



Prevalencia de antecedentes personales patológicos (APP) en la práctica odontológica

Dra. Laura María Díaz Guzmán,*
Dr. José Luis Castellanos Suárez**

* Jefe del Departamento de Diagnóstico y Medicina Bucal.

** Jefe del Departamento de Periodoncia.

Resumen

El tratamiento odontológico integral de calidad, que evite situaciones de urgencia médica o descompensaciones sistémicas, requiere de la identificación de los antecedentes personales patológicos (APP) de los pacientes. **Objetivos:** Identificar la prevalencia de APP, así como aquellas enfermedades sistémicas de riesgo en su manejo para los pacientes, o para el equipo odontológico. **Diseño del estudio:** Estudio prospectivo longitudinal realizado entre 1982 y 2003. Fueron interrogados todos los pacientes mayores de 15 años, de ambos sexos, sobre APP, en una clínica odontológica universitaria. Las unidades de registro fueron: edad, sexo, APP presentes y pasados y la terapia recibida. Los datos fueron manejados en porcentajes y presentados en tablas. **Resultados:** La prevalencia de APP identificada en 23,789 pacientes fue de 67.147%, mayor en las mujeres (70.27%) que en los hombres (60.24%). Los grupos con mayor número de APP identificados fueron de origen inmunológico, gastrointestinal, cardiovascular y respiratorio; gastritis, anemia ferropénica, hipertensión arterial, alergia a la penicilina, fueron las enfermedades más comunes e imponen adecuaciones en el plan de tratamiento odontológico. **Conclusiones:** La prevalencia de APP identificada fue de 67%; 57.52% de éstos obligan a realizar adecuaciones al Plan de tratamiento.

Palabras clave: Historia médica, historia dental, patología.

Abstract

A comprehensive high quality dental treatment that avoids medical emergencies or unbalanced systemic conditions requires the identification of the patient's Personal Pathological History (PPH). **Objective:** To identify the prevalence of PPH, systemic disease of risk in patient handling or for the dental team. **Study design:** Prospective longitudinal study from 1982 to 2003. All patients 15 years or older, both sexes were interviewed for PPH in a university dental clinic. It was assessed age, gender and former or actual PPH as well as received therapy. Data is presented by percentage in tables. **Results:** The prevalence of PPH identified in 23,789 patients was 67.14%, it was higher in females (70.27%) than in males (60.24%) the groups of more frequent PPH identified were immunological, gastrointestinal, cardiovascular, and respiratory origin; ferropenic anemia, hypertension, penicillin allergy were the most common that imposes modification to the dental treatment. **Conclusions:** The identified prevalence of PPH was 67%; 57.72% requires a treatment plan modifications.

Key words: Medical history, dental history, pathology.

Universidad De La Salle Bajío. León, Gto.
México

Recibido para publicación: 18-Agosto-2008

Introducción

La identificación del paciente médicamente comprometido y el diseño e implementación de medidas de acompañamiento, refuerzo y compensación que permitan preservar la vida de las personas, mantener la estabilidad terapéutica lograda por el médico o eviten situaciones de urgencia en el consultorio, son aspectos que competen tanto al odontólogo como al personal que con él labora.¹

Las razones para la identificación de antecedentes personales patológicos (APP) en los pacientes dentales trasciende la obligación marcada por las normas sanitarias gubernamentales que rigen la práctica odontológica; el identificar los APP permite conocer globalmente al paciente, favorece las buenas relaciones que el dentista pueda establecer con la persona y da la oportunidad de ubicar al odontólogo satisfactoriamente como parte del grupo profesional cuyo objetivo es el cuidado integral de la salud de la población.¹⁻³

Para hablar de calidad total en el servicio que se brinda en la práctica odontológica general o de especialidad, deben contemplarse parámetros que incluyan la más completa satisfacción en las relaciones que se establezcan con los pacientes, caracterizadas por el mayor grado de eficiencia en la identificación y control de los padecimientos, bajo una atmósfera que refleje seguridad y calidez en las acciones y decisiones. En odontología lo anterior incluye el empleo de los mejores recursos diagnósticos y terapéuticos, y un manejo global que en lo referente al estado sistémico obliga a identificar los problemas médicos e implementar todas aquellas medidas que sean necesarias para poder mantener estable el control médico, la condición orgánica y emotiva del solicitante de servicios bucales, de tal forma que el tratamiento sea eficaz y seguro tanto para el paciente como para el grupo de trabajo odontológico.⁴⁻¹⁶

Los estudios epidemiológicos sobre APP en la práctica dental pueden orientar a las instituciones formadoras de recursos humanos en salud (servicio o docencia), en el desarrollo de programas y estrategias para manejar de manera más eficiente y directa aquellas entidades con tasas altas de prevalencia o clínicamente significativas. Específicamente en odontología es enriquecedor médica, social y educativamente conocer aquellos aspectos relacionados con el manejo de pacientes con compromiso sistémico, tales como etiología y patogenia de las enfermedades. Se añade el manejo médico donde se debe considerar las posibles interacciones farmacológicas, entre las prescripciones del médico y las que el dentista pudiera realizar, o las pruebas complementarias necesarias. Otro escenario de esta relación son las manifestaciones que en la boca pudieran presentarse, secundario a la enfermedad misma o a su tratamiento y particular-

mente el farmacológico. El contacto con padecimientos sistémicos en odontología permitirá el diseño de las medidas que debieran implementarse para evitar situaciones complicadas y de urgencia médica en la consulta o reconocer el rango operativo que tiene el profesional en la definición de los planes de tratamiento bucal en pacientes específicos.^{1-3,17-21}

En vista de la eficiencia que han tenido las medidas de fomento a la salud, el diagnóstico temprano y los avances en la terapia farmacológica y quirúrgica para prolongar la vida humana, la frecuencia con la que personas con padecimientos sistémicos bajo control solicitan atención bucal es cada vez mayor, por lo que el odontólogo está obligado a conocer y manejar las condiciones sistémicas de la población que solicita sus servicios.^{2-3,17-22}

Para conocer la prevalencia de las enfermedades sistémicas en la población adulta que solicita tratamiento dental y de entre ellas discriminar aquellas más frecuentes, que además tengan repercusión sobre el manejo que el dentista debiera dar a sus pacientes durante el desarrollo del plan de tratamiento bucal, se diseñaron los siguientes objetivos:

- Identificar la prevalencia de enfermedades sistémicas en pacientes adultos ambulatorios, solicitantes de servicios dentales.
- Identificar la frecuencia de enfermedades que por sí mismas o por la terapia recibida pudieran representar riesgos durante el tratamiento para el paciente dental, para el dentista o su personal auxiliar.

Materiales y métodos

Fueron interrogados todos los pacientes de ambos sexos, a partir de los 15 años, solicitantes de tratamiento bucal en la Clínica de Admisión y Diagnóstico de la Facultad de Odontología de la Universidad de La Salle Bajío, en León, Gto. México, en un lapso comprendido entre enero de 1982 y diciembre de 2003 (22 años). Se incluyeron a todos los pacientes, sin excepción, sanos, con enfermedades sistémicas bajo control o con trastornos médicos crónicos que aun sin haber sido diagnosticados o controlados, se desplazaban de manera voluntaria en la búsqueda de tratamiento dental.

A todos les fue aplicado el Cuestionario de Salud de la propia institución, que contiene preguntas preestablecidas sobre enfermedades cardiovasculares, respiratorias, digestivas, hepáticas, renales, neurológicas, endocrinológicas, hematológicas, alteraciones hemostáticas, alergias, hospitalizaciones y empleo de medicamentos, entre otras indagaciones. Esta herramienta auxiliar para el interrogatorio es la misma que se ha utilizado desde 1981 en nuestra institución. Cada dato positivo señalado por

los pacientes fue documentado en relación a la aparición de la sintomatología, la evolución, el tratamiento recibido y el estado actual, siguiendo los criterios del Manual de Procedimientos Clínicos de la institución.²³ Cuando se requirió, se llevaron a cabo interconsultas con el médico tratante, para obtener información más específica sobre el diagnóstico sistémico y su manejo. Signos y síntomas aislados, padecimientos no diagnosticados o no conocidos por los entrevistados no fueron incluidos. Para estructurar este reporte de cada paciente se registraron la edad, el sexo, los diagnósticos sistémicos y la terapia recibida. Los datos fueron capturados en sistemas automatizados y manejados en porcentajes.

Los antecedentes personales patológicos se clasificaron por aparatos y sistemas. A esta clasificación se agregó el grupo terapéutico, en la que se incluyeron los antecedentes farmacológicos y terapéuticos que generan alteraciones tales como inmunosupresión, trastornos de la hemostasia, entre otros. Se discriminaron aquellos APP que puedan requerir del odontólogo acciones de acompañamiento, preventivas y compensadoras o toma de medidas adicionales diagnósticas o terapéuticas que permitan llevar a cabo procedimientos seguros y de calidad en la consulta odontológica.¹ Se manejaron los resultados en porcentajes de prevalencia y se presentan en tablas y gráficas.

Resultados

Fueron interrogados 23,789 pacientes, 7,437 varones (31.26%) y 16,352 mujeres (68.74%), siendo la razón hombre/mujer de 1: 2.20. La edad de la población tuvo un rango de 15 a 94 años, con un promedio de 33.06 años (DE. 15.87).

Como se describe en la *figura 1* la prevalencia de problemas médicos en personas solicitantes de servicios de salud bucales fue de 67.14% (60.24.% en varones y 70.27% en mujeres). Algunos pacientes referían más de un padecimiento.

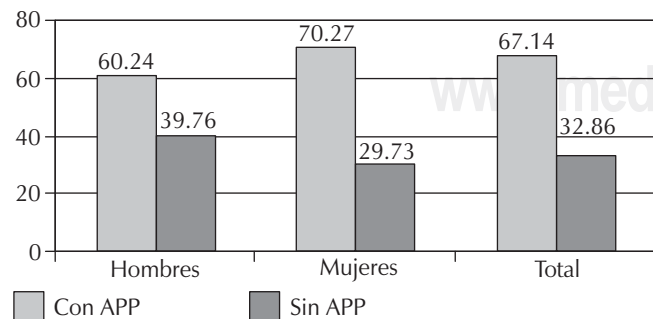


Figura 1. Diferencias por género.

Los APP fueron agrupados por aparatos y sistemas, como puede verse en el *cuadro I*, en la que además se presenta la enfermedad más frecuente de cada grupo. Se encontraron 27,161 APP (113 diferentes). Los trastornos de origen inmunológico fueron el grupo de APP más común, observado en el 22.72% de la población, seguido del grupo de enfermedades gastrointestinales (20.58%), enfermedades cardiovasculares (18.11%) y respiratorias (11.05%), todos ellos con una prevalencia mayor al 10%. La suma de APP clasificados en estos grupos representa más de la mitad de todos los trastornos identificados.

De los 113 APP diferentes registrados, 65 (57.52%) ameritan modificaciones en el plan de tratamiento odontológico. En el *cuadro II* se muestran las 16 enfermedades más comúnmente reportadas; 13 de ellas fueron identificadas como de riesgo. Las primeras nueve, con porcentajes superiores al 2%, repercuten de manera trascendente en el manejo que el odontólogo deba dar a sus pacientes, tanto por los trastornos propios de estos problemas médicos como por su manejo clínico dental, particularmente el farmacológico, el del estrés físico y psicológico.

En el *cuadro III* se despliega la prevalencia de las 10 enfermedades más frecuentes. Como ya fue mencionado, las mujeres mostraron una mayor prevalencia de enfermedades sistémicas que los hombres, pareciendo haber una diferencia más marcada en enfermedades como gastritis, anemia ferropénica, hipertensión, alergia a la penicilina y pielonefritis. Los hombres mostraron en cambio cifras mayores en enfermedades como amigdalitis de repetición y hepatitis.

Discusión

Los estudios masivos de prevalencia de enfermedades sistémicas en la población odontológica contribuyen a identificar las enfermedades que son frecuentes y de éstas las que pueden ser significativas para la práctica dental, los factores de riesgo, las características de los grupos en los que se presentan, entre otras ventajas, para la toma de decisiones que aumenten los niveles de seguridad y buen manejo global de los pacientes.^{2,3,17-22}

Las enfermedades sistémicas crónicas bajo control médico alertan al odontólogo sobre la necesidad de identificar los medicamentos que reciben sus pacientes. Es un hecho que a mayor edad mayor también el número de fármacos consumidos, mayor complejidad en el manejo dental y mayor la posibilidad de reacciones secundarias adversas o nocivas. Éstas se presentan en el 100% de las personas que consumen 8 o más drogas diversas y entre el 10 y el 30% de los ingresos hospitalarios de pacientes geriátricos derivan de interacciones medicamentosas o de reacciones nocivas.^{4-16,24-27} Fármacos como antihipertensivos, diuréticos, antiarrítmicos, digitálicos, analgésicos,

Cuadro I. AAP por grupos 2008.

No.	Grupos de APP	N = 23,789	%	Enfermedad más frecuente
1	Inmunológicos	5,405	22.72	Alergia a la penicilina*
2	Digestivos	4,895	20.58	Gastritis*
3	Cardiovasculares	3,535	14.86	Hipertensión arterial*
4	Respiratorios	2,629	11.05	Amigdalitis*
5	Infecciosos	2,249	9.45	Hepatitis*
6	Hematológicos	1,967	8.27	Anemia ferropénica*
7	Endocrinológicos	1,580	6.64	Diabetes mellitus*
8	Renales	1,407	5.91	Pielonefritis*
9	Neuromusculares	1,070	4.50	Epilepsia*
10	Psiquiátricos	994	4.18	Depresión*
11	Neoplásicos	767	3.22	Neoplasia benigna extraoral
12	Hepáticos	594	2.50	Alteraciones de la vesícula biliar*
13	Hemorrágicos	250	1.09	Alteraciones vasculares*
14	Terapéuticos	178	0.75	Inmunosupresión*
15	Dermatológicos	164	0.69	Dermatitis*
16	Congénitos	55	0.23	Labio leporino*

* Enfermedades de repercusión odontológica

Cuadro II. Enfermedades sistémicas más frecuentes. (1982 a 2003).

No.	APP	Total 1982/2003 N = 26,789
1	Gastritis*	9.18
2	Anemia ferropénica*	8.09
3	Hipertensión arterial*	7.71
4	Alergia penicilina*	6.37
5	Amigdalitis de repetición*	5.43
6	Diabetes mellitus*	3.46
7	Úlcera péptica*	2.86
8	Hepatitis*	2.80
9	Alergia alimenticia*	2.51
10	Parasitosis*	1.90
11	Hernia*	1.85
12	Pielonefritis*	1.84
13	Síndromes obstructivos e ictericos*	1.80
14	Síndromes hipotensivos*	1.57
15	Cálculos renales	1.50
16	Neoplasias benignas	1.50

* Enfermedades de repercusión odontológica

Cuadro III. APP más frecuentes por género. 1990-2003.

No.	APP	M %**	F %***	Total %****
1	Gastritis*	8.93	13.47	12.05
2	Anemia ferropénica*	2.68	12.68	8.60
3	Hipertensión arterial*	5.38	9.77	7.66
4	Alergia penicilina*	5.53	7.82	6.45
5	Amigdalitis de repetición*	6.68	5.72	5.59
6	Diabetes mellitus*	3.59	4.04	3.60
7	Hepatitis*	3.72	3.20	3.13
8	Úlcera péptica*	2.64	2.91	2.61
9	Pielonefritis*	0.96	3.06	2.17
10	Hernia*	2.23	2.27	2.25

**n = 4,704

***n = 10,279

****N = 14,983

* Enfermedades de repercusión odontológica

sicos, antiinflamatorios, antihistamínicos, antibióticos, ansiolíticos, antidepresivos, antiparkinsonianos, anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios o compuestos hormonales producen cambios generales como confusión mental, torpeza en el lenguaje, desorientación, somnolencia, hipotensión ortostática, hipertensión, convulsio-

nes, alergias, tinnitus, fosfenos, mareos, trastornos hemostáticos; o cambios bucales, dentales y periodontales como hiposalivación y xerostomía, disgeusia, lesiones como úlceras aftosas, reacciones liquenoides, pénfigo, penfigoide, hiperplasia gingival, glositis, entre muchas otras reacciones. Enfermedades bucales prevalentes como caries, periodontitis o lesiones de la mucosa bucal pueden verse incrementadas por las enfermedades sistémicas mismas, por las drogas y por los procedimientos te-

rapéuticos empleados en su control. Algunos trastornos pudieran modificar la acidez bucal, como la insuficiencia renal; otros pueden limitar la capacidad del paciente para remover la placa bacteriana de los dientes, como artritis reumatoide o enfermedad de Parkinson. El consumo de fármacos, puede producir hiposalivación de manera secundaria y alterar el equilibrio bucal. No sólo la falta de saliva propicia un cambio en la flora de la cavidad oral, a ello se suma la falta de anticuerpos salivales (inmunoglobulina A) favoreciéndose el desarrollo de caries y de enfermedades de las encías. Otros ejemplos de la influencia de los medicamentos en la boca o en el tratamiento odontológico son el consumo de drogas psicorreguladoras, que producen depresión del sistema nervioso central, somnolencia o pérdida de la capacidad de concentración, situaciones todas ellas que limitan de manera muy importante la actitud ante el cuidado bucal. Radiaciones en cabeza y cuello, hospitalizaciones prolongadas o procedimientos que impidan la locomoción, son todas condiciones que conducen al deterioro de los dientes y el periodonto.^{4,5,8-16}

Es interesante destacar que las cifras de prevalencia de las enfermedades pueden variar en el tiempo por diversas razones como las económicas, sociales, biológicas, inclusive políticas, no sólo por el avance tecnológico y científico. Las enfermedades propias de la infancia, la muerte materna y perinatal, han disminuido notablemente en los países desarrollados o en vías de desarrollo, gracias a la aplicación de programas preventivos dirigidos con ese fin, dando paso a un incremento en las enfermedades crónico-degenerativas observadas en la población adulta. Diabetes mellitus es el mejor ejemplo de una enfermedad que ha duplicado su prevalencia de manera dramática, en los últimos años, con el enorme costo social, económico y psicológico que conlleva. Esta enfermedad, así como las enfermedades coronarias y la hipertensión se han relacionado estrechamente con el cambio en el estilo de vida de las personas, con el sedentarismo, con el envejecimiento poblacional, los cambios en los hábitos de nutrición, entre otros factores, que conducen al sobrepeso y a la obesidad y con ello, a la diabetes y sus complicaciones.²⁸

Los APP de tipo digestivo, infeccioso, endocrinológico, psiquiátrico, neoplásico, hemorrágico, terapéutico, dermatológico y congénito manifestaron un incremento superior al 50% respecto a la prevalencia identificada en los primeros años de registro. Los padecimientos alérgicos, respiratorios y hematológicos incrementaron de manera moderada, lo cual podría interpretarse de diferentes maneras. Los cambios en la forma de vida de las generaciones recientes parecen acompañarse de un aumento en las enfermedades que afectan a la población. Los padecimientos de tipo digestivo, especialmente gastritis y úlcera péptica suelen asociarse a las dificultades

de las personas para adaptarse a los papeles que juegan en una sociedad de consumo y de competencia. Por ejemplo, los padecimientos de tipo alérgico y reumático justifican su incremento en el desarrollo de nuevos materiales, compuestos sintéticos y la afectación ambiental, en el incremento en el uso de medicamentos y en los cambios ambientales derivados del progreso y la alta tecnología.^{12,13}

Más aún, el incremento en la prevalencia de padecimientos que derivan de procesos terapéuticos va de la mano con el incremento en los años de vida de la población (superior a 78 años) y por lo tanto se asocia a mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónico-degenerativas, para cuyo control suelen emplearse recursos terapéuticos tales como radiaciones, inmunosupresión, anticoagulantes, quimioterapia antineoplásica, por mencionar algunos, todos los cuales requieren de medidas compensatorias para dar atención bucal de calidad.^{4,9-11,13-16} Aun cuando el envejecimiento de la población trae consigo un mayor número de padecimientos cardiovasculares,²⁵⁻³¹ la prevalencia de hipertensión arterial se ha mantenido sin grandes cambios en los pacientes odontológicos que hemos estudiado, consecuentemente se tiene riesgo para cardiopatías coronarias, accidentes cerebrovasculares y renales. Dada la epidemia de obesidad que parece afectar a la población infantil de nuestro entorno, se preve que en los próximos años hipertensión y diabetes mellitus se convertirán en un problema significativo de salud, con las consecutivas repercusiones dentales y periodontales.^{32,33}

Las cifras de prevalencia de la gastritis se incrementaron casi tres veces. Aun cuando esta enfermedad se asocia con el estrés y ha sido descrita como prevalente en adultos de edad media, es un hecho observarla en grupos de población cada vez más jóvenes, aun en niños, probablemente debido a modificación en los hábitos. Los cambios económicos, ambientales y de la vida de relación parecen influir en estos resultados, por lo que el odontólogo debe ser consciente de que uno de cada diez de sus pacientes presentará este padecimiento, que obliga a consideraciones particulares durante el manejo dental. En la consulta cotidiana esta información puede discriminar entre la toma de medidas compensatorias especiales o la atención simple, sin mayores modificaciones.¹

En el aspecto infeccioso, los cambios en la forma de vida de las personas, en la conducta sexual o en las facilidades que existen para el desplazamiento de las personas en el mundo repercuten también en la aparición de enfermedades que hasta hace algunos años parecían bajo control o no existían. En los recientes años han emergido padecimientos nuevos como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, enfermedad que a la vez puede ir acompañada de una frecuencia mayor de tuberculosis.⁶ Los avan-

ces tecnológicos aplicados a pruebas de laboratorio permitieron en los últimos años la identificación de pacientes infectados por el virus de la hepatitis C y con ello el establecimiento de protocolos para control de infecciones, adecuado y específico, ya que esta enfermedad anteriormente no era distinguida de otro tipo de hepatitis virales. Ésta y otras razones justifican el incremento observado en la prevalencia de enfermedades infecciosas en pacientes dentales.³⁴⁻⁴⁰ Actitudes de negligencia para reconocer pacientes que pudieran transmitir enfermedades al propio odontólogo, a su equipo de trabajo o a otros usuarios de los servicios dentales no se justifica, ya que las complicaciones secundarias producidas por la propia hepatitis y sus secuelas, como cirrosis y carcinoma hepático no podrían prevenirse.^{39,40} Lesiones de la mucosa bucal generadas por la familia del virus del papiloma humano, tales como el papiloma, la hiperplasia papilar inflamatoria, verruga vulgar, hiperplasia epitelial focal, condiloma acuminado o carcinoma epidermoide (este último observado en individuos sin factores etiológicos de riesgo) son ejemplos del impacto y diseminación de las infecciones.⁴⁶

Es un hecho que la salud bucal va acompañada de salud general y viceversa. Estudios epidemiológicos propios han demostrado que los pacientes con periodontitis crónica tienen un riesgo mayor de desarrollar o complicar el manejo de enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus o artritis reumatoide. También se ha encontrado que mujeres embarazadas con enfermedad periodontal tienen un riesgo mayor a tener hijos de bajo peso al nacer, parto prematuro o abortos espontáneos. En estos ejemplos queda claro que la boca no puede ser vista ni tratada de manera independiente del resto del organismo y lo que en ella acontece tiene repercusión no sólo en la longevidad y la calidad de vida, sino también en la autoestima, la alimentación y nutrición y la percepción del «yo» de las personas.^{17,18,41-48}

Como apunte final de este trabajo se realizan las siguientes observaciones respecto a edad y sexo. Las enfermedades sistémicas más frecuentes afectan a todos los grupos de edad de la población estudiada, sin embargo debe destacarse que el promedio de edad de las personas con hipertensión y diabetes mellitus fue mayor de 50 años.

Aunque en este trabajo no fueron contabilizados los partos, el incremento en la prevalencia de APP en las mujeres pudiera justificarse por los embarazos, los eventos quirúrgicos y complicaciones de las enfermedades del aparato reproductor femenino. Un ejemplo de ellos es la anemia ferropénica que afecta a la mayoría de las mujeres durante el embarazo. Por otro lado, pareciera existir en ellas una resistencia disminuida al estrés o una mayor tasa del mismo en las mujeres, dada la mayor prevalencia para gastritis, hipertensión, colitis y migraña que se observó en el sexo femenino en relación a los varones.

No es redundante enfatizar en la importancia de centrar la atención bucal en las personas, como individuos, con un bagaje de múltiples trastornos o macroafectación, incluidos los de tipo orgánico funcional, emocionales, psicológicos, económicos y culturales, y recordar que el manejo de los problemas bucales estará supeditado siempre a solventar antes y durante el tratamiento dental, las enfermedades sistémicas y las repercusiones de su tratamiento.¹

Conclusiones

1. La prevalencia de antecedentes personales patológicos encontrados en 23,789 pacientes solicitantes de tratamiento dental fue de 67.14%, siendo esta prevalencia mayor en las mujeres que en los hombres.
2. Se ha observado a través de los años un incremento en la prevalencia de APP en los pacientes dentales.
3. Por grupos, los trastornos digestivos, cardiovasculares, alérgicos y respiratorios fueron los más comúnmente identificados, siendo la anemia ferropénica, hipertensión arterial, alergia a la penicilina, amigdalitis de repetición y diabetes mellitus, las enfermedades individuales más comúnmente identificadas. Todas ellas representan un riesgo para el paciente, que debe compensarse durante el tratamiento odontológico.
4. Más de la mitad de los APP identificados (57.52%) ameritan modificaciones en el plan de tratamiento odontológico para una atención segura.
5. La edad parece ser factor de riesgo para hipertensión arterial y diabetes mellitus.
6. A causa de los nuevos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, el número y edad promedio de los pacientes identificados con APP de trascendencia odontológica ha aumentado.

Bibliografía

1. Castellanos JL, Díaz GL, Gay O. *Medicina en Odontología. Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas*. 2ª Ed. México. El Manual Moderno 2002.
2. Castellanos JL, Díaz GL. Problemas médicos en pacientes de una escuela dental. *Prac Odontol* 1985; 6(4): 6.
3. Castellanos JL, Díaz GL. Past hospitalizations of dental patients: Frequency and significance. *Annals of Dentistry* 1986; 45: 19.
4. Díaz GL, Castellanos JL. Radio Normalizado Internacional (RIN). Manejo dental de pacientes que reciben anticoagulantes orales. *Rev ADM* 1998; 55: 242-6.
5. Díaz GL, Castellanos JL. Trastornos de la homeostasia inducidos por el empleo de medicamentos. *Revista Medicina Oral* 1999; 4: 552-63.
6. Díaz GL. Manejo del paciente con tuberculosis pulmonar en el consultorio dental. *Revista Medicina Oral* 2001; 6: 124-54.
7. Díaz GL, Castellanos JL. Prevención de endocarditis infecciosa en odontología. Nuevas recomendaciones (año 2007) sobre profilaxis antibiótica. *Rev ADM* 2007; 64: 126-30.

8. Díaz-Guzmán L, Castellanos JL, Gay O. Series en Medicina Bucal I. Selección de los anestésicos locales adecuados para los pacientes hipertensos. *Rev ADM* 2003; 60: 76-8.
9. Díaz-Guzmán L, Castellanos JL, Gay O. Series en Medicina Bucal IV. Manejo odontológico del paciente que recibe quimioterapia. *Rev ADM* 2003; 60: 198-201.
10. Kerr AR. Update on renal disease for the dental practitioner. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod* 2001; 92: 9-16.
11. Díaz-Guzmán L, Castellanos JL, Gay O. Series en Medicina Bucal X. Odontología de calidad para los pacientes ancianos. *Rev ADM* 2005; 62: 36-39.
12. Steinbacher DM, Glick M. The dental patient with asthma. An update and oral health considerations. *JADA* 2001; 132: 1229-39.
13. Miller CS, Little JW, Falace DA. Supplemental corticosteroids for dental patients with adrenal insufficiency. Reconsiderations of the problem. *JADA* 2001; 132: 1570-9.
14. Scully C, Wolff A. Oral surgery in patients on anticoagulant therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod* 2002; 94: 57-64.
15. Little JW, Miller CS, Henry RG, McIntosh BA. Antithrombotic agents: Implications in dentistry. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod* 2002; 93: 544-51.
16. Guggenheimer J, Eghtesal B, Stock DJ. Dental management of the (solid) organ transplant patient. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod* 2003; 95: 383-9.
17. Díaz-Guzmán GL, Castellanos JL. Lesiones de la mucosa bucal y comportamiento de la enfermedad periodontal en embarazadas. *Med Oral Pat Oral Cir Bucal* 2004; 9: 430-7.
18. Castellanos JL, Díaz GL. Periodontitis crónica y enfermedades sistémicas. *Rev ADM* 2002; 59: 121-7.
19. Castellanos JL, Díaz GL. Cambios funcionales, involutivos y patológicos estomatológicos con la edad. VI. Enfermedades sistémicas. *Rev ADM* 1990; 45: 59.
20. Castellanos JL, Díaz GL. Enfermedades sistémicas en diabetes mellitus. Prevalencia y significancia clínica en 341 diabéticos de una población de 10,980 pacientes dentales. *Rev ADM* 1996; 2: 80-5.
21. Díaz GL, Castellanos JL. Detección de pacientes hipertensos no diagnosticados en la práctica dental. *Rev ADM* 1986; 43: 189.
22. Castellanos JL, Díaz GL, Gay O. Medicina en Odontología. Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. Ed. México El Manual Moderno 1996.
23. Castellanos JL et al. *Sistema de Atención Clínico*. Manual de Procedimientos y Funciones. Escuela de Odontología. León, 3ª ed. León, Universidad del Bajío. 1987.
24. Díaz-Guzmán L, Castellanos JL, Gay O. Series en Medicina Bucal IX. Pruebas de laboratorio en trastornos de la hemostasia. *Rev ADM* 2004; 61: 155-8.
25. Rhodus NL, Little JW. Dental management of patient with cardiac arrhythmias: An update. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod* 2003; 96: 659-68.
26. Roberts HW, Mitnitsky EF. Cardiac risk stratification for post-myocardial infarction dental patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod* 2001; 91: 676-81.
27. Rose LF, Mealey B, Minsk L, Cohen W. Oral care for patients with cardiovascular disease and stroke. *JADA* 2002; 133: 37S-44S.
28. Mealey BL, Oates TW. Diabetes mellitus and periodontal diseases. *J Periodontol* 2006; 77: 1289-1303.
29. Joshipura K. The relationship between oral conditions and ischemic stroke and peripheral vascular disease. *JADA* 2002; 133: 23S-30S.
30. Randall CW, Kressin NR, García RI, Sims H, Kasis L, Jones JA. Heart murmurs: are older male dental patients aware of their existence? *JADA* 2001; 132: 171-6.
31. Carmona IT, Dios PD, Scully C. An update on the controversies in bacterial endocarditis of oral origin. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod* 2002; 93: 660-70.
32. Herman WW, Konzelman JL, Prisant M. New national guidelines on hypertension. A summary for dentistry. *JADA* 2004; 135: 576-84.
33. Glick, M. The new blood pressure guidelines. A digest. *JADA* 2004; 135: 585-6.
34. Centres for Disease Control. Update: Transmission of HIV infection during invasive dental procedures-Florida. *MMWR* 1991; 40: 377-81.
35. Centres for Disease Control. Guidelines for the use of anti-retroviral agents. In HIV-infected adults and adolescents. *MMWR* 1998; 47: 43-82.
36. Centres for Disease Control. Update: HIV exposures in HCW's. *MMWR* 1995; 44: 929.
37. Cleveland JL, Gooch BF, Shearer BG. Risk and prevention of hepatitis C virus infection. Implications for dentistry. *JADA* 1999; 130: 641-7.
38. Shoop T, Boozer Ch, Lancaster D, Cade JE, Lundgren G. Presence of anti-hepatitis C virus serum markers in a dental school patient population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endo* 1995; 79: 659-64.
39. Slavkin HC. The A, B, C, D, and E of viral hepatitis. *JADA* 1996; 127: 1667-70.
40. Lodi G, Porter R, Scully C. Hepatitis C virus infection. Review and implications for the dentist. *Oral Surg Oral Med Oral Path Oral Radiol Endo* 1998; 86: 8-22.
41. Genco R, Offenbacher S, Beck J. Periodontal disease and cardiovascular disease. Epidemiology and possible mechanisms. *JADA* 2002; 133: 14S-22S.
42. Fong IW. Infections and their role in atherosclerotic vascular disease. *JADA* 2002; 133: 7S-13S.
43. Ciancio S. Taking oral health to heart. *JADA* 2002; 133: 4S-6S.
44. Soskolne WA, Klinger A. The relationship between periodontal diseases and diabetes: An overview. *Ann Periodontol* 2001; 6: 91-8.
45. Nishimura F, Takahashi K, Kurihara M, Takashiba S, Murayama Y. Periodontal disease as a complication of diabetes mellitus. *Ann Periodontol* 1998; 3: 20-9.
46. Castellanos JL, Díaz-Guzmán L. Lesions of the oral mucosa: an epidemiological study of 23,785 Mexican patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod* 2008; 105: 79-85.
47. Hujuel PP. Does chronic periodontitis cause coronary heart disease? A review of the literature. *JADA* 2002; 133: 31S-6S.
48. Lalla R, D'Ambrosio JA. Dental management considerations for the patient with diabetes mellitus. *JADA* 2001; 132: 142S-32.

Reimpresos:

Dra. Laura María Díaz Guzmán

Madero 204-10B Centro.

León, Gto. CP 37000

Correo electrónico: diazlaura@hotmail.com

Este documento puede ser visto en:

www.medigraphic.com/adm