirir infecciones durante el procedimiento debido a esto deberá ser sometido a profilaxis antibiótica antes de la consulta.

Entre los posibles accidentes que pueden ocurrir durante la consulta podemos encontrar de varios tipos:

Percutáneo: Se refiere al pinchazo con aguja o penetración de cualquier instrumento como por ejemplo bisturí, elevador etc. que sea punzo penetrante, que produzca sangrado espontáneo o provocado.

Contacto con mucosa: Salpicadura de sangre u otro fluido contaminado en la mucosa ocular.

Contacto con piel no intacta: En los casos donde exista pérdida de continuidad bien sea por presentar heridas y/o laceraciones por raspadura, abrasión o persona con dermatitis.

Exposición cutánea: Contacto con piel intacta: Aquellos casos en donde no hay pérdida de continuidad

Los instrumentos corto punzantes que se utilizan habitualmente en la consulta como agujas, escalpelos o bisturís, fresas de alta y baja velocidad, elevadores, exploradores, alambres de ortodoncia y Cualquier instrumento que pueda penetrar piel y mucosas entre otros, deben manipularse con guantes tanto el operador como el auxiliar; las puntas activas se colocan en dirección contraria al operador, en perfecto orden y que no se monten unos instrumentos con otros para evitar un accidente.

En el caso del personal de limpieza deben usarse guantes gruesos de uso domestico para evitar un pinchazo durante su limpieza.

Manejo de especímenes quirúrgicos: Todo espécimen que va a ser procesado posteriormente, bien sea material para biopsia o dientes, deben ser almacenados en envases resistentes para el transporte.

Al colocarlo dentro del envase se debe evitar tocar la superficie externa ya que contaminará el mismo.

Los dientes extraídos son considerados como material infeccioso, deben ser procesados de la siguiente manera:

- * Eliminar la superficie de periodonto o calculo dental remanente con fricción y si no es posible con el uso de ultrasonido.

- * Sumergir los dientes en hipoclorito de sodio en solución 1:10 por 30 minutos.

- Si van a ser procesados deben usarse las medidas de BIOSEGURIDAD en el laboratorio, además del uso de lentes, tapaboca y bata manga larga con puño.

Procedimientos para la manipulación de la basura:

La sangre, líquidos succionados y otros desechos deben descargarse en el servicio de alcantarillado público, asumiendo que la ciudad procesa las aguas servidas antes de ser eliminadas definitivamente.

Los elementos punzo penetrantes descartables deben colocarse en recipientes de plástico fuerte, de boca angosta y resistente a pinchazos y fracturas.

Otros desechos como rollos de algodón, gasas, campos y guantes usados deben remojarse en una solución con una proporción de 1 taza de cloro por 10 de agua durante por lo menos 10 minutos y luego colocarse en bolsas cerradas e impermeables, identificadas como material contaminado.²

La contaminación disminuye de manera importante con la utilización de barreras, tales como:

- Desinfectar escupideras y superficies con bactericidas.
- Cubrir las superficies con plástico o aluminio (pre y postlimpieza).
- Desinfectar batas, mandiles o desechables.
- Usar tapaboca, anteojos o máscara.
- Usar guantes, teniendo en cuenta lavar las manos con agua y jabón antes y después de la atención.
- Esterilizar o desinfectar el instrumental crítico (esterilizar), semicrítico (esterilizar o desinfectar) o no crítico (desinfectar).

El protocolo de riesgo biológico incluye, igualmente, el esquema de vacunación previo a la atención de cualquier paciente contra VHB, influenza, sarampión, rubéola y tétano.

Complicaciones farmacológicas

El paciente con VIH, sometido a tratamiento odontológico que deberá ser medicado las precauciones generalmente que se deben tener son los efectos secundarios y reacciones adversas que pueda tener el medicamento como alergias, reacciones tóxicas, hepatotoxicidad, inmunosupresión, anemia e interacciones que pueda tener con los fármacos que consume habitualmente el paciente, generalmente será necesario la interconsulta médica.

Medicamentos como el paracetamol deben ser usados con precaución debido a la interacción farmacológica que este pueda tener con la zidovudina (medicamento

antiretro viral) que puede intensificar la granulocitopenia y la anemia asociada a la zidovudina.

Evitar los antiácidos como fenilhidantonia, cimetidina, rinfamina en pacientes tratados con ketoconazol por la absorción y el metabolismo.

Complicaciones anestésicas:

Generalmente no se reportan complicaciones frecuentes con el uso de anestésicos y vasoconstrictores en pacientes con VIH, siempre que no reporten afecciones cardíacas.

En el manejo de anestésico para el paciente con VIH se debe tener en cuenta más que el anestésico utilizado la técnica para evitar la punción en vasos sanguíneos y el sangrado.

1.4.11 ALTERACIONES TIROIDEAS

La glándula tiroides es un órgano situado en la región anterior del cuello. Consta de dos lóbulos simétricos adosados a los lados de la tráquea y la laringe, que están unidos entre sí por una parte de la estructura glandular situada sobre la tráquea y denominada istmo. La glándula, que constituye una de las estructuras endócrinas de mayor tamaño, pesa unos 20 gramos en el adulto sano. (Dr. Cian DM, Dra. Demarchi RV, Dra. N.Gay C, Dra. Pérez MM, 2005)

Se requiere un aporte constante de esta hormona para el crecimiento, el desarrollo del encéfalo y para la conservación del metabolismo y la actividad funcional de casi todos los órganos.” (Dr. Cian DM, Dra. Demarchi RV, Dra. N.Gay C, Dra. Pérez MM, 2005)

La función más importante de esta glándula es producir las hormonas tiroideas que ayudan al desarrollo y regulación del metabolismo. Es necesario producir lo bastante para el desarrollo del encéfalo y la conservación del metabolismo y la actividad funcional de casi todos los órganos. (Dr. Cian DM, Dra. Demarchi RV, Dra. N.Gay C, Dra. Pérez MM, 2005)

La glándula tiroides es con frecuencia afectada por diferentes patologías de tipo funcional y orgánico, que conllevan a cambios funcionales y estructurales de este órgano. Cuando estos cambios son estudiados por medios radiográficos, arrojan una serie de imágenes características que contribuyen con una de las funciones médicas sociales más importantes, la del diagnóstico correcto.” (Dra. Ceballos ME, Malpica AJ, Dr. Guerra A, Dr. Machado E, 2009)

Uno de los diagnósticos más frecuentes es el nódulo de la tiroides, es muy común observarse en los estudios de ecografías donde existe un diagnóstico diferencial como el cáncer de la tiroides. “Crecimiento localizado en el tejido tiroideo (nódulo único) acompañado o no del crecimiento del resto del tiroides (bocio nodular)”. (Dra. Ceballos ME, Malpica AJ, Dr. Guerra A, Dr. Machado E, 2009)

Las enfermedades del tiroides son relativamente frecuentes encontrándose 45 % según diversas series y gran importancia porque la mayor parte son susceptibles de manejo médico o quirúrgico. Se manifiestan principalmente como tirotoxicosis (hipertiroidismo), hipotiroidismo y agrandamiento difuso o focal de la glándula. (Dr. Cian DM, Dra. Demarchi RV, Dra. N.Gay C, Dra. Pérez MM, 2005)

1.4.12 HIPERTIROIDISMO

En 2004 los autores Paula Castro, María Luisa Isidro y Fernando Cordido dicen que el hipertiroidismo, se define como el aumento de la producción de la hormona

tiroidea en la glándula tiroides; es también llamada tirotoxicosis por la manifestación bioquímica y fisiológica en exceso de la hormona en los tejidos. 8

Según lo anterior existen dos grupos tirotoxicos en presencia o no de hipertiroidismo asociado: (Álvarez P., Isidro M.L., Cordido F, 2004)

❖ Trastorno asociados a hiperfunción tiroidea

- a. Enfermedad de graves
- b. Bocio multinodular tóxico
- c. Adenoma tóxico
- d. Hipertiroidismo yodo incluido (Jodbasedow)
- e. Tumor trofoblástico
- f. Aumento de la producción TSH

❖ Trastornos no asociados a la hiperfunción tiroidea

- a. Tirotoxicosis facticia
- b. Tiroiditis subaguda
- c. Tiroiditis indolora con tirotoxicosis transitoria
- d. Tejido tiroideo ectópica

❖ SINTOMAS:

“Los síntomas se hacen más importantes a medida que la enfermedad empeora, y generalmente se relacionan con un aumento del metabolismo corporal.” Karla Gabriela Ulloa Rodríguez 2008.

Los síntomas más comunes son el nerviosismo, temblores, pérdida de peso, aumento en el apetito, sudoración, intolerancia al calor y diarrea; en las mujeres puede presentar alteraciones en la menstruación.

❖ FARMACOS ANTITIROIDEOS

Propiltiouracilo, metimazol y carbimazol son medicamentos antitiroideos que impiden la formación de las hormonas tiroideas, inactivando la peroxidasa y evitando la oxidación de yoduro; “además bloquean el acoplamiento de los residuos de yodotirosina para formar T₃ y T₄”. Este efecto aparece en un periodo de 1-2 semanas donde las hormonas tienden a desaparecer, pero puede ser reversible si se deja el tratamiento.

Según Karla Gabriela Ulloa en el año 2008 decía que “estos fármacos se absorben rápidamente por vía oral, el metimazol y el carbimazol atraviesan la placenta y pasan a la leche, mientras que el propiltiouracilo lo hace en menor grado, por lo que su uso sería preferible en mujeres gestantes. Se eliminan rápidamente por el riñón, tanto en forma activa como en metabolitos.”

Pueden existir alteraciones gastrointestinales, cefaleas, también pigmentaciones cutáneas o alopecia; una de las reacciones más graves es la granulomatosis que tiene una incidencia menor de 2%. También tenemos otros como el dolor de garganta y fiebre.

Los antitiroideo son el mejor fármaco para tratar definitivamente la enfermedad de Graves y para la recuperación del paciente es necesario suministrar el fármaco junto con yodo reactivo.

1.4.13 HIPOTIROIDISMO

Esta enfermedad está asociada a la disfunción de la glándula tiroides disminuyendo la producción de las hormonas tiroideas que llegan a la sangre los tejidos. Existen dos clasificaciones de esta enfermedad:

❖ *HIPOTIROIDISMO PRIMARIO*

“Afectación primaria de la glándula tiroides.”

1. Tiroides crónica autoinmune de Hashimoto: Es la causa más frecuente del hipotiroidismo en el área donde no falta el yodo. La mayor prevalencia se da en niños y mujeres entre los 40 – 60 años.
“Se produce una destrucción de la glándula, donde puede o no existir una inflamación glandular, llevando a un estado terminal de la enfermedad en donde se produce una atrofia glandular.” Paula Álvarez, María Luisa Isidro, Fernando Cordido., 2004.
2. Hipotiroidismo iatrogénico: Este tipo de hipotiroidismo, clínicamente no presenta aumento en el tamaño de la glándula tiroides.
 - ✓ Hipotiroidismo post-tiroidectomía
 - ✓ Hipotiroidismo tras tratamiento de Iodo 131 (I-131)
 - ✓ Hipotiroidismo por radiación extrema en el cuello
3. Hipotiroidismo yodoinducido: Se da por un defecto de yodo afectando aproximadamente 200 millones de personas, y este tipo de hipotiroidismo se puede dar también por exceso de yodo, impidiendo la síntesis de T3 y T4. Este último es mas frecuente en pacientes con alguna patología tiroidea previa.
4. Fármacos: Existe demasiados medicamentos que impiden la formación de las hormonas, como el nivel síntesis, interfieren con su absorción y/o aumentan su metabolismo.

NIVEL SINTESIS	INTERFIEREN CON SU ABSORCION	AUMENTA SU METABOLISMO.
Tiamazol o Metimazol	Colestiramina	Carbamacepina
Propiltiouracilo	Sales de hierro	Rifampicina
Amiodarona		fenobarbital
Litio		

Paula Álvarez, María Luisa Isidro, Fernando Cordido; Complejo Hospitalario Universitario "Juan Canalejo" - Marítimo de Oza SERGAS- España; Departamento de Medicina. Universidad de A Coruña España.; María José Modroño Freire – Hipotiroidismo Subclínico 2003; Guías Clínicas 2004, 2(29). 8

5. Defectos hereditarios de la síntesis de la hormona: Se manifiesta en el nacimiento con un aumento del tamaño de la glándula tiroides.
6. Agenesia o disgenesia de la tiroidea: Puede asociarse al hipotiroidismo congénito, sin presencia de bocio.
7. Enfermedades infiltrativas
 - ✓ Hemocromatosis
 - ✓ Sarcoidosis
 - ✓ Leucemia

❖ HIPOTIROIDISMO SECUNDARIO Y Terciario

- Hipotiroidismo secundario: Este se da por un déficit de TSH causando adenoma hipofisario, necrosis hipofisaria postparto, traumatismos e hipofisitis.

- Hipotiroidismo terciario: “puede ser consecuencia de una alteración hipotalámica o estructuras vecinas” terminal de la enfermedad en donde se produce una atrofia glandular.” Paula Álvarez, María Luisa Isidro, Fernando Cordido., 2004. 8

- ✓ Hipotiroidismo neonatal
- ✓ Hipotiroidismo juvenil
- ✓ Hipotiroidismo del adulto

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

- Identificar el compromiso sistémico más frecuente en pacientes que asisten a las clínicas de la institución universitaria colegios de Colombia UNICOC, sede centro I y II periodo de 2009.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Analizar una relación entre la edad y el tipo de enfermedad sistémica que se presenta.
- Establecer el número de pacientes hipertensos, diabéticos, anticoagulados, con insuficia renal, con problemas de la tiroides y pacientes con .VHI

II ASPECTOS METODOLOGICOS

2.1 TIPO DE ESTUDIO:

- OBSERVACIONALES
 - ✓ Descriptivo
 - ✓ De corte transversal

2.2 OBJETO DE ESTUDIO

Frecuencia de enfermedades sistemicas en pacientes adultos

2.3 MATERIAL OBJETO DE ESTUDIO

Historias Clínicas de pacientes adultos entre 18 y 80 años que asisten a las clínicas del colegio odontológico UNICOC

2.4 CRITERIO DE SELECCIÓN

2.4.1 criterios de inclusión

- . Historias clínicas diligenciadas
- . Historias clínicas de pacientes adultos
- . Historias clínicas del año 2009

2.4.2 criterios de exclusión

- Historias clínicas no legibles
- Historias que no cumplen con el objetivo del estudio

2.5 MUESTRA Y MUESTREO

Tamaño de la muestra: 400 historias clínicas del colegio odontológico unicoc

Tipo de muestra: aleatoria

2.6 VARIABLES

- Hipertensión arterial
- Diabetes mellitas
- Insuficiencia renal
- Terapia anticoagulante
- VIH
- Enfermedades tiroideas

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	CATEGORIZA CION	OPERACIONALI- ZACION	INSTRUMENTO
HTA	Se puede definir como aquellas cifras de presión arterial por encima de 140 /90 mmhg que causan complicaciones en un individuo, incrementado con su perfil de riesgo	Cualitativa	nominal	Historia Clínica
PACIENTE ANTICUA- GULANTE	El tratamiento anticoagulante se realiza en pacientes que han sufrido infarto agudo del	Cualitativas	Nominal	Historia Clínica

	miocardio, reposición de válvulas protésicas o accidentes cerebro vasculares,			
DIABETES MELLITUS	Se define como un desorden metabólico crónico de carbohidratos, grasa y proteínas	Cualitativo	Nominal	Historias clínicas
INDUFICIE NCIA RENAL	Cuando un nefrón es destruido, este no se regenera, pero; sin embargo, el riñón compensa esta pérdida, a través de la hipertrofia de los nefrones	Cualitativos	Nominal	Historias Clínicas
VIH	El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) causa el SIDA. Este virus ataca al sistema inmunitario y deja al organismo vulnerable a una gran variedad de infecciones que aquejan a los seres humanos.	Cualitativos	Nominal	Historias Clínicas
TIROIDES	La glándula tiroides es un órgano situado en la región anterior del cuello. Consta de	Cuantitativos	Nominal	Historias Clínicas

	dos lóbulos simétricos adosados a los lados de la tráquea y la laringe, que están unidos entre sí por una parte de la estructura glandular situada sobre la tráquea y denominada istmo			
--	--	--	--	--

VARIABLE	DEFINICION	CATEGORIZACION	OPERACIONALIZACION	INSTRUMENTO
EDAD	Tiempo transcurrido, expresado en años desde el evento del nacimiento hasta la fecha de constatación.	cualitativa	multinominal	Historias clínicas

VARIABLE	DEFINICION	CATEGORIZACION	OPERACIONALIZACION	INSTRUMENTO
GENERO	El término género hace referencia a las expectativas de índole cultural respecto de los roles y comportamientos de hombres y mujeres. El término distingue los aspectos	cualitativo	Binominal	Historias clínicas

	atribuidos a hombres y mujeres desde un punto de vista social.			
--	--	--	--	--

2.7 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION

- Historias clínicas de UNICOC colegio odontológico 2009
- Instrumento de recolección de datos

Género	Edad	Compromiso Sistémico							
		Hipertensión Arterial	Diabetes	VIH	Terapia anticoagulante	Insuficiencia Renal	Alteración Tiroides	Otras	Ninguna

Servicio al que fue atendido					Tratamiento
Endodoncia	Cirugía	Periodoncia	Operatoria	Prostodoncia	Médico

2.8 MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal en el cual se incluyeron 6 variables para identificar el tipo de compromiso sistémico más frecuente en las clínicas de UNICOC colegio odontológico sede centro, cuyo objeto de estudio fue la frecuencia de enfermedades sistémicas en pacientes adultos que asisten a la consulta odontológica, se seleccionó una muestra de 400 historias clínicas de UNICOC colegio odontológico del año 2009.

La recolección de datos se realizó de manera aleatoria donde se incluyeron las historias clínicas correctamente diligenciadas, correspondientes al año 2009, historias de pacientes entre los 18 y 80 años de edad; entre los criterios de exclusión se encuentran historias clínicas no legibles, historias pediátricas, historias clínicas incompletas.

Para la recolección de datos se realizó un instrumento en Microsoft Excel 2007 versión 18.0, donde se incluyeron variables relacionadas con el número de historia clínica, el género, la edad, el tipo de compromiso sistémico incluido en el estudio (VIH, Hipertensión Arterial, Diabetes, Insuficiencia Renal, pacientes con terapia anticoagulante, alteraciones tiroideas.), el reporte de patologías adicionales asociadas, tipo de servicio en el que fue atendido, y si se encontraba en tratamiento médico para el tipo de compromiso sistémico que reporta.

3. RESULTADOS

De los 400 formatos clínicos analizados el 57.3% correspondieron a pacientes de sexo femenino y 42.8% masculino.

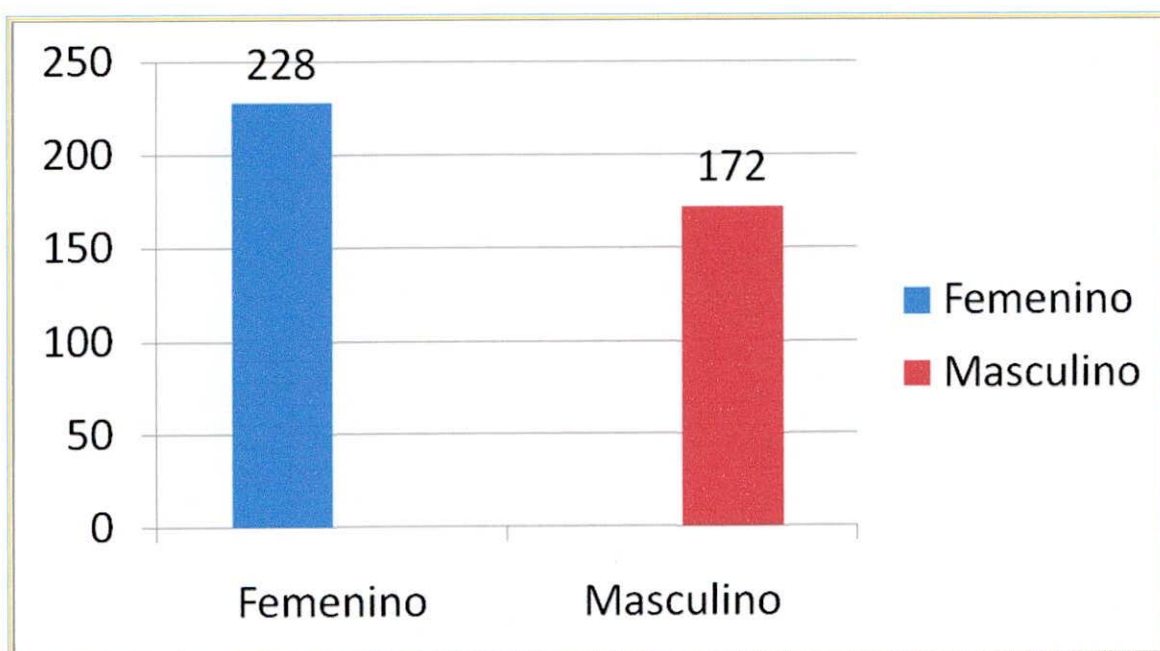


Fig1. Se revisaron en total 400 formatos clínicos de los cuales

De acuerdo a la edad se incluyeron historias que corresponden a pacientes entre 18 y 80 años de edad, de los cuales 118 son menores de 29 años (29%), 128 entre 30-39 años (32%), 86 entre 40-49 años (21%), 37 entre 50-59 años (9%), 21 entre 60-69 (5%), y 10 mayores de 70 menores de 80 años.

Edad	Número de Pacientes	%
< de 29	118	29
30-39	128	32
40-49	86	21
50-59	37	9
60-69	21	5
> De 70	10	2

Tabla 1. distribución por edad

Teniendo en cuenta el tipo de compromiso sistémico más frecuente se encontró la Hipertensión arterial con 38 casos reportados en las historias (9.5%), Diabetes Mellitus con 11 (2.8%), pacientes con Terapia Anticoagulante 5 (1.3%), Enfermedad Tiroidea 5 (1.3%), 0 para insuficiencia renal Y VIH, otro tipo de compromiso 40 (10%), y 301 con ningún afección sistémica.

Ninguna	301	75%	99	24%
Otras	40	10%	360	90%
Insuficiencia renal	0	0%	400	100%
Pacientes Anticoagulados	5	1%	395	99%
V.I.H	0	0%	400	100%
Alteraciones Tiroideas	5	1%	395	99%

Tabla 2 distribución según enfermedad sistémica

De acuerdo a la relación entre el tipo de compromiso sistémico y el servicio al cual acuden los pacientes que los pacientes hipertensos acuden con mayor frecuencia al servicio de periodoncia.

HIPERTENSION ARTERIAL			
	SI	NO	
PERIODONCIA	35	3	P= 0.07
PROSTODONCIA	25	13	P= <0.001

Tabla 3 Relación entre el compromiso sistémico y el servicio de atención

De acuerdo a la relación entre el tipo de compromiso sistémico y la edad del paciente se encontró que los pacientes entre 40-49 presentan con mayor frecuencia hipertensión arterial, pacientes de 40-49 años con terapia anticoagulante, y pacientes de 50-59 años que reportan Diabetes mellitas, Para insuficiencia renal, y VIH no se encontró. Lo cual indica que la mayor prevalencia de compromiso sistémico en los pacientes que asisten a las clínicas del colegio odontológico UNICOC se encuentra en pacientes entre 40 y 60 años, presentando compromisos sistémicos como Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, y terapia anticoagulante, los cuales son los mas prevalentes en las clínicas del colegio odontológico.

HIPERTENSION		DIABETES		ANTICUAGULADOS	
40-49 años		50-59 años		40-49 años	
SI	NO	SI	NO	SI	NO
9	77	4	33	2	84
86		37		86	

Tabla 4 relación edad / compromiso sistémico

4. DISCUSION

La organización mundial de la salud (OMS) define salud como un completo estado de bienestar físico mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad. Esto sugiere una vision integral del paciente, realizando una anamnesis completa; diligenciar la historia clínica de una manera exhaustiva para no obviar datos de vital importancia para un adecuado diagnóstico y un plan de tratamiento ideal. (1).

Para la detección y diagnóstico de cualquier tipo de compromiso sistémico se toman en cuenta, los signos y síntomas de cada uno de estos compromisos, para un mejor manejo de estos pacientes la Asociación Americana de Anestesiología (ASA) clasifica los pacientes con compromiso sistémico en seis categorías.

ASA I: Pacientes son considerados normales y saludables.

ASA II: Pacientes tienen enfermedad sistémica leve a moderada.

ASA III: Los pacientes con enfermedad sistémica grave limitan la actividad, pero no es incapacitante.

ASA IV: pacientes con enfermedad sistémica grave limitan la actividad.

ASA V: Los pacientes están moribundos y no se espera que sobrevivan más de 24 horas con o sin una operación.

ASA VI: Clínicamente los pacientes muertos se mantienen para la donación de órganos.

En el presente estudio las enfermedades sistémicas mas frecuentes que se presentaron en los pacientes que asisten a consulta en la clínica del colegio odontológico sede centro fue la hipertensión arterial con un porcentaje del 9% y la diabetes con un porcentaje del 2.75% y con una mayor prevalencia en el sexo femenino, estos hallazgos son semejantes al estudio de Freddy García et al donde

reportan una relación entre la edad y la diabetes, también la relacionan con la obesidad y el sedentarismo que por los últimos años se ha incrementado considerablemente, de acuerdo al estudio realizado los pacientes entre 40-59 años de edad son los que presentan con mayor frecuencia un tipo de compromiso sistémico al igual que lo que se reporta en el estudio de Bautista L, Vera-Cala L, Villamil L, Silva S, Peña L, et al, donde describen que la prevalencia de HTA aumenta con la edad siendo mayor en los ≥ 50 años que en los de 20 a 30.

En relación a las demás enfermedades sistémicas como son VIH, pacientes anticoagulados, enfermedad renal y patologías tiroideas se observó que se encontraron en un menor o nulo porcentaje pero de igual forma se debe prestar la misma importancia ya que así, estas patologías no sean altamente frecuentes podemos encontrarlas en la consulta en cualquier momento y nuestro deber es realizar un buen manejo de estos pacientes ofreciendo el tratamiento correspondiente y evitando cualquier complicación esto se puede evidenciar en el estudio del Dr. SOL SILVERMAN donde reporta que de 143 casos solo 6 padecían de VIH siendo este un bajo número de casos el profesional debe estar preparado para atender y llevar a cabo un tratamiento con este tipo de paciente.

La condición sistémica del paciente no se podrá determinar fácilmente guiándose solamente por la edad o factores predisponentes del paciente, ya que en este tiempo factores socioeconómicos, culturales y sociales representan un factor de riesgo para adquirir una enfermedad física o mental.

En el estudio de Freddy García et al reportan una relación entre la edad y la diabetes, también la relacionan con la obesidad y el sedentarismo que por los últimos años se ha incrementado considerablemente (5), de acuerdo al estudio realizado los pacientes entre 40-59 años de edad son los que presentan con mayor frecuencia un tipo de compromiso sistémico.

5. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados del estudio realizado, la hipertensión arterial es el compromiso sistémico mas frecuente y se presenta con mayor prevalencia en personas entre los 40-49 años de edad, entre los pacientes que asisten a consulta odontológica.

Se encontró bajo porcentaje en la frecuencia de pacientes con enfermedad tiroidea y terapia anticoagulante, y cero casos para VIH e insuficiencia renal. El servicio al que mas asisten los pacientes es el de periodoncia y prostodoncia.

6. RECOMENDACIONES

- Se recomienda sistematizar las historias clínicas para seguir un perfil epidemiológico de estos pacientes
- Enfatizar en el correcto diligenciamiento de la historia clínica.
- Fortalecer en los estudiantes de odontología de UNICOC la indagación en el paciente con respecto a su estado de salud general.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- CASTAÑENA M, CALSADILLA A, *et al*, instituto superior de ciencias medicas de la habana, facultad de estomatología, julio de 2011
- ACOSTA B, Atención al Paciente VIH/SIDA: Legislación Y Bioseguridad Odontología Colombia, Acta Bioethica 2006; 12(1)
- ÁLVAREZ P, ISIDRO M, CORDIDO F; "Complejo Hospitalario Universitario" Juan Canalejo" - Marítimo de Oza SERGAS- España; Departamento de Medicina. Universidad de A Coruña España.; Guías Clínicas 2004, 2(29).
- BAEZ L, BLANCO M, *et al* , Guías colombianas para el diagnostico y tratamiento de la hipertensión arterial, Revista colombiana de cardiología, febrero de 2007 volumen 1, suplemento 1
- BENITO M, BENITO M, MORÓN A, BERNARDONI C, PEREIRA S, BRACHO M, *et al*. Manejo odontológico de pacientes con enfermedades hemorrágicas y terapia anticoagulante. Revisión bibliográfica. Caracas (Venezuela). 2004; 42: 2
- BETANCOURT K, CANDANOZA K, CARBONELL B, MORA L, MORELO A, CURIEL L, *et al*. Protocolo de Manejo del Paciente Diabético en Odontología. Revista de la Facultad de Ciencias de Salud, 2005 2do semestre, Vol. 2 N° 2.

- CIAN DM, DEMARCHI RV, N.GAY C,PÉREZ MM, Patología Tiroidea. Prevalencia de Patología Benigna y maligna. Revista de Postgrado de la Vía Cátedra de Medicina, 2004 Febrero, N° 135, Pág. 17-20.
- CEBALLOS ME, MALPICA AJ, GUERRA A, MACHADO E, Nódulo de Tiroides: estudio ecográfico, Revista Archivo Médico de Camagüey, 2009 Mayo-jun.
- DÍAZ JG, GONZÁLEZ A, ORDOÑEZ V, GRANIZO RM, BERGUER A, Actualización de la cirugía oral en el paciente anticoagulado, Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial, V25 N° 5 2003
- FEHRENBACH MJ, from the American Society of Anesthesiologists, Medical Emergencies in the Dental Office (Malamed, Mosby, 2008), and included in Saunders Review of Dental Hygiene (Fehrenbach and Weiner, Elsevier, 2009).
- FERNÁNDEZ OA. Consideraciones sobre anticoagulación oral. Cátedra de patología y clínica bucodental. 2007
- FILIPPO, S. RAMÍREZ, J. El laboratorio clínico en la práctica odontológica. White papers salud sistémica. 2008. N° 2.
- MARTINEZ B. Manejo odontológico en pacientes con cardiopatías y enfermedades renales. Universidad mayor facultad de odontología. Julio 2007
- PROCTOR R, KUMAR N, STEIN A, MOLES D, PORTER S. Oral and dental aspects of chronic renal failure. J Dent Res 2005; 84: 199-208.
- RODRÍGUEZ MG, Lanzamiento; 2007 Noviembre 16

- SANTOS, B. complicaciones locales de los anestésicos utilizados en odontología. Cient Dent 2008, 5:1. Pg. 11-20.
- TOVAR V. GUERRA M. CARVAJAL A. Accidentes laborales y riesgo a contraer infección por el virus de inmunodeficiencia humana y el virus de la hepatitis B y C en el consultorio odontológico. Caracas (Venezuela). 2004;42:3
- RODRÍGUEZ KG, Estudiante de Ciencias farmacéuticas en la Universidad de las Américas Puebla, México. año 3, número 17, Enero-Febrero 2008.