



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MOTIVO DE CONSULTA MÁS FRECUENTE DE LOS PACIENTES MAYORES DE EDAD QUE ASISTEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS, EN EL PERÍODO OCTUBRE DEL 2014 A ENERO DEL 2015

**Trabajo de Titulación presentado en conformidad a los requisitos
establecidos para optar por el título de Odontóloga**

Profesores Guías

Dra. María Lupe Poussin Pascual

Dr. Oswaldo Rafael Ruiz Merino

Autora

Andrea Fernanda Silva Rojas

Año

2015

DECLARACIÓN DE LOS PROFESORES GUÍAS

“Declaramos haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con la estudiante, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”.

Dra. María Lupe Poussin Pascual
Rehabilitadora Ora

C.I. 172319389-0

Dr. Oswaldo Rafael Ruiz Merino
Especialista en Investigación
y Administración de Salud

C.I. 060090288-6

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes”

Andrea Fernanda Silva Rojas
C.I. 172092537-7

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a Dios por darme la bendición y la fortaleza para culminar este proyecto.

A mis padres y hermanos por ser la guía y el pilar fundamental de mi vida.

Un agradecimiento muy especial a mis amigas y a aquellas personas que compartieron sus conocimientos conmigo.

Y a mis tutores Dra. Lupe Poussin y Dr. Oswaldo Ruiz que con infinita paciencia me guiaron durante la realización de este trabajo de investigación.

Andrea

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a mis queridos padres Milton y Lolita por estar conmigo en todo momento y a quienes no solo debo mi formación académica sino también humana, porque gracias a ellos soy lo que soy.

A mis hermanos María Elena, Juan Francisco y Diego por ser mis confidentes; y de quienes espero seguir su ejemplo de esfuerzo y dedicación.

A Alexandra y Alexie por haber compartido sus experiencias conmigo.

Andrea

RESUMEN

Objetivo: Establecer el motivo de consulta más frecuente de los pacientes mayores de edad que asistieron al Centro de Atención Odontológico de la Universidad de las Américas, durante el período octubre del 2014 a enero del 2015. **Materiales y métodos:** Este estudio es de tipo descriptivo y cuantitativo, el mismo, fue realizado en el Centro de Atención Odontológico de la Universidad de las Américas. La muestra estuvo constituida por 814 historias clínicas de pacientes mayores de edad que asistieron al Centro, durante el período de octubre del 2014 a enero del 2015. La recolección de datos se realizó de una fuente indirecta (historias clínicas). **Resultados:** El motivo de consulta más frecuente de los pacientes mayores de edad fue, la *Limpieza dental* (profilaxis) con el 52% independientemente del sexo y edad. En todos los niveles de clínica (I, II, III, IV y V) la actividad más frecuente fue el diagnóstico de *Caries* (82%). Y el tratamiento realizado con mayor frecuencia, fue *Profilaxis* (62%), seguido de Operatoria (18%). **Conclusión:** El motivo de consulta más frecuente fue, la *Limpieza dental* con el 52%. En los niveles de clínica (I, II, III y IV), se registró que tanto hombres como mujeres asistieron por *Limpieza dental*, mientras que en la clínica V, hombres y mujeres acudieron por *Prótesis*. El motivo más común en todos los grupos de edad, fue, *Limpieza dental*, a excepción del grupo de la Tercera edad, donde fue, *Prótesis* (36%).

ABSTRACT

Objective: To establish the most frequent reasons for consultation of legal age patients attending the Centro de Atención Odontológico of Universidad de las Américas, during the period October 2014 to January 2015. **Material and Methods:** This is a descriptive and quantitative study, which was conducted at the Centro de Atención Odontológico of Universidad de las Américas. The sample consisted of 814 medical records of patients of legal age who attended the Center, during the period October 2014 to January 2015. Data collection was conducted from an indirect source (medical records). **Results:** The most frequent reason for consultation of legal age patients was *Dental cleaning* (prophylaxis) with 52% regardless sex and age. In all clinical levels (I, II, III, IV and V) the most frequent activity was the diagnosis of *Caries* (82%); and the most commonly performed treatment was *Prophylaxis* (62%), followed by *Operative* (18%). **Conclusion:** The most frequent reason for consultation was *Dental cleaning* with 52%. In clinical levels (I, II, III and IV) it was found that both men and women attended for *Dental cleaning*, while the V clinic, men and women attended for *Prosthesis*. The most common reason in all age groups was, *Dental cleaning*, except for the group of Seniors, which was *Prosthesis* (36%).

ÍNDICE

1. ASPECTOS INTRODUCTORIOS.....	1
1.1 INTRODUCCIÓN.....	1
1.2 JUSTIFICACIÓN	2
2. MARCO TEÓRICO.....	4
2.1 Historia Clínica.....	4
2.1.1 Evolución y Antecedentes Históricos de la Historia Clínica:	4
2.1.2 Concepto:	4
2.1.3 Importancia y funciones de la Historia Clínica:	5
2.1.4 Objetivos:.....	6
2.1.5 Características:.....	6
2.1.6 Partes:	7
3. OBJETIVOS.....	22
3.1 Objetivo General.....	22
3.2 Objetivos específicos.....	22
3.3 Hipótesis.....	22
4. METODOLOGÍA.....	23
4.1 Tipo de estudio	23
4.2 Criterios de inclusión	23
4.3 Criterios de exclusión	23
4.4 Universo.....	23
4.5 Muestra	24
4.5.1 Cálculo de la muestra	24
4.6 Operacionalización de variables.....	26
4.7 Solicitudes pertinentes.....	27
4.8 Prueba Piloto.....	27
4.9 Instrumento.....	27

4.10 Descripción del método	27
4.11 Plan de análisis	31
5. RESULTADOS.....	32
6. DISCUSIÓN.....	57
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	62
7.1 CONCLUSIONES.....	62
7.2 RECOMENDACIONES	63
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	65
PRESUPUESTO.....	66
REFERENCIAS.....	67
ANEXOS.....	72

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.Registro de síntomas: Cronología, Localización, Características, Intensidad, Causa Aparente, Síntomas Asociados.	13
Tabla 2.Número de historias clínicas por nivel de clínica.	24
Tabla 3.Muestra por nivel de clínica, obtenida mediante la fórmula estadística.	25
Tabla 4. Operacionalización de variables de control.	26
Tabla 5. Operacionalización de variables dependientes.	26
Tabla 6. Motivos de consulta transcritos textualmente por los estudiantes.	28
Tabla 7. Motivo de consulta más frecuente (Total de clínicas).	34
Tabla 8.Motivo de consulta según la edad (Total de clínicas).	35
Tabla 9. Motivo de consulta según el sexo (Total de clínicas).	36
Tabla 10. Motivo de consulta según la edad (Clínica I).	37
Tabla 11. Motivo de consulta según el sexo (Clínica I).	38
Tabla 12. Motivo de consulta según la edad (Clínica II).	39
Tabla 13. Motivo de consulta según el sexo (Clínica II).	40
Tabla 14. Motivo de consulta según la edad (Clínica III).	41
Tabla 15. Motivo de consulta según el sexo (Clínica III).	42
Tabla 16. . Motivo de consulta según la edad (Clínica IV).	43
Tabla 17. Motivo de consulta según el sexo (Clínica IV).	44
Tabla 18. Motivo de consulta según la edad (Clínica V).	45
Tabla 19. Motivo de consulta según el sexo (Clínica V).	46
Tabla 20. Diagnóstico más frecuente (Total de clínicas).	47
Tabla 21. Tratamientos realizados más frecuentes (Total de clínicas).	48
Tabla 22. Diagnóstico según la edad (Total de clínicas).	51
Tabla 23. Diagnóstico según el sexo (Total de clínicas).	52
Tabla 24. Tratamientos realizados según la edad (Total de clínicas).	53
Tabla 25. Tratamientos realizados según el sexo (Total de clínicas).	54
Tabla 26. Cronograma de actividades.	65
Tabla 27. Presupuesto.	66

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Porcentajes de pacientes según el sexo (Total de Clínicas).	33
Figura 2. Edad promedio del total de pacientes.	33
Figura 3. Porcentajes de pacientes según la edad (Total de clínicas).	34
Figura 4. Motivo de consulta más frecuente (Total de clínicas).....	34
Figura 5. Motivo de Consulta según la edad.	35
Figura 6. Motivo de Consulta según el sexo (Total de clínicas)	36
Figura 7. Motivo de consulta según la edad (Clínica I).....	37
Figura 8. Motivo de consulta según el sexo (Clínica I).	38
Figura 9. Motivo de consulta según la edad (Clínica II).....	39
Figura 10. Motivo de consulta según el sexo (Clínica II).	40
Figura 11. Motivo de consulta según la edad (Clínica III).....	41
Figura 12. Motivo de consulta según el sexo (Clínica III).	42
Figura 13. Motivo de consulta según la edad (Clínica IV).	43
Figura 14. Motivo de consulta según el sexo (Clínica IV).....	44
Figura 15. Motivo de consulta según la edad (Clínica V).	45
Figura 16. Motivo de consulta según el sexo (Clínica V).....	46
Figura 17. Motivo de consulta más frecuente de cada nivel de clínica.....	47
Figura 18. Diagnóstico más frecuente (Total de clínicas).....	48
Figura 19. Tratamientos realizados más frecuentes (Total de clínicas).	49
Figura 20. Frecuencia de género por Motivo de Consulta.....	49
Figura 21. Edad promedio por Motivo de Consulta.	51
Figura 22. Diagnóstico según la edad (Total de clínicas).....	52
Figura 23. Diagnóstico según el sexo (Total de clínicas).	53
Figura 24. Tratamientos realizados según la edad (Total de clínicas).	54
Figura 25. Tratamientos realizados según el sexo (Total de clínicas).....	55
Figura 26. Diagnóstico más frecuente por Nivel de Clínica.	55
Figura 27. Tratamiento realizado más frecuente por Nivel de Clínica.	56

CAPÍTULO I

1. ASPECTOS INTRODUCTORIOS

1.1. INTRODUCCIÓN

En la atención médica u odontológica, para que el paciente pueda ser atendido de la mejor manera, el profesional debe recopilar cuidadosamente la información del paciente en la historia clínica, para conocer claramente su estado de salud y enfermedad y otros aspectos para así poder llegar a un diagnóstico adecuado.

La historia clínica es un documento elaborado por instituciones u organismos de la salud y que dependiendo de la disciplina o área involucrada, consta de características o elementos especiales. Es un documento indispensable para el diagnóstico, y para planificar el tratamiento que la persona requiera.

La Historia Clínica Única de Odontología del Ministerio de Salud Pública del Ecuador es el documento que se utiliza en la práctica diaria en el Centro de Atención Odontológica de la Universidad de las Américas, la cual permite obtener el registro secuencial de la atención brindada en la Facultad de Odontología, y que además sirve como documento base donde se recopilan los datos del paciente, el diagnóstico, el tratamiento y sus posibles variaciones. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008, p.7)

Una historia clínica bien escrita tendrá validez significativa, ya que ante un tribunal es una prueba que tiene mucho valor para el profesional. Por el contrario una historia clínica que presenta borrones, es anulada o se considera inválida para cualquier situación legal. (Echeverría y Pumarola, 2008, p.111)

El paciente acude a un centro de atención odontológica porque muchas veces presenta dolor, molestia, limitación de una función, siendo estos considerados como: “motivos de consulta”, de gran importancia para el profesional odontólogo. (Villafranca et al, 2006, p.282)

Estudios epidemiológicos anuncian que los trastornos dentales más frecuentes en la población son, la caries dental y la enfermedad periodontal, siendo las periodontopatías las que más prevalecen en los adultos.

La cavidad bucal es de suma importancia, ya que las enfermedades dentobucuales más conocidas como: la caries, gingivitis periodontitis, cáncer bucal, etc., repercuten en la salud de todo el organismo, originando problemas muy graves en este. Contrariamente se dice que la boca es la ventana del cuerpo, y por ende refleja signos de enfermedad o de hábitos perjudiciales como el consumo de tabaco, drogas, alcohol, entre otros. (Rahman. A, s.f)

El principal factor de mejora de la salud bucal es sin lugar a duda la prevención, sin embargo, pocas personas son las que acuden al odontólogo para recibir información acerca de cómo prevenir enfermedades bucodentales o tratamientos preventivos, como por ejemplo, la profilaxis, mejorar los hábitos de higiene, sellantes, etc.

El diagnóstico y el tratamiento son dos ejes importantes en la consulta dental y que requieren todo el conocimiento del profesional para poder llevarlos a cabo; sin embargo, al no darles la importancia que se merecen, se estaría devaluando el trabajo del profesional.

1.2 JUSTIFICACIÓN

El progreso de las prácticas pre-profesionales en los estudiantes de odontología constituye una instancia muy importante en su formación académica. En la Universidad de las Américas estas prácticas se desarrollan en el Centro de Atención Odontológico el cual está formado por cinco niveles de Clínicas, dentro de las cuales se designan diferentes tratamientos que deben ser cumplidos por los estudiantes.

Los pacientes que acuden al Centro de Atención Odontológico de la Facultad, buscan tratar sus necesidades referentes a la salud oral. Es aquí donde los

estudiantes brindan un servicio integral de calidad atendiendo a los requerimientos del paciente.

Con el desarrollo del presente estudio se pretende conocer cuál es la demanda de mayor frecuencia de las personas que asisten a la Facultad de Odontología. Esto con el objetivo de planificar posteriormente programas de actividades que cuenten con mayor preparación por parte del estudiante y del docente tutor, así como fortalecer planes de promoción y prevención de la salud oral.

Este estudio hace énfasis en la historia clínica, porque como mencionan Fombella y Cereijo (2012, p.21) “La historia clínica es el documento esencial del aprendizaje y la práctica clínica”; por ende se dará importancia al modo como los estudiantes llenan este documento y en el caso que hubiere algún desajuste, hacer hincapié para evitar problemas a futuro.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Historia Clínica

Uno de los requisitos indispensables para poder atender a una persona de manera integral en la consulta dental, es que el odontólogo conozca que el paciente es una unidad biopsicosocial. Esto quiere decir que al momento de realizar una historia clínica, el tratante debe estar al tanto del estado de salud o enfermedad del paciente. (Higashida, 2009, p.251)

2.1.1. Evolución y Antecedentes Históricos de la Historia Clínica:

Es indiscutible el saber lo que la historia clínica deja tras su creación, pues a partir de esto, nace el conocimiento y la experiencia médica. La evolución de este documento va alrededor de veinticinco siglos, pasando inicialmente por el papiro hasta presentarse en la actualidad como un formato electrónico, que como un sistema integral consta de exámenes complementarios.

Su elaboración data en la Edad Media. En el siglo XIX, a través de la mentalidad fisiopatológica se empezó a realizar pruebas funcionales y medir signos y síntomas; es por esto que la historia clínica ha alcanzado precisión y coherencia en su descripción y elaboración. Durante el siglo XX, la historia clínica se transforma en un documento multidisciplinario. Por otro lado, se convierte en un documento legal y de cumplimiento obligatorio por la influencia americana en cuanto a sanidad y aspectos jurídicos se refiere. Finalmente se menciona que en el siglo XXI, la historia clínica se innovó por la creación de un formato electrónico. (Fombella y Cereijo, 2012, pp.21-26)

2.1.2. Concepto:

La historia clínica es un documento reservado y de carácter obligatorio, de alta importancia judicial y una herramienta clave en cualquier institución de salud,

ya que mantiene un registro organizado de la atención que se le brinda a una persona por enfermedad, de su alteración y de la evolución de los tratamientos recibidos. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008, p.7)

La Organización Mundial de la Salud (citada por Villafranca et al, 2006, p. 284) define como historia clínica al “conjunto de datos acerca de la asistencia de un paciente en un centro sanitario sobre su enfermedad”, lo que quiere decir que en este documento se debe plasmar toda la información requerida del paciente para tratarlo de una manera fiable.

Es considerada como un documento escrito, cuyo contenido revela los datos acerca de la enfermedad de un individuo, es un relato que expone situaciones pasadas y presentes del paciente. A partir de esta información, se puede dar un diagnóstico, planificar un tratamiento y suponer el pronóstico de dicha enfermedad. Es por tanto, un documento que sirve de complemento para dar un diagnóstico eficaz. (Higashida, 2009, p.251)

2.1.3. Importancia y funciones de la Historia Clínica:

Las personas que pertenecen a servicios de salud son susceptibles a problemas legales y muchas veces son demandadas por mala praxis profesional, o por no tener el respaldo necesario en el que se registre de manera ordenada todo lo que concierne a la salud oral del paciente y a las actividades realizadas en este. Es por esto, que la historia clínica se considera un instrumento básico de elaboración obligatoria en la práctica diaria, y un instrumento útil para el profesional de la salud en el aspecto legal, ya que protege y cuida las acciones de estos al tratar a un paciente. (Duque y Rubio, 2006, p.25)

Según Echeverría es un documento ventajoso por las diferentes funciones que ejerce, como son: asistencial, legal, administrativo, estadístico, epidemiológico, docente y de investigación. (Echeverría y Pumarola, 2008, p.742)

Asistencial, porque los antecedentes clínicos presentes en la historia clínica del paciente sirven para futuras atenciones; es *legal*, porque como se ha descrito anteriormente es un documento que sirve de soporte y de certificación ante cualquier reclamo; es *administrativo*, porque organiza y gestiona servicios clínicos de entidades sanitarias; es *estadístico*, porque permite registrar actividades tales como la cantidad de pacientes que fueron atendidos en un determinado tiempo en un centro de salud; es *epidemiológico*, porque sirve para estudios que abarquen a una población extensa en la que se requiera conocer la incidencia, frecuencia o prevalencia de ciertas enfermedades, factores de riesgo, diagnóstico, etc. Es *docente y de investigación*, porque al recolectar información, esta puede ser usada para fines de enseñanza clínica. (Villafranca et al, 2006, p.333)

Existen muchos errores que se presentan en las historias clínicas, como por ejemplo: no poner la fecha de inicio del tratamiento, la falta de precisión al describir un síntoma, falta de información de la historia familiar y personal, de la historia de la enfermedad actual, deficiencia en el relato de la enfermedad. Estos errores son necesarios corregirlos para que de esta manera la historia clínica sea válida. (Goic, Chamarro y Reyes, 2010, p.356).

2.1.4. Objetivos:

Los objetivos de toda historia clínica son: conocer al paciente y sus enfermedades, programar los tratamientos necesarios y comunicar a otros médicos el estado de salud de la persona. (Villafranca et al, 2006, p.333)

2.1.5. Características:

La historia clínica es de *carácter único*, porque es un documento perteneciente a una sola persona. Es *integral*, debido a que cuenta con la información necesaria sobre la salud o enfermedad general del paciente. Es *real*, ya que posee un registro veraz de los hechos realizados por los tratantes responsables. Presenta *disponibilidad*, pues el profesional la puede utilizar en el momento en que lo requiera.

A modo general debe presentar calidad en el registro, es decir debe ser completa legible, clara, exacta, concisa, rápida y de fácil localización, debe incluir fecha, hora en la que el paciente es atendido, nombre y firma del responsable. Estas no son solo características, la OMS también las considera requisitos necesarios que toda historia clínica debe tener. (Villafranca et al, 2006, p. 286)

Otras características que debe tener la historia clínica son: abarcar datos confiables y útiles para el examinador, omitir información inútil, ser resumida, y objetiva, es decir, establecer los actos como son, sin dar lugar a malas interpretaciones. (Goic et al., 2010, p.352)

2.1.6. Partes:

Los métodos clínicos iniciales para recopilar los datos del paciente, son sin duda la interrogación y un minucioso examen físico.

Dicho de otra manera, las partes fundamentales para elaborar la historia clínica son:

A. INTERROGACIÓN O ANAMNESIS:

Es el primer acto médico en el que no se escatima el tiempo, y es de suma importancia porque a partir de los antecedentes personales y familiares, signos y síntomas se podrá obtener un diagnóstico veraz. Este paso exige mayor preparación por parte del profesional odontólogo. (Surós y Surós, 2001, p.2)

Se lo realiza de forma coloquial, utilizando un lenguaje que sea compatible al del entrevistado, a su inteligencia y sabiduría; indagando al paciente con preguntas como: “¿Por qué vino hoy?”, “¿Qué le ocurre?”, “Cuénteme, ¿Qué inconveniente piensa que tiene?”, de tal manera, la persona al expresar lo que siente, debe hacerlo sin interrupción alguna. (Gleade, 2009, p.10)

En aquellas personas que son “cortas” en describir sus dolencias o malestares, se recomienda la participación del profesional con pequeñas interrupciones como: “prosiga” o “cuénteme más” para de esta manera obtener mayor información. (Gleade, 2009, p.10)

Gleade (2009, p.10) analiza el concepto de anamnesis y menciona a Korner quien dice “Una buena anamnesis representa la mitad del diagnóstico”; de la misma forma analiza el concepto de diagnóstico y cita a Sterch “Para el diagnóstico, una hora de cuidado interrogatorio vale más que 10 horas de exploración”.

Del mismo modo Von Bergmann (citado por Surós y Surós, 2001, p.2) expresa que para llegar a ser un excelente médico, aquel debe realizar con toda la actitud posible una buena anamnesis, efectuando las preguntas adecuadas que lo encaminen a un diagnóstico certero.

La calidad de la anamnesis se deteriora por la falla que existe por parte del profesional y del paciente, ya que ambas partes son indispensables para la obtención de este dato, no debe presentarse apresuramiento, desinterés ni tergiversación de los hechos. (Goic, Chamarro y Reyes, 2010, p.356).

La anamnesis es el proceso en el cual, no solamente se recopila información y datos científicos mediante un diálogo odontólogo-paciente, sino también es el proceso donde se debe interpretar, analizar y distinguir esta información. Con ello se puede determinar un diagnóstico preciso. (Cohen y Hargreaves, 2011, p.2)

La anamnesis comprende:

A.1 Encabezamiento o identificación:

En este se registran el número de historia, datos personales, como son: nombres y apellidos; número de cédula -para comprobar los datos

proporcionados y para posibles situaciones legales en caso que existan-; dirección de residencia, número de teléfono -en casos de fuerza mayor, localizar inmediatamente a los parientes del paciente-; lugar de nacimiento, nacionalidad, grupo cultural, fecha de nacimiento, edad, sexo -datos indispensables para decretar posibles enfermedades que son propias de determinados grupos etarios, de sexo, o de ciertas regiones-; estado civil -importante saber, por la razón que personas solteras pueden padecer enfermedades de transmisión sexual, así como personas casadas corren el riesgo de ser agredidas física y psicológicamente-; instrucción -para valorar el nivel sociocultural de la persona-; ocupación -para determinar ciertos factores de riesgo, accidentes de trabajo, presencia de hábitos-. (Duque y Rubio, 2006, pp.4-14)

A.2 Motivo de consulta:

Dentro de la actividad odontológica es muy importante tener en cuenta el por qué concurren los pacientes a la consulta dental, conociendo que todos estos asisten por alguna necesidad presente. A esto se le denomina motivo de consulta, en el cual, el profesional encargado deberá conocer todo lo relacionado al sistema estomatognático para atender el requerimiento del paciente.

Este paso dentro de la historia clínica es el componente esencial de la anamnesis, ya que de esta brota la causa o razón por la cual una persona acude a un centro de salud ya sea privada o pública. (Duque y Rubio, 2006, p.6)

Como se ha descrito anteriormente, las preguntas formuladas por el odontólogo deben ser lo más precisas y claras posibles, de manera que el paciente defina en sus palabras la molestia principal; la respuesta debe ser redactada tal y como la persona lo narra y deberá presentarse siempre entre comillas. (Duque y Rubio, 2006, p.6)

Cohen (2011) describe “El principal motivo de consulta debe documentarse convenientemente con las *palabras propias del paciente* para que sirva de referencia en el futuro y tratar de verificar el diagnóstico correcto”, por lo que es recomendable que el profesional sea capaz de interpretar cada palabra que el paciente mencione. (Cohen y Hargreaves, 2011, p.5)

Según Cohen, frecuentemente se considera más importante los motivos narrados por los pacientes, que las pruebas diagnósticas realizadas durante la primera consulta odontológica, porque se estima que es una señal indispensable para que el clínico dé un diagnóstico acertado de la patología bucal. (Cohen y Hargreaves, 2011, pp.3-5)

Se asegura que el motivo de consulta, posee la gran ventaja de conocer y observar las expectativas y la prioridad del paciente frente a su enfermedad y su tratamiento. Esto quiere decir que por ejemplo, no es lo mismo que un paciente acuda a la consulta porque tiene sensibilidad dental, que un paciente que acude a la consulta porque desea tener una sonrisa perfecta. (Duque y Rubio, 2006, p.6)

Este paso es de vital importancia para el clínico, por esta razón, se debe tomar en cuenta la asistencia de pacientes quienes acuden a la cita odontológica por primera vez y sin conocimiento del estado de su salud bucal; por otro lado, hay pacientes que llegan a la consulta para confirmar diagnósticos descritos por otros profesionales, refiriendo lo que dicho profesional le advirtió, sea este o no un problema dental. Es por esto, que el odontólogo tratante deberá averiguar por antecedentes dentales y médicos para corroborar o no el criterio de su colega. (Cohen y Hargreaves, 2011, p.5)

Existen casos en que el paciente refiere como motivo de consulta “ir por recomendación” de algún conocido llámese éste familiar, amigo, especialista, etc., pero Duque y Rubio señalan “Nunca el venir referido de tal o cual institución constituye motivo de consulta”. Por lo que en la historia clínica no debe ser manejado como tal. (Duque y Rubio, 2006, p.6)

Elaborar la historia clínica es un acto médico legal, que establece una relación amistosa y agradable tanto para el odontólogo como para el paciente, ya que cuando este asiste a la consulta, no es precisamente por presentar síntomas de enfermedad oral o padecer alguna molestia, sino que en muchas ocasiones lo hace por buscar comprensión, atención integral, esperanza y necesidad de ser escuchado por alguien que despeje sus dudas respecto a su estadio de salud. (Duque y Rubio, 2006, p.26)

Según Alarcón, en uno de los varios estudios que se han realizado en la Universidad Peruana Cayetano Heredia, se determinó que el motivo de consulta más frecuente correspondió al 49,9% para evaluación y el menos frecuente para motivos preventivos con el 1%, lo que claramente indica la baja preocupación que tienen los pacientes para prevenir enfermedades dentobucales; es por esto, que en la práctica odontológica es importante orientar al paciente a tomar medidas preventivas. (Alarcón, 2005, p.6)

Si un paciente acude a la consulta "a tiempo" evitará en el futuro posibles dolores, pérdida de dientes y tratamientos, que además de dolorosos son costosos; puesto que a través de la prevención se puede evitar la aparición de caries dental, enfermedades que afecten a las encías y muchas otras que pongan en riesgo la salud de todo el organismo. Además, es obligación del tratante educar a los pacientes, brindar opiniones y guiarlos profesionalmente. (Aquino, Lovera, Rojas y Segovia, 2013, pp.8-9)

Por lo contrario, Echeverría en España, indica que la razón por la que los pacientes acuden al odontólogo en los últimos años son: la revisión y por acciones preventivas como la aplicación de flúor y sellantes, mientras que por los años ochenta, la razón que prevaleció tanto en niños como en adultos fue por exodoncia. Lo que demuestra que a medida que pasan los años, los pacientes son más conscientes de su salud. (Echeverría y Pumarola, 2008, p.156)

Así por ejemplo en la Clínica de Especialidades Odontológicas ULACIT en Panamá, los pacientes que asistieron entre enero 2005 a enero 2006, el 57% refirieron que acuden al dentista “por revisión”, el 31% “por estética”, lo cual claramente demuestra que los pacientes toman cada vez más en serio su salud oral, mientras que solo el 10% acude a la consulta “por dolor”. (Araya y Hernández, 2006, p.60)

Cabe recalcar, que la mejor odontología brindada al paciente, es la odontología preventiva, por eso es necesario reiterar que el odontólogo en su práctica diaria debe considerar aplicar una rutina de enseñanza y orientación al paciente en el ámbito preventivo, para que de esta manera ponga en práctica nuevos hábitos de higiene, que mejoren y transformen notablemente su salud bucal.

El grado de educación de los pacientes es un factor que inciden en la frecuencia de asistencia a la consulta dental, así lo demuestra Navarro en su estudio, mencionando que la baja frecuencia de visita al odontólogo de los españoles está íntimamente relacionada con los niveles de estudio (Navarro, Márquez, Márquez y Pedregal, 2004, p.23)

Por otro lado, el nivel socioeconómico de los pacientes también es un factor que repercute en el motivo de consulta, ya que personas con un nivel cultural y económico más alto son los que más actitud preventiva poseen, por ello Galluci indica que los tratamientos de carácter preventivo como, limpieza, sellantes, fluorizaciones y revisiones periódicas son los que con mayor frecuencia se realizan en las clases altas. (Galluci y Tejerina, 2003, p.6)

Para una descripción más detallada, dicho estudio demuestra que las mujeres de clase alta de 36 a 45 años de edad tienen una actitud preventiva más alta, por otro lado, los individuos que menos acuden a la consulta por prevención son hombres de clase social baja entre 56 a 70 años. En conclusión, solamente el 12% de las personas muestra una actitud preventiva. Mientras que en la clase media y baja, en España el 42% de la población demanda atención por tratamientos protésicos y el 46% por extracciones. (Galluci y Tejerina, 2003, p.6).

En Jagüey Grande, provincia de Matanzas en Cuba, se realizó un estudio en el Policlínico Universitario 7 de Diciembre, en un lapso comprendido entre septiembre y noviembre del 2007, se confirmó que la primera demanda de atención bucal de mujeres de 20-34 años de edad, de nivel social medio superior fue la caries dental. (Cigales, Chaviano, Sánchez, Robaina, y García. 2011, p.416)

Por otro lado, es indispensable informar que hay varios tipos de pacientes que llegan al consultorio dental, uno de los tantos existentes, es el paciente que con frecuencia se cohibe y que por miedo o ansiedad al odontólogo puede de una u otra forma esconder información válida para el médico tratante; por esta razón, es importante poder aliviar o llevar una comunicación agradable con el paciente desde el momento en que acude a la cita dental. (Ríos et al, 2014, p.42)

A.3 Historia de la enfermedad actual

Se hace referencia a cualquier enfermedad o problema que la persona pueda manifestar, este ítem muchas veces va de la mano con el motivo de consulta, es por eso que el profesional de manera perspicaz debe indagar al paciente a través de varias preguntas, para conocer la evolución y el grado de salud; así lo indica el Manual del Uso del Formulario 033 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Tabla 1.Registro de síntomas: Cronología, Localización, Características, Intensidad, Causa Aparente, Síntomas Asociados.

¿Desde cuándo o cuántos días atrás se presenta dolor?	Cronología
¿En qué lugar se presenta el dolor?	Localización
¿Qué tipo de dolor siente? Pulsátil, continuo, intermitente, punzante, urente (ardor), transflíctivo (atraviesa)?	Características
¿La intensidad del dolor es fuerte, mediano, débil o no presenta dolor?	Intensidad

¿El dolor es provocado a los estímulos por frío, calor, dulce u otros?	Causa aparente
¿El dolor se irradia al oído, cara, articulación temporomandibular, cabeza?	Síntomas asociados

Tomado de Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008, p.8

A.4 Antecedentes personales y familiares

Los antecedentes personales son las enfermedades o patologías, tratamientos farmacológicos y alergias que sufre o ha sufrido el paciente.

Los antecedentes familiares son enfermedades que padecen los familiares cercanos, para descubrir enfermedades hereditarias o enfermedades infectocontagiosas. (Villafranca et al, 2006, p. 287)

Enfermedades graves como el VIH, hepatitis, tuberculosis y otros antecedentes médicos pueden interferir con los tratamientos dentobucales obligando al odontólogo tratante a buscar nuevas medidas u opciones de tratamiento para estas enfermedades. (Villafranca et al, 2006, p. 287)

En la historia clínica odontológica es muy importante detallar los antecedentes médicos familiares de caries, enfermedad periodontal, trastornos orales adquiridos y hereditarios; hábitos de higiene, dieta, historia del dolor, traumatismos dentomaxilares, etc. (Echeverría y Pumarola, 2008, p.1531)

B. EXAMEN CLÍNICO

Es la exploración física ordenada que se le realiza a un paciente para detectar cualquier diferencia o rasgo fuera de lo normal. El examen clínico se lo realiza en dos regiones, intraoral y extraoral, en las que se realiza una inspección visual y palpación de estructuras afectadas y sanas del paciente. (Villafranca et al, 2006, p.288)

La Historia Clínica Única de Odontología del Ministerio de Salud Pública del Ecuador consta del ítem *Examen del sistema estomatognático*, en el que el odontólogo mediante la exploración clínica intraoral y extraoral debe considerar las doce estructuras anatómicas, escritas en la historia clínica, estas son: labios, mejillas, carrillos, maxilar superior, maxilar inferior, lengua, paladar, piso, glándulas salivales, orofaringe, ATM y ganglios. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008, p.9)

Para realizar la exploración clínica existen métodos clínicos y complementarios de diagnóstico, que utiliza el médico tratante; entre las técnicas clínicas que más se usan en la práctica diaria son: inspección, auscultación, palpación y percusión. (Giglio y Nicolosi, 2000, p.3)

Mientras que los métodos complementarios de diagnóstico abarcan exámenes de laboratorio, radiografías, tomografías, ecografías, biopsias, etc., las cuales son útiles para tener información adicional acerca del enfermo. (Giglio y Nicolosi, 2000, p.3)

Los datos recopilados en base al examen físico que realiza el operador son importantes, ya que a partir de estos se logra obtener el diagnóstico y el tratamiento correcto, además se considera que el registro de esta información debe realizarse en la primera cita y en encuentros posteriores estas se deben actualizar. (Villafranca et al, 2006, p.288)

B.1 Examen clínico intraoral

Odontograma:

Mediante el examen clínico intraoral, se logra obtener información del estado de cada diente, la información que el profesional obtenga se proyecta en el odontograma, que es una representación gráfica de las piezas dentales de las arcadas dentarias, con las cuatro caras de los dientes permanentes y temporales. En este se registran coloreando los tratamientos realizados (con

color azul), tratamientos necesarios (con color rojo), la patología (con color rojo) y marcando la movilidad y recesión de cada pieza, empleando la simbología autorizada en la Historia Clínica Única de Odontología del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008, p.9)

Indicadores de salud bucal:

Son aquellos en los que el odontólogo registra el grado de placa, cálculo, gingivitis, enfermedad periodontal, maloclusión y fluorosis, presente en cada pieza dental que haya sido examinada. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008, p.11)

CPOD:

También conocido como ICAO, fue establecido en el año de 1930 por Klein y Palmer. Es la medición más utilizada que permite conocer el grado de incidencia de caries en un número grande de población adulta, y su único fin es valorar la caries; se supone que el valor del CPO disminuye conforme la edad aumenta. Se indica a continuación el significado de las iniciales; C: dientes cariados no tratados; P: dientes perdidos; O: dientes obturados. (Higashida, 2009, p. 227)

CEOD:

Este índice se utiliza para conocer el estado dental en niños, y se aplica en dentición temporal o mixta registrándose con números los datos obtenidos del odontograma. Significa: C: dientes deciduos cariados no tratados; E: dientes deciduos indicados para extraer; O: dientes deciduos obturados.

Según la OMS, este índice es útil para cotejar el estadio de salud dental entre diferentes localidades. (Higashida, 2009, p. 227)

B.2 Examen clínico extraoral

Es un examen muy importante en la consulta dental, puesto que mediante la inspección general se conoce la situación del paciente. Un componente indispensable al momento de hacer la exploración clínica extraoral y de gran importancia diagnóstica son las facies del paciente, ya que es un determinante para conocer el estado de salud; por ejemplo, un respirador bucal se lo reconoce al observar la boca entreabierta, mucosa seca y mandíbula retrógnata.

C. DIAGNÓSTICO

Según Barrancos (2006), diagnóstico es la “determinación de la índole de un estado patológico; identificación de una enfermedad”. Etimológicamente hablando, viene del prefijo *diag*: “a través de”, *gnosis*: “conocimiento” y el sufijo *tico*: “relativo/a”. En el campo de la medicina se hace referencia a encontrar datos (signos y síntomas), que puedan ser interpretados para determinar la condición de salud del paciente. (Barrancos, 2006, p.92)

El diagnóstico clínico parte de la exploración del paciente, además de una correcta anamnesis y de exámenes complementarios.

El diagnóstico en la consulta es muy importante, ya que al identificar la enfermedad, el paciente disminuye la ansiedad y tiene la seguridad que el profesional tratante tiene el conocimiento sobre la situación. Es por eso que Barrancos en su libro señala que a nivel sentimental, el diagnóstico resulta ser tranquilizador para el paciente porque da sentido y/o sosiego a un estado de inquietud. (Barrancos, 2006, p.92)

Contribuye la guía principal para establecer el tratamiento adecuado, ya que la función del diagnóstico no es solo la identificación de una dolencia o malestar del paciente, sino buscar la clasificación, causas, consecuencias de la enfermedad, con el fin de conocer el pronóstico y el tratamiento requerido. (Barrancos, 2006, p.92)

Una de las partes más importantes para elaborar un diagnóstico, es la semiotecnia o propedéutica clínica, que es la agrupación de procedimientos que utiliza el clínico para tener signos y síntomas. (Villafranca et al, 2006, p.286)

Según Cohen, el principal objetivo del diagnóstico es saber cuál es el problema del paciente y la causa que lo genera. Además en su libro señala cinco etapas elementales para determinar un diagnóstico.

1. El paciente indica la razón para acudir a la consulta dental
2. El odontólogo indaga sobre los antecedentes y síntomas que lo llevaron a la consulta
3. El profesional hace pruebas clínicas que ayuden a diagnosticar
4. El odontólogo deber plantear un diagnóstico diferencial mediante la correlación de los datos obtenidos.
5. El odontólogo formula un diagnóstico definitivo

El clínico debe compatibilizar con el paciente, de manera que cuando formula preguntas necesarias pueda obtener respuestas precisas, obteniendo el diagnóstico exacto y un plan de tratamiento adecuado para ese problema. (Cohen y Hargreaves, 2011, p.2)

A continuación se describen los diagnósticos de mayor prevalencia en la consulta dental.

A través de un informe mundial acerca de salud bucodental, la OMS (2004) declara que alrededor de cinco mil millones de personas a nivel mundial, entre el 60% y 90% de escolares y la mayoría de adultos, padecen de caries dental. (Organización Mundial de la Salud, 2004)

La gingivitis aumenta conforme la edad y depende del número de piezas expuestas. Kinane y colaboradores en el 2001 probaron que alrededor del 82% de jóvenes a nivel mundial presentan gingivitis. Se estima que el 97% de las

personas de 20 años, es decir, aquellos que cursan la adolescencia son los que mayor predisposición tienen para desarrollar gingivitis, al parecer es por el aumento de la cantidad de las hormonas sexuales que se presentan en esta etapa. (Bordoni, Escobar y Castillo, 2010, p.432)

En cuanto al género, los hombres presentan mayor gingivitis que las mujeres, lo cual puede deberse a un mal manejo de placa bacteriana. (Newman et al., 2010, p.119)

Las enfermedades orales más frecuentes de las personas que acudieron a la Clínica de Especialidades Odontológicas ULACIT en Panamá, fueron las enfermedades periodontales con un 95.8% (Araya y Hernández, 2006, p.61), ya que según Carranza, la periodontitis crónica es la más frecuente y de mayor prevalencia en adultos, afecta por igual a hombres y mujeres. (Newman et al., 2010, p.497 p.873)

Mientras que en cierto grado y en otra población, la periodontitis agresiva anteriormente conocida como “periodontitis de aparición temprana” o “periodontitis juvenil”, aparece con mayor frecuencia en la adolescencia e inicios de la adultez, pocos estudios dan evidencia que hay mayor prevalencia en mujeres que en hombres y más en afrodescendientes que en caucásicos. (Newman et al., 2010, p.127)

En un estudio descriptivo, en el Instituto Cubano de Oftalmología Ramón Pando Ferrer se encontró que la mayor frecuencia de enfermedades pulpares fue de 19,6%, de los cuales las personas de entre 35-59 años fueron las más afectadas (52,8%) y el sexo femenino con 79,2% (Fernández, Valcárcel y Betancourt, 2009, p.1), mientras que en la Clínica de Especialidades Odontológicas ULACIT 41% fueron enfermedades pulpares. (Araya y Hernández, 2006, p.61)

D. TRATAMIENTO

Después de detectar y diagnosticar las lesiones bucales que presenta el paciente, inmediatamente el profesional debe proponer diversos tratamientos; tales como: tratamientos preventivos, que comprenden tratamientos no invasivos, cuyo objetivo es detener los factores etiológicos de la enfermedad o disminuir su progresión, ejemplo: sellantes y profilaxis, y los tratamientos restaurativos, son aquellos invasivos como: restauraciones, endodoncias, exodoncia, que eliminan el tejido dañado y mediante el material restaurador se logra devolver la forma y función de la pieza dental. (Cuenca y Baca, 2013, p.38)

Se debe dar por entendido que el trabajo de un odontólogo no es solamente tratar un determinado problema, sino también a una persona con problemas emocionales elevados, que durante la consulta sus manifestaciones pueden cambiar y por ende el plan terapéutico también.

Para que el plan terapéutico o el tipo de tratamiento sean beneficiosos para la salud del paciente, depende del nivel de educación odontológica que tenga este, ya que muchos tratamientos requieren la colaboración de la persona; también depende de las alteraciones sistémicas presentes en los pacientes, ya que si se lleva a cabo un tratamiento sin el conocimiento de estas alteraciones la vida del paciente corre peligro. (Echeverría y Pumarola, 2008, p.3)

D.1 Plan De Tratamiento

Es la descripción del tratamiento que se procede a realizar, así también como sus planes alternativos con orden de prioridad y sus posibles riesgos y beneficios. (Echeverría y Pumarola, 2008, p.108)

Asumir que el odontólogo tenga toda la responsabilidad del tratamiento sería un error, ya que, el tratamiento tendrá éxito si el paciente está dispuesto a colaborar para conservar o cambiar su salud. (Barrancos, 2006, p.96)

Para elaborar el plan de tratamiento se toman en cuenta varias consideraciones, como: las posibilidades, requerimientos del paciente y la tolerancia del paciente, es decir si este puede permanecer sentado en un sillón dental por mucho tiempo. (Barrancos, 2006, p.96)

CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

- Establecer el motivo de consulta más frecuente de los pacientes mayores de edad, que asisten al Centro de Atención Odontológico de la Universidad de las Américas, durante el período octubre del 2014 a enero del 2015.

3.2. Objetivos específicos

- Identificar el motivo de consulta odontológica más frecuente según edad y sexo de todos los pacientes que acudieron al Centro de Atención Odontológico.
- Conocer el motivo de consulta odontológica más frecuente según edad y sexo de los pacientes, por cada nivel de clínica.
- Establecer los motivos de consulta más frecuentes de cada nivel de clínica.
- Determinar el diagnóstico y el tratamiento realizado más frecuente de los pacientes atendidos en el Centro de Atención Odontológico de la Universidad de las Américas, durante el período octubre del 2014 a enero del 2015.

3.3 Hipótesis

El motivo de consulta más frecuente en los pacientes adultos mayores de edad que acuden al Centro de Atención Odontológico de la Universidad de las Américas, es por “Limpieza” independientemente del sexo y edad.

CAPÍTULO IV

4. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de estudio

Este trabajo es una investigación de tipo:

- Descriptivo, ya que describe información de las historias clínicas.
- Transversal, ya que recoge información en un período determinado.
- Cuantitativo, ya que reúne información que puede ser medida a través de indicadores.

4.2. Criterios de inclusión

- Historias clínicas correspondientes a pacientes mayores de edad (mayores de 17 años), hombres y mujeres.
- Historias clínicas abiertas durante el período octubre 2014 a enero 2015.
- Historias clínicas que tengan los ítems: *motivo de consulta, diagnóstico y tratamiento*, completos.

4.3. Criterios de exclusión

- Historias clínicas correspondientes a pacientes menores de edad (menores a 18 años).
- Historias clínicas que han sido abiertas en períodos pasados al mencionado anteriormente.
- Historias clínicas que tengan los ítems: *motivo de consulta, diagnóstico y tratamiento*, incompletos.

4.4. Universo

La población total fue constituida por 2.380 historias clínicas correspondientes a pacientes mayores de edad que fueron atendidos por los alumnos de los cinco niveles de clínica, durante el período octubre del 2014 a enero del 2015.

4.5 Muestra

La muestra total de los cinco niveles de clínica fue 814 historias clínicas, obtenida mediante cálculos estadísticos.

4.5.1 Cálculo de la muestra

Tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron las historias clínicas, y por cada nivel de clínica, se hizo el conteo de estas, obteniendo un resultado total de 2.380 historias clínicas.

Tabla 2. Número de historias clínicas por nivel de clínica.

Nivel de Clínica	Número de historias clínicas
I	667
II	858
III	246
IV	337
V	272
TOTAL	2.380

Se utilizó como tamaño de la población, el número de historias clínicas de cada nivel de clínica, para así obtener la muestra por Nivel de Clínica. (Anexo 1)

La fórmula que se aplicó para obtener la muestra por cada Nivel de Clínica, fue:

(Ecuación 1)

$$n = \frac{N Z^2 * pq}{d^2 (N - 1) + Z^2 pq}$$

Esta fórmula se usa para una población finita, es decir, aquella que se sabe el total de individuos de observación que la integran.

De donde:

n = tamaño muestral

N = tamaño poblacional

Z = valor de Z crítico, también llamado nivel de confianza. Se empleó un nivel de confianza de 95%.

p = tamaño aproximado del fenómeno en estudio en la población de referencia.

q = tamaño de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1 -p).

d = nivel de absoluta precisión.

(Aguilar, 2005, p.5)

A continuación, se indica el nivel de clínica, el número de historias clínicas que se contabilizaron y la muestra por nivel de clínica que se obtuvo mediante la fórmula estadística antes mencionada.

Tabla 3. Muestra por nivel de clínica, obtenida mediante la fórmula estadística.

Nivel de Clínica	Número de historias clínicas	Muestra por nivel de clínica
I	667	193
II	858	206
III	246	129
IV	337	150
V	272	136
TOTAL	2.380	814

4.6 Operacionalización de variables

Tabla 4. Operacionalización de variables de control.

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido de la persona, desde el nacimiento hasta su muerte. (Real Academia Española, 2015)	Años cumplidos (Adolescencia tardía Adulto joven Adulto maduro Tercera edad)	Porcentaje De 18 a 20 años De 21 a 40 años De 41 a 59 años Mayor o igual a 60 años
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina. (Real Academia Española, 2015)	Presencia de características de cada sexo. (Hombre Mujer)	Porcentaje M: masculino F: femenino

Nota: Los grupos de edad se realizaron en base a la literatura encontrada. Tomado de Rivero et al, 2007., Torres, 2003, p.4

Tabla 5. Operacionalización de variables dependientes.

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA
Motivo de Consulta	Razón por la que el paciente acude a un centro médico. (Cedano, Cruz, Batista, Méndez y Gutierrez, 2011, p.2)	Revisión Limpieza dental Dolor Sacar la muela Prótesis Otros (estética, movilidad)	Presencia o ausencia de cada "motivo de consulta" escrito por el estudiante	S: Si N: No
Diagnóstico	Establecer el estado de una enfermedad mediante la inspección clínica de signos y síntomas. (Barrancos, 2006, p.92)	Caries Gingivitis Enfermedad pulpar Enfermedad periodontal Focos Sépticos / Terceros molares Desdentado Otros (abrasión, erosión)	Presencia o ausencia de cada "diagnóstico" escrito por el estudiante	S: Si N: No
Tratamientos realizados	Proceso realizado por el estudiante (con la tutoría del profesor) cuya finalidad es aliviar o curar enfermedades o síntomas.	Operatoria Profilaxis Raspado y alisado radicular Tratamiento endodóntico Exodoncias Tratamiento protésico Otros (incrustación, alargamiento de corona)	Presencia o ausencia de cada "tratamientos realizados" escrito por el estudiante	S: Si N: No

4.7 Solicitudes pertinentes

Para llevar a cabo esta investigación, se realizó una solicitud dirigida al Doctor Eduardo Flores, Decano de la Facultad de Odontología (Anexo 2) y a la Doctora María Lupe Poussin, Coordinadora del Centro de Atención Odontológico (Anexo 3), las cuales fueron autorizadas.

4.8 Prueba Piloto

Antes de la comenzar con la recolección de datos oficial, se realizó una prueba piloto con 50 historias clínicas, para estudiar el comportamiento de las variables presentadas en la tabla de recolección de datos inicial, y así en lo posterior una vez validado este instrumento se realizó la categorización oficial para la tabla de recolección de datos final.

4.9 Instrumento

El modelo de instrumento utilizado para la recopilación de datos fue una tabla constituida por diversas variables y códigos, realizada en una “hoja de cálculo” de *Microsoft Excel*. (Anexo 4)

Sin embargo es importante mencionar que la recolección de datos se la realizó de una fuente indirecta que es la historia clínica del Centro de Atención Odontológico de la UDLA. (Anexo 5)

4.10 Descripción del método

Los datos de las 814 historias clínicas correspondientes a pacientes mayores de edad fueron obtenidos mediante una revisión detallada, y posteriormente se digitaron los datos al instrumento de este estudio.

Posteriormente se explica el proceso para la recolección de datos de las tres variables de este estudio:

Para digitar la información en la tabla de recolección de datos se tomaron en cuenta diferentes consideraciones para cada variable.

A. Para: MOTIVO DE CONSULTA

- Se consideró un solo motivo en aquellas redacciones que indicaron dos o más motivos de consulta.
- Se digitó un indicador (S: Si / N: No), que señala la presencia o ausencia de un motivo de consulta.
- Si el indicador fue: S en la categoría “otros”, en la casilla de “observaciones” se digitó el motivo presente en la historia clínica.

Tabla 6. Motivos de consulta transcritos textualmente por los estudiantes.

<p>1. REVISIÓN</p> <p>“Chequeo dental” “Revisión general” “Revisión dental” “Chequeo de rutina” “Quiero ver mi muelita que está rota” “Para que me revise” “Quiero un chequeo de mis dientes” “Revisar los dientes de abajo y unas calzas” “Quiero hacerme un chequeo” “Quiero revisarme los dientes” “Quiero que me vean los dientes” “Quiero que me vea los dientes de adelante” “Quiero hacerme ver el diente y cuantas caries tengo”</p>
<p>2. LIMPIEZA</p> <p>“Para una limpieza” “Limpieza en los dientecitos” “Realizarme una limpieza de dientes” “Limpieza dental y dolor al masticar” “Profilaxis” “Quiero limpiarme los dientes” “Necesito que me hagan una limpieza, caries, blanqueamiento” “Necesito hacerme una limpieza” “Quiero una limpieza general”</p>
<p>3. DOLOR</p> <p>“Dolor de muela” “Dolor de las muelas del juicio”</p>

"Me duele la muela"
 "Molestias"
 "Me duele la encía, está hinchada"
 "Me duele mucho una muela"
 "Dolor y se me rompió el diente"
 "Dolor del cachete derecho"
 "Sentí un malestar en la mejilla izquierda"
 "Me duele el puente superior"
 "Me duele la muela y la cara"
 "Me duelen las raíces que tengo"

4. SACAR LA MUELA

"Extracción dental"
 "Me quiero sacar los dientes"
 "Sacarme terceros molares"
 "Exodoncia de la muela del juicio"
 "Sacarme las muelas del juicio"
 "Vine para hacerme sacar los terceros molares"
 "Quisiera que me saque la muelita que me duele"
 "Por la cirugía de terceros molares"
 "Me quiero sacar terceros molares"

5. PRÓTESIS

"Cambiar placa"
 "Quiero hacerme una prótesis"
 "Quiero ponerme los dientes"
 "Ponerme dientes"
 "Quiero dientes"
 "Quiero dientes nuevos"
 "Quiero ponerme las prótesis"
 "Quiero tener mis dientes superiores"
 "Quiero que me haga una prótesis"
 "Quiero cambiar de prótesis"
 "Quiero cambiarme la dentadura"
 "Quiero cambiarme de prótesis fija"
 "Vine a hacerme una prótesis"
 "Quiero una placa nueva"
 "Quiero hacerme otra dentadura porque está mal la mordida"
 "Me quiero poner la placa de abajo"
 "Quiero arreglarme la placa"
 "Quiero que me haga una dentadura postiza"

6. OTROS

"Quiero que me calce"
 "Tengo dientes manchado"
 "Me sangran las encías"
 "Arreglarme mis dientes"
 "Se me cayó la calza"
 "Se me mueve una muelita"

“Quiero blanqueamiento”
“Quiero cambiar calza”
“Quiero arreglarme la muela”
“Vine porque tengo un problema en mi diente”
“No puedo comer con la placa”
“Se me están cayendo los dientes, tengo movilidad”
“Quiero incrustación y perno”
“Ruptura de la muela”
“Estética”
“Porque es bueno”
“Sensibilidad”
“Tengo caries”
“Control dental”
“Salud”
“Ayuda”

Nota: Todos los “motivos de consulta” narrados por los pacientes fueron agrupados en las seis categorías que presenta el instrumento de estudio.

B. Para: DIAGNÓSTICO

- Se tuvo presente todos los diagnósticos escritos en el numeral once (Diagnóstico) de la historia clínica.
- En todos los diagnósticos establecidos en la tabla de recolección de datos se digitó un indicador (S: Si / N: No) que señala la presencia o ausencia de un diagnóstico.
- Si el indicador fue: S en la categoría “otros”, en la casilla de “observaciones” se digitó el diagnóstico escrito en la historia clínica.

C. Para: TRATAMIENTOS REALIZADOS

- Se tuvo presente todos los tratamientos escritos en el numeral doce (Tratamiento) de la historia clínica.
- En todos los tratamientos establecidos en la tabla de recolección de datos se digitó un indicador (S: Si / N: No) que señala la presencia o ausencia de un tratamiento.
- Si el indicador fue: S en la categoría “otros”, en la casilla de “observaciones” se digitó el tratamiento escrito en la historia clínica.

4.11 Plan de análisis

Los datos obtenidos en este estudio fueron procesados en el programa Microsoft Excel, los resultados se presentaron en tablas y gráficas aplicándose la Campana de Gauss.

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

El objetivo general del presente estudio fue establecer el motivo de consulta más frecuente de los pacientes mayores de edad, que asisten al Centro de Atención Odontológico de la Universidad de las Américas, durante el periodo octubre del 2014 a enero del 2015.

La recolección de datos se la realizó de una fuente indirecta (historias clínicas). Con la finalidad de efectuar los objetivos propuestos, se presentan tablas y figuras realizadas en *Microsoft Excel*, bajo este programa de *Windows* se realizó un análisis univariado y multivariado.

Además, cabe señalar que no solo se obtuvieron resultados para cada objetivo, también hubo datos extras que se consideraron importantes mencionarlos. Como son:

- a. La caracterización de la muestra: sexo y edad (Campana de Gauss)
- b. Relación entre la edad y cada motivo de consulta (Campana de Gauss)
- c. Identificar el diagnóstico y tratamientos realizados más frecuentes según edad y sexo.
- d. Comparar el diagnóstico y tratamiento realizados con mayor frecuencia de cada nivel de clínica

Características de la muestra

El universo fue todos los pacientes (2380) que acudieron al Centro de Atención Odontológico de la Facultad, durante el período octubre del 2014 a enero del 2015. La muestra del estudio estuvo conformada por **814 historias clínicas**. De la revisión de **814 historias clínicas**, 437 historias correspondieron a mujeres (**54%**) y 377 a hombres (**46%**). (Ver figura 1)

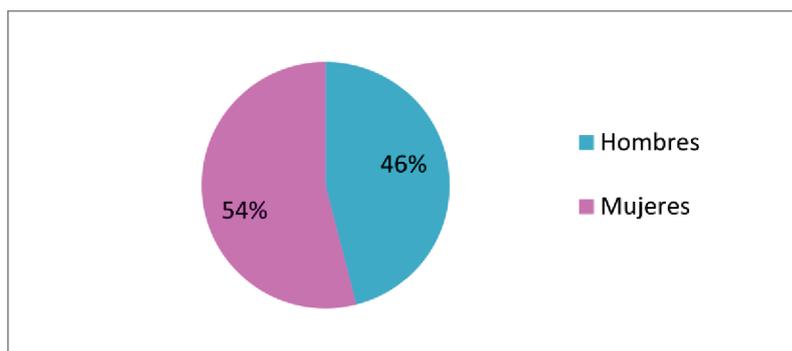


Figura 1. Porcentajes de pacientes según el sexo (Total de Clínicas).

La **edad** de los pacientes tuvo un rango entre 18 y 93 años.

La **edad promedio** de los pacientes que acudieron al Centro de Atención Odontológico durante el período octubre 2014 a enero 2015 fue de **35 años**, con desviación estándar de ± 16 años, además una distribución de datos medianamente concentrada; es decir que la edad de los pacientes corresponde al grupo **Adulto joven**. (Ver figura 2)

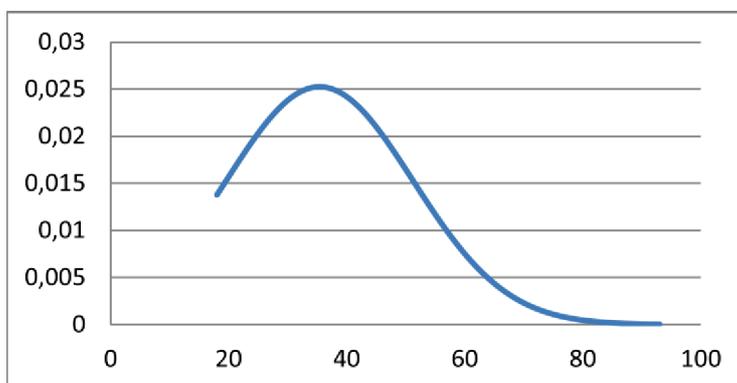


Figura 2. Edad promedio del total de pacientes.

Para organizar adecuadamente la información se estableció cuatro grupos de edad: *Adolescencia tardía* (18 a 20 años)- *Adulto joven* (21-40 años)- *Adulto maduro* (41 a 59 años)- *Tercera edad* (mayor a 60 años). El grupo de edad que mayor frecuencia acudió al Centro de Atención Odontológico, fue el **Adulto joven** representando el **53%**. (Ver figura. 3)

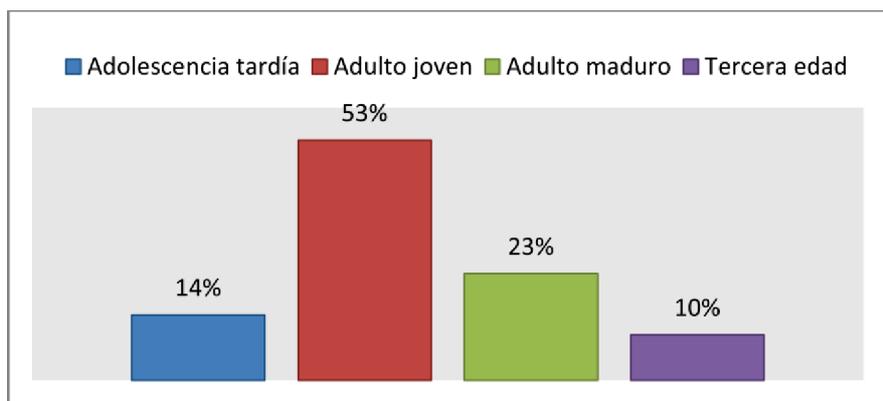


Figura 3. Porcentajes de pacientes según la edad (Total de clínicas).

VARIABLES DEL ESTUDIO

El **motivo de consulta** que se registró con **mayor frecuencia** en las 814 historias clínicas fue el de **Limpieza dental** (profilaxis), con el **52%** independientemente del sexo y edad. (Ver tabla 7 y figura 4)

Tabla 7. Motivo de consulta más frecuente (Total de clínicas).

NÚMERO DE PACIENTES	814	% individual	% acumulado
MOTIVO DE CONSULTA			
Revisión	170	21%	21%
Limpieza dental	423	52%	73%
Dolor	76	9%	82%
Sacar la muela	13	2%	84%
Prótesis	43	5%	89%
Otros	89	11%	100%
TOTAL	814	100%	

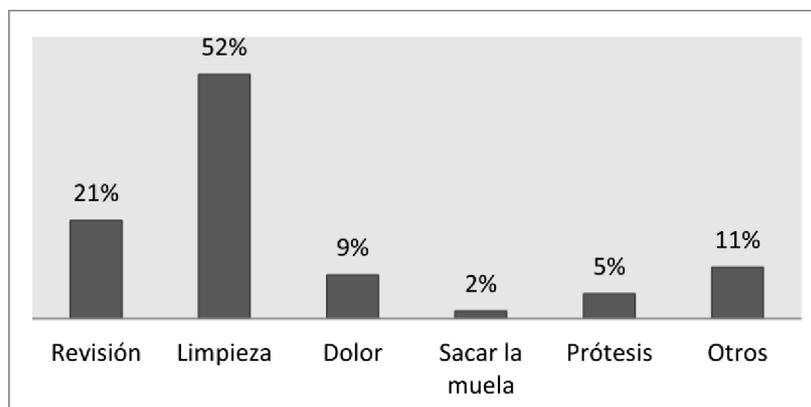


Figura 4. Motivo de consulta más frecuente (Total de clínicas).

Al relacionar el **motivo de consulta** con la **edad** de los pacientes, observamos que el motivo de consulta que con mayor frecuencia se presentó en la Adolescencia tardía (≤ 20 años), en Adulto joven (21-40 años) y en Adulto maduro (41-59 años) fue *Limpieza dental* (profilaxis) con el 69%, 59% y 36% respectivamente; mientras que en la Tercera edad (≥ 60 años) el motivo más frecuente fue *Prótesis* con el 36%. (Ver tabla 8 y figura 5)

Tabla 8. Motivo de consulta según la edad (Total de clínicas).

	EDAD							
	≤ 20		21-40		41-59		≥ 60	
NÚMERO DE PACIENTES	117	100%	430	100%	191	100%	76	100%
MOTIVO DE CONSULTA								
Revisión	19	16%	85	20%	55	29%	11	14%
Limpieza dental	81	69%	255	59%	69	36%	18	24%
Dolor	7	6%	43	10%	19	10%	7	9%
Sacar la muela	3	3%	4	1%	4	2%	2	3%
Prótesis	0	0%	1	0%	15	8%	27	36%
Otros	7	6%	42	10%	29	15%	11	14%

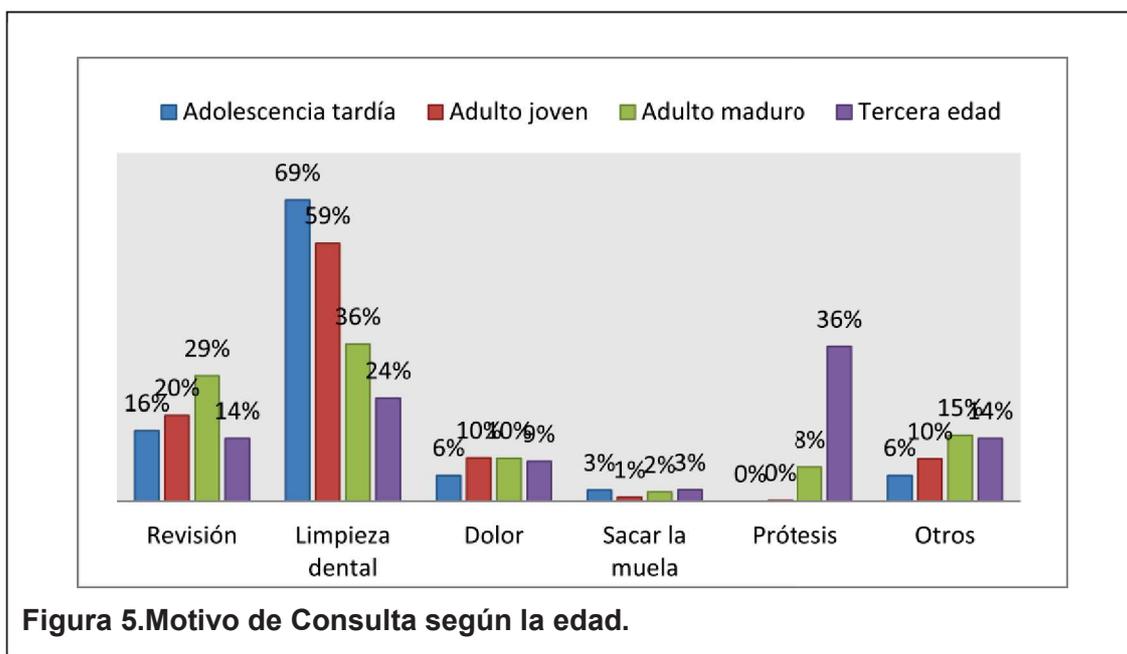


Figura 5. Motivo de Consulta según la edad.

Relacionando el **motivo de consulta** y el **sexo** de los pacientes, del total de hombres el 54% acudió por *Limpieza dental* (profilaxis) y del total de mujeres, el 50% también acudió por *Limpieza dental* (profilaxis). (Ver tabla 9 y figura 6)

Tabla 9. Motivo de consulta según el sexo (Total de clínicas).

	SEXO			
	Hombres	%	Mujeres	%
NÚMERO DE PACIENTES	377	100%	437	100%
MOTIVO DE CONSULTA				
Revisión	81	21%	89	20%
Limpieza dental	204	54%	219	50%
Dolor	31	8%	45	10%
Sacar la muela	2	1%	11	3%
Prótesis	18	5%	25	6%
Otros	41	11%	48	11%

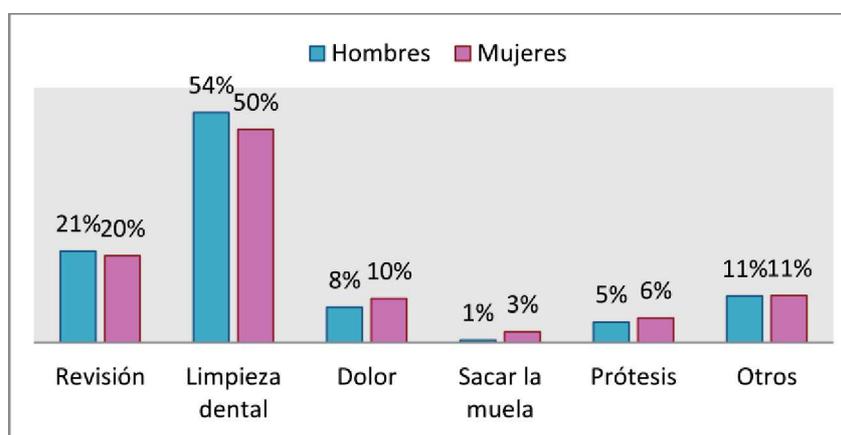


Figura 6. Motivo de Consulta según el sexo (Total de clínicas)

A continuación se indica el **motivo de consulta más frecuente** según los grupos de **edad** y **género** de los pacientes pertenecientes a **cada nivel de Clínica**.

Clínica I

El motivo de consulta más frecuente según la **edad**: el motivo de consulta que con mayor frecuencia se presenta en la Adolescencia tardía (≤ 20 años), en Adulto joven (21-40 años) y en Adulto maduro (41-59 años) fue *Limpieza dental* (profilaxis), con el 82%, 75% y 68% respectivamente. En Tercera edad (≥ 60 años) fueron *Revisión* y *Dolor* ambos con el 50%. (Ver tabla 10 y figura 7)

Tabla 10. Motivo de consulta según la edad (Clínica I).

	EDAD							
	≤ 20	%	21-40	%	41-59	%	≥ 60	%
NÚMERO DE PACIENTES	49	100%	111	100%	31	100%	2	100%
MOTIVO DE CONSULTA								
Revisión	4	8%	21	19%	7	23%	1	50%
Limpieza dental	40	82%	83	75%	21	68%	0	0%
Dolor	2	4%	2	2%	1	3%	1	50%
Sacar la muela	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Prótesis	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Otros	3	6%	5	5%	2	6%	0	0%

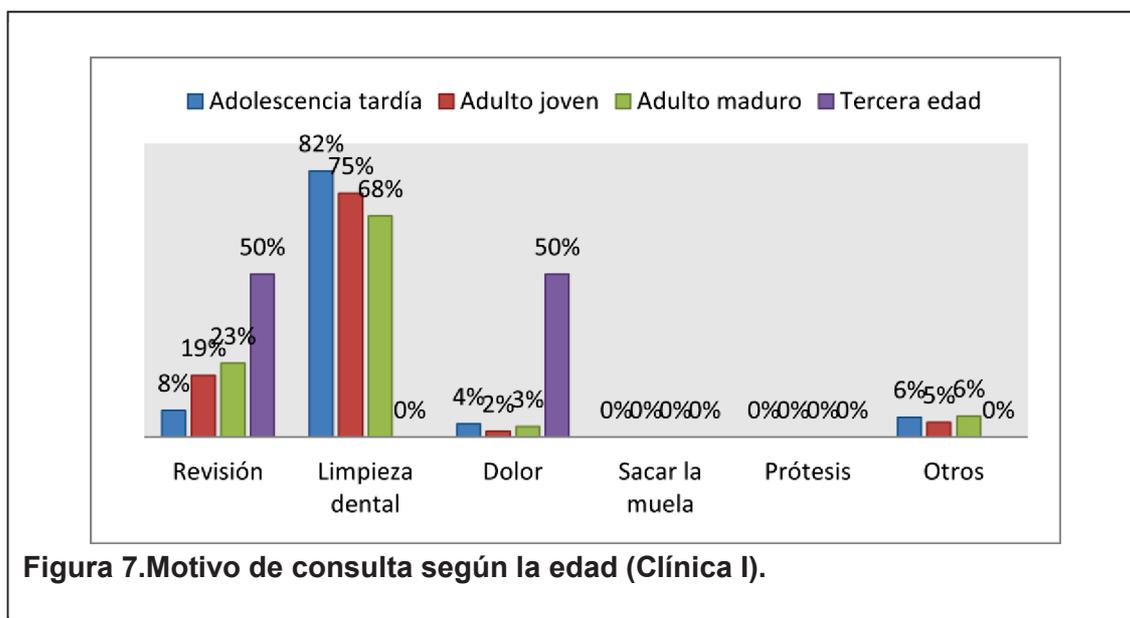


Figura 7. Motivo de consulta según la edad (Clínica I).

El motivo de consulta más frecuente según el **sexo**, tomando en consideración que 104 hombres son el 100%, el 74% van por *Limpieza dental* (profilaxis). Mientras que 89 mujeres son el 100%, el 75% de ellas van por *Limpieza dental* (profilaxis). (Ver tabla 11 y figura 8)

Tabla 11. Motivo de consulta según el sexo (Clínica I).

	SEXO			
	Hombres	%	Mujeres	%
NÚMERO DE PACIENTES	104	100%	89	100%
MOTIVO DE CONSULTA				
Revisión	21	20%	12	13%
Limpieza dental	77	74%	67	75%
Dolor	2	2%	4	4%
Sacar la muela	0	0%	0	0%
Prótesis	0	0%	0	0%
Otros	4	4%	6	7%

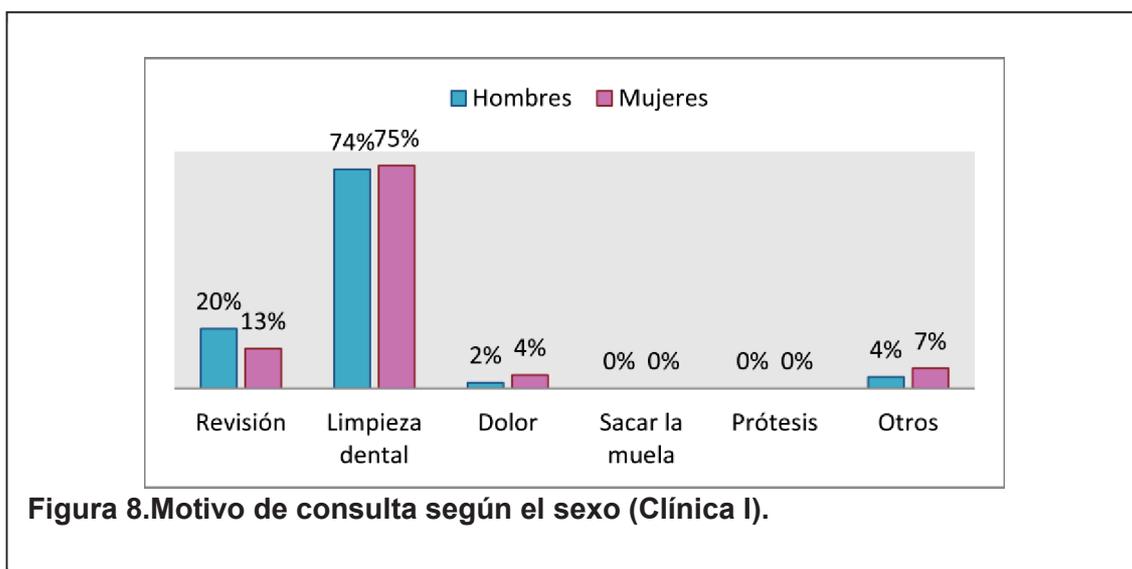


Figura 8. Motivo de consulta según el sexo (Clínica I).

Clínica II

El motivo de consulta más frecuente según la **edad**: el más frecuente en la Adolescencia tardía (≤ 20 años), Adulto joven (21-40 años), Adulto maduro (41-59 años) y en Tercera edad (≥ 60 años), fue la *Limpieza dental* (profilaxis) con el 72%, 65%, 71% y 89% respectivamente. (Ver tabla 12 y figura 9)

Tabla 12. Motivo de consulta según la edad (Clínica II).

	EDAD							
	≤ 20	%	21-40	%	41- 59	%	≥ 60	%
NÚMERO DE PACIENTES	39	100%	120	100%	38	100%	9	100%
MOTIVO DE CONSULTA								
Revisión	7	18%	26	22%	8	21%	1	11%
Limpieza dental	28	72%	78	65%	27	71%	8	89%
Dolor	1	3%	7	6%	2	5%	0	0%
Sacar la muela	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Prótesis	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Otros	3	8%	9	8%	1	3%	0	0%

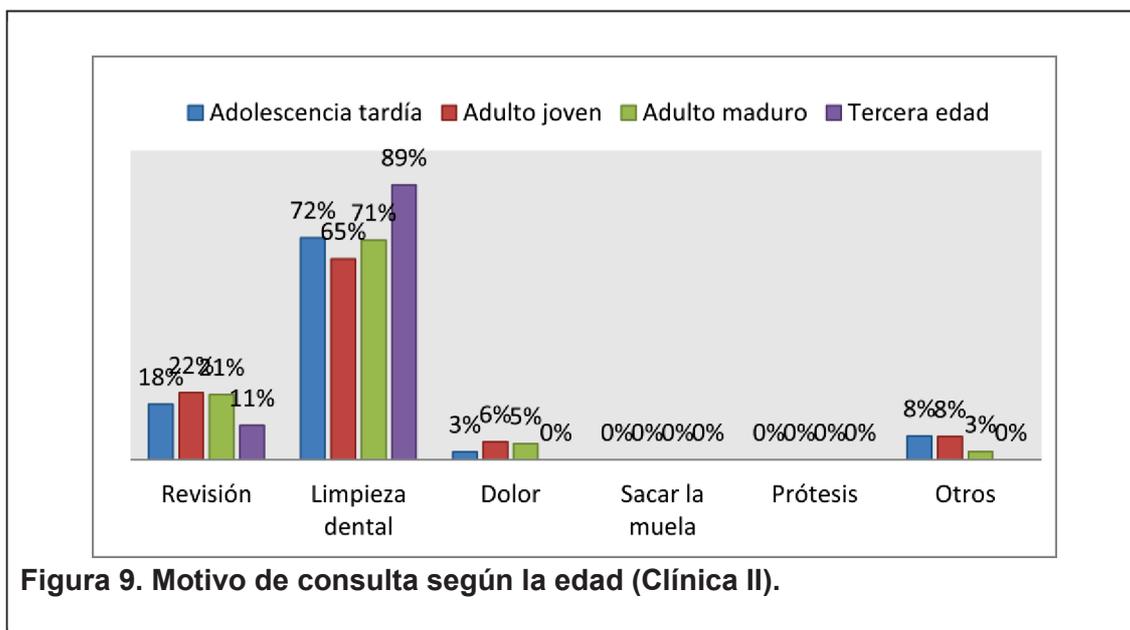


Figura 9. Motivo de consulta según la edad (Clínica II).

El motivo de consulta más frecuente según el **sexo**, considerando que 95 hombres son el 100%, el 64% van por *Limpieza dental* (profilaxis). Mientras que 111 mujeres son el 100%, el 72% de ellas van por *Limpieza dental* (profilaxis). (Ver tabla 13 y figura 10)

Tabla 13. Motivo de consulta según el sexo (Clínica II).

	SEXO			
	Hombres	%	Mujeres	%
NÚMERO DE PACIENTES	95	100%	111	100%
MOTIVO DE CONSULTA				
Revisión	23	24%	19	17%
Limpieza dental	61	64%	80	72%
Dolor	5	5%	5	5%
Sacar la muela	0	0%	0	0%
Prótesis	0	0%	0	0%
Otros	6	6%	7	6%

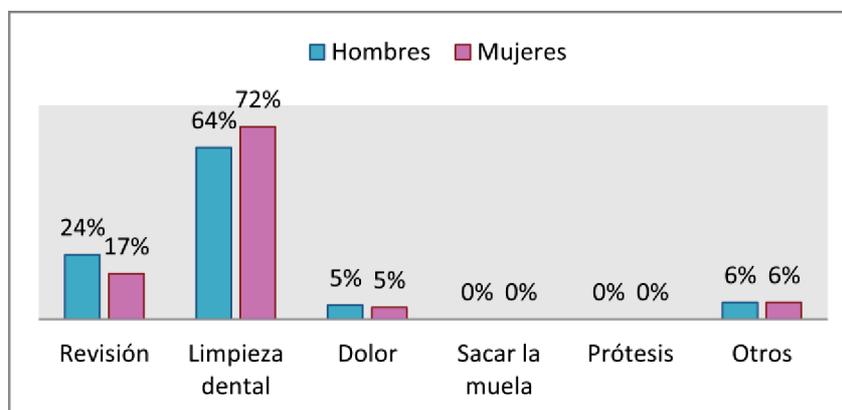


Figura 10. Motivo de consulta según el sexo (Clínica II).

Clínica III

El motivo de consulta más frecuente según la **edad**: el más frecuente en la Adolescencia tardía (≤ 20 años) y en Adulto joven (21-40 años) fue *Limpieza dental* (profilaxis) con el 53% y 63% respectivamente. En Adulto maduro (41-59 años) fue *Revisión* con el 38%. En Tercera edad (≥ 60 años) los motivos más frecuentes y ambos con el 33% fueron *Limpieza dental* (profilaxis) y *Otros* (calzar, control, movilidad, etc.). (Ver tabla 14 y figura 11)

Tabla 14. Motivo de consulta según la edad (Clínica III).

	EDAD							
	≤ 20	%	21-40	%	41- 59	%	≥ 60	%
NÚMERO DE PACIENTES	15	100%	76	100%	26	100%	12	100%
MOTIVO DE CONSULTA								
Revisión	5	33%	9	12%	10	38%	1	8%
Limpieza dental	8	53%	48	63%	7	27%	4	33%
Dolor	2	13%	7	9%	4	15%	2	17%
Sacar la muela	0	0%	1	1%	1	4%	0	0%
Prótesis	0	0%	0	0%	0	0%	1	8%
Otros	0	0%	11	14%	4	15%	4	33%

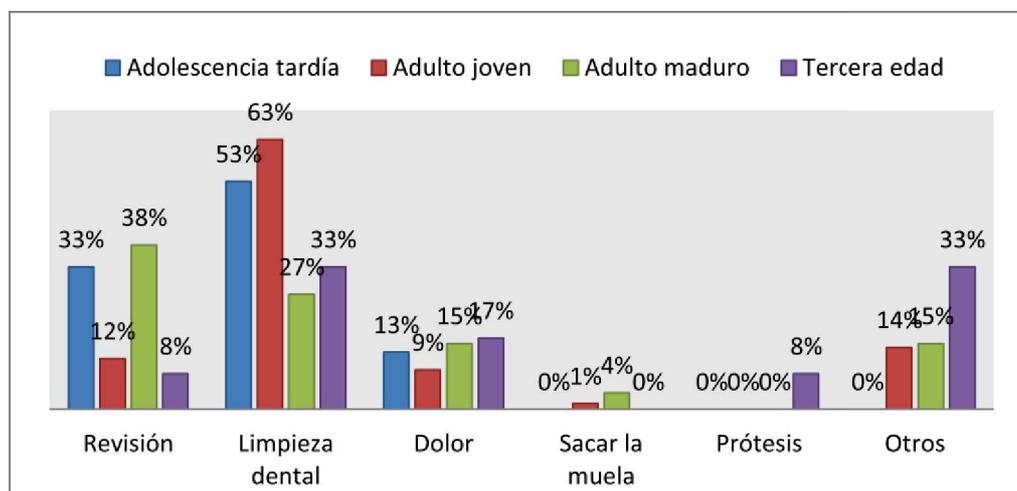


Figura 11. Motivo de consulta según la edad (Clínica III).

El motivo de consulta más frecuente según el **sexo**, considerando que 52 hombres son el 100%, el 62% van por *Limpieza dental* (profilaxis). Mientras que 77 mujeres son el 100%, el 45% de ellas van por *Limpieza dental* (profilaxis). (Ver tabla 15 y figura 12)

Tabla 15. Motivo de consulta según el sexo (Clínica III).

	SEXO			
	Hombres	%	Mujeres	%
NÚMERO DE PACIENTES	52	100%	77	100%
MOTIVO DE CONSULTA				
Revisión	5	10%	20	26%
Limpieza dental	32	62%	35	45%
Dolor	5	10%	10	13%
Sacar la muela	1	2%	1	1%
Prótesis	0	0%	1	1%
Otros	9	17%	10	13%

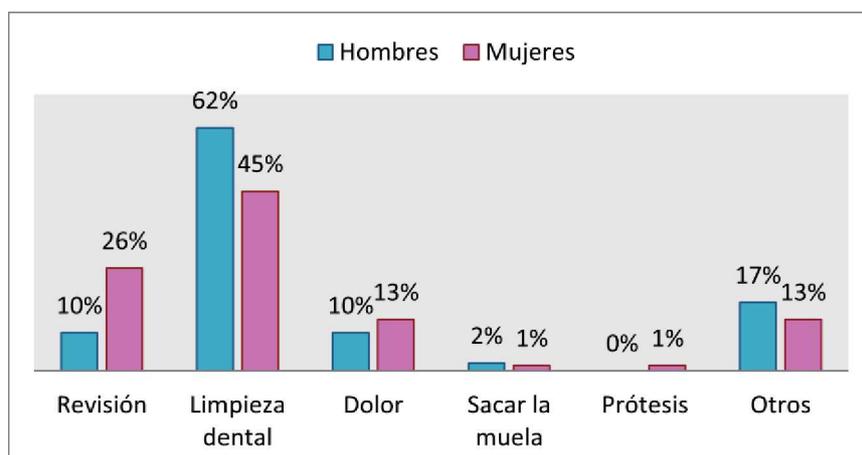


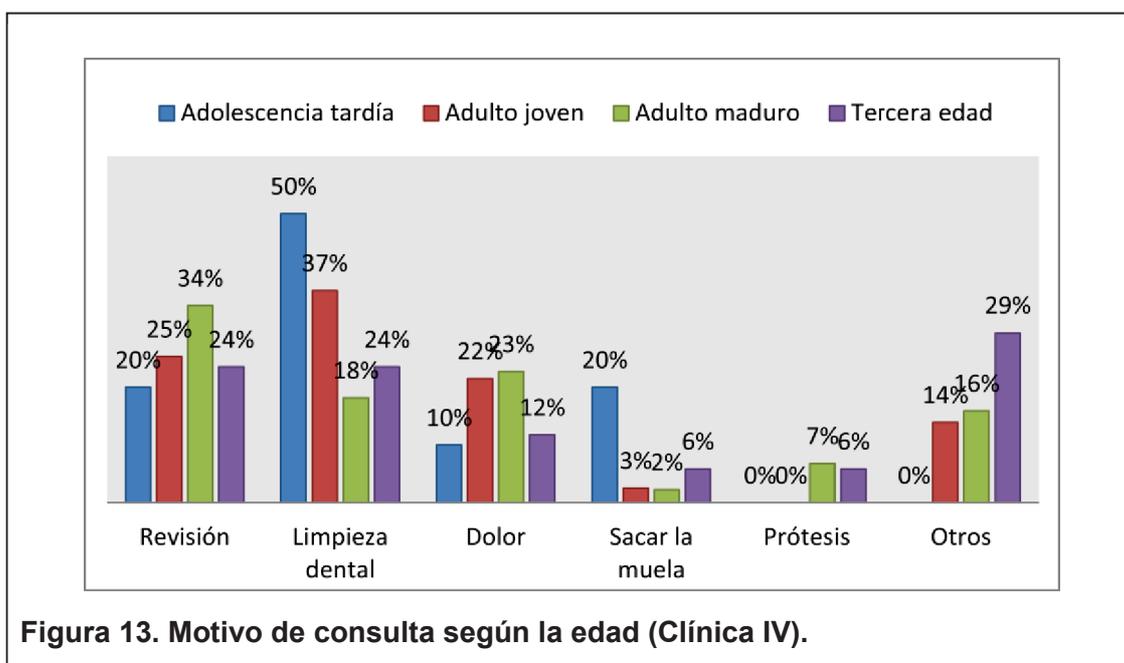
Figura 12. Motivo de consulta según el sexo (Clínica III).

Clínica IV

El motivo de consulta más frecuente según la **edad**: el más frecuente en la Adolescencia tardía (≤ 20 años) y en Adulto joven (21-40 años) fue *Limpieza dental* (profilaxis) con el 50% y el 37% respectivamente. En Adulto maduro (41-59 años) fue *Revisión* con el 34%. En Tercera edad (≥ 60 años) fue *Otros* (movilidad, consulta, molestia placa, etc.) con el 29%. (Ver tabla 16 y figura 13)

Tabla 16. Motivo de consulta según la edad (Clínica IV).

	EDAD							
	≤ 20		21-40		41-59		≥ 60	
	NÚMERO DE PACIENTES	%						
MOTIVO DE CONSULTA								
Revisión	2	20%	20	25%	15	34%	4	24%
Limpieza dental	5	50%	29	37%	8	18%	4	24%
Dolor	1	10%	17	22%	10	23%	2	12%
Sacar la muela	2	20%	2	3%	1	2%	1	6%
Prótesis	0	0%	0	0%	3	7%	1	6%
Otros	0	0%	11	14%	7	16%	5	29%



El motivo de consulta más frecuente según el **sexo**, considerando que 65 hombres son el 100%, el 31% van por *Limpieza dental* (profilaxis) y *Revisión*. Mientras que 85 mujeres son el 100%, el 31% de ellas van por *Limpieza dental* (profilaxis). (Ver tabla 17 y figura 14)

Tabla 17. Motivo de consulta según el sexo (Clínica IV).

	SEXO			
	Hombres	%	Mujeres	%
NÚMERO DE PACIENTES	65	100%	85	100%
MOTIVO DE CONSULTA				
Revisión	20	31%	21	25%
Limpieza dental	20	31%	26	31%
Dolor	11	17%	19	22%
Sacar la muela	0	0%	6	7%
Prótesis	3	5%	1	1%
Otros	11	17%	12	14%

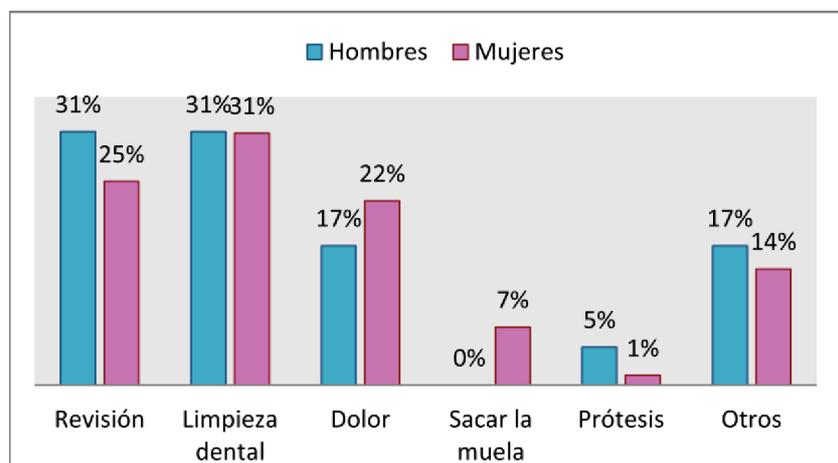


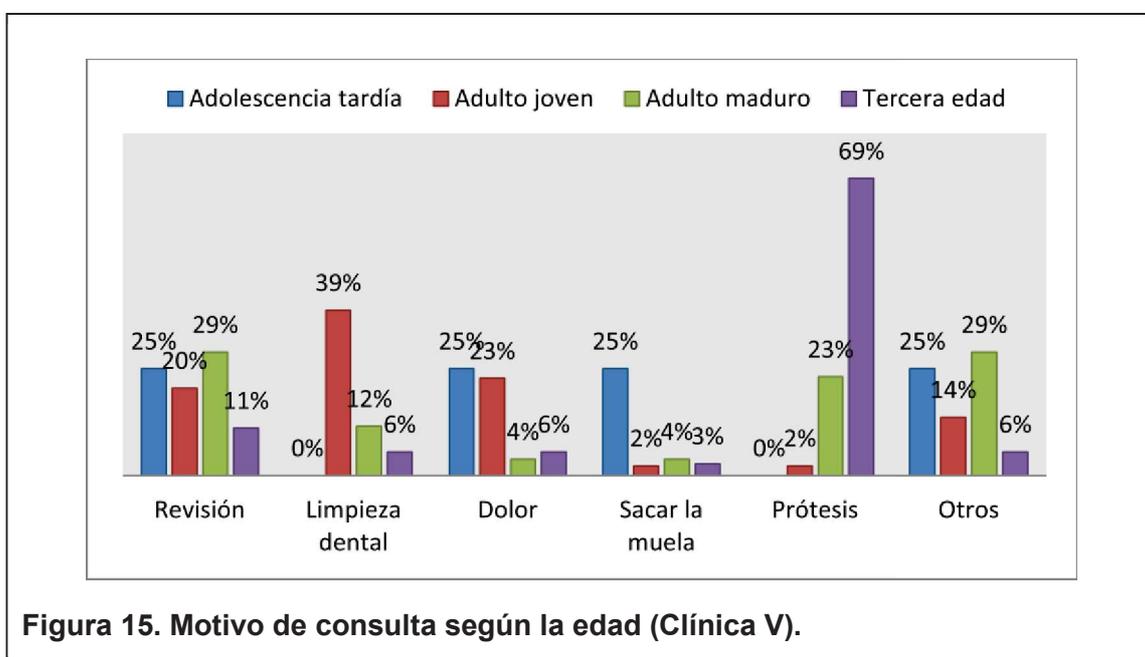
Figura 14. Motivo de consulta según el sexo (Clínica IV).

Clínica V

El motivo de consulta más frecuente según la **edad**: los más frecuentes en la Adolescencia tardía (≤ 20 años) fueron *Revisión*, *Dolor*, *Sacar la muela* y *Otros* (quiero pernos) todos con el 25%. En Adulto joven (21-40 años) fue *Limpieza dental* (profilaxis) con el 39%. En Adulto maduro (41-59 años) fue *Revisión* y *Otros* (puente, dientes manchados, coronas, etc.) los dos con el 29%. En Tercera edad (≥ 60 años) *Prótesis* con el 69%. (Ver tabla 18 y figura 15)

Tabla 18. Motivo de consulta según la edad (Clínica V).

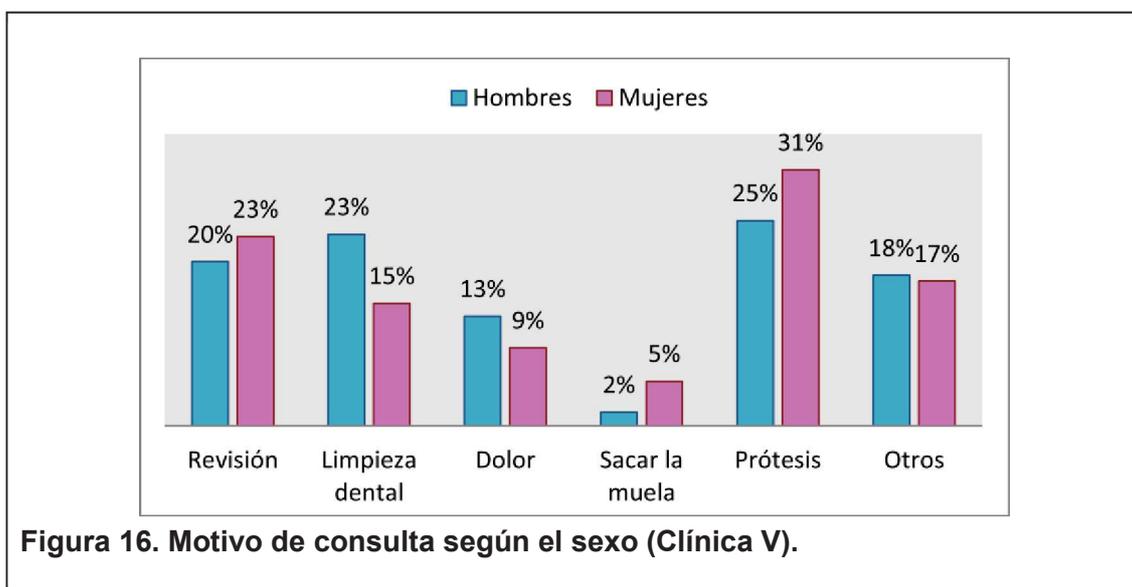
	EDAD							
	≤ 20	%	21-40	%	41- 59	%	≥ 60	%
NÚMERO DE PACIENTES	4	100%	44	100%	52	100%	36	100%
MOTIVO DE CONSULTA								
Revisión	1	25%	9	20%	15	29%	4	11%
Limpieza dental	0	0%	17	39%	6	12%	2	6%
Dolor	1	25%	10	23%	2	4%	2	6%
Sacar la muela	1	25%	1	2%	2	4%	1	3%
Prótesis	0	0%	1	2%	12	23%	25	69%
Otros	1	25%	6	14%	15	29%	2	6%



El motivo de consulta más frecuente según el **sexo**, considerando que 61 hombres son el 100%, el 25% acude por *Prótesis*. Mientras que 75 mujeres son el 100%, el 31% de ellas también van por *Prótesis*. (Ver tabla 19 y figura16)

Tabla 19. Motivo de consulta según el sexo (Clínica V).

	SEXO			
	Hombres	%	Mujeres	%
NÚMERO DE PACIENTES	61	100%	75	100%
MOTIVO DE CONSULTA				
Revisión	12	20%	17	23%
Limpieza dental	14	23%	11	15%
Dolor	8	13%	7	9%
Sacar la muela	1	2%	4	5%
Prótesis	15	25%	23	31%
Otros	11	18%	13	17%



Siguiendo con el orden de los objetivos, a continuación se indican los **motivos de consulta más frecuentes de cada nivel de clínica**.

En la Clínica I, II, III y IV el motivo que más prevaleció fue *Limpieza dental* (profilaxis), con el 75%, 68%, 52% y 31% respectivamente; mientras que en la Clínica V, el motivo de consulta más frecuente fue *Prótesis* con el 28%. (Ver figura 17)

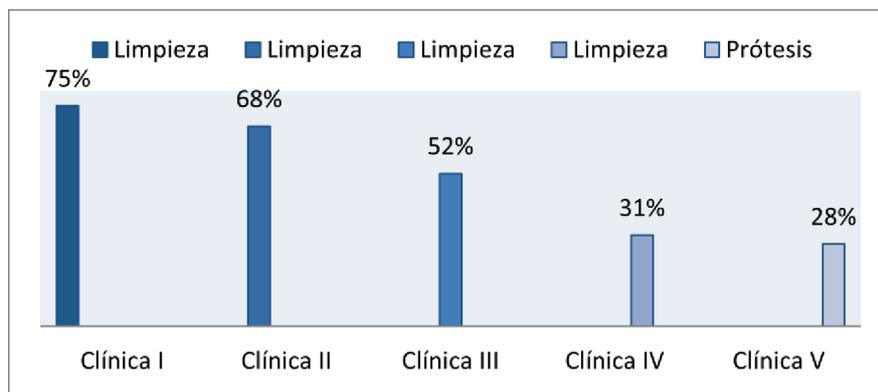


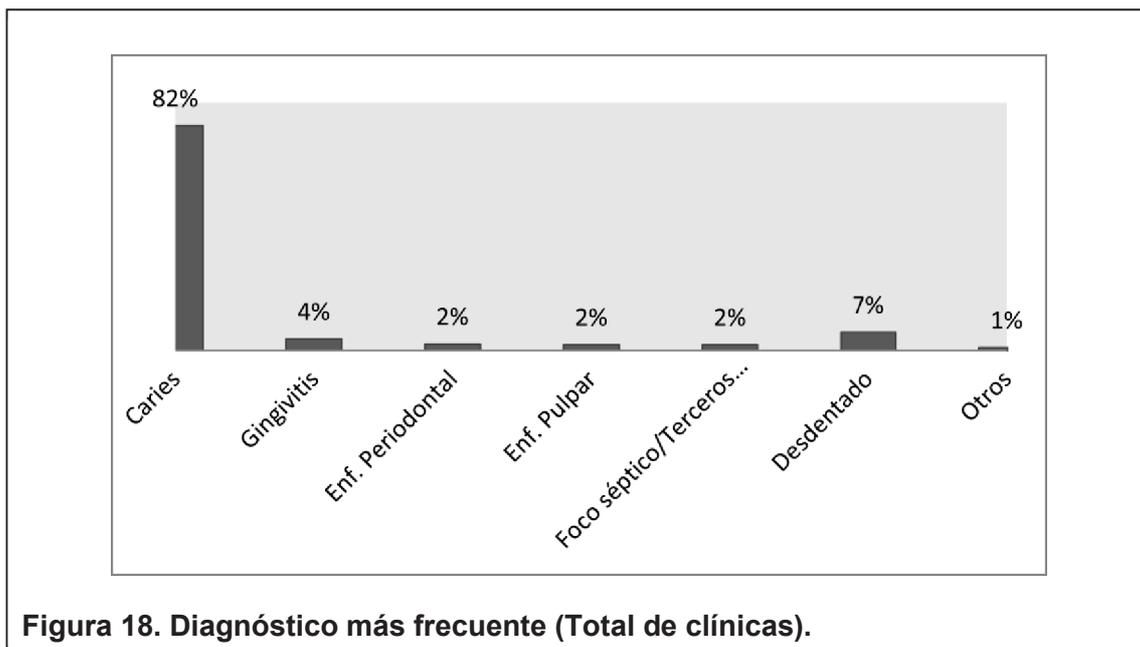
Figura 17. Motivo de consulta más frecuente de cada nivel de clínica.

En las siguientes tablas y gráficos se detalla el **diagnóstico** que con **mayor frecuencia** se presentan en las historias clínicas.

De las 814 historias clínicas se registraron 382 diagnósticos, de los cuales 312 (87%) fueron *Caries*, sin diferencia de sexo y edad. (Ver tabla 20 y figura 18)

Tabla 20. Diagnóstico más frecuente (Total de clínicas).

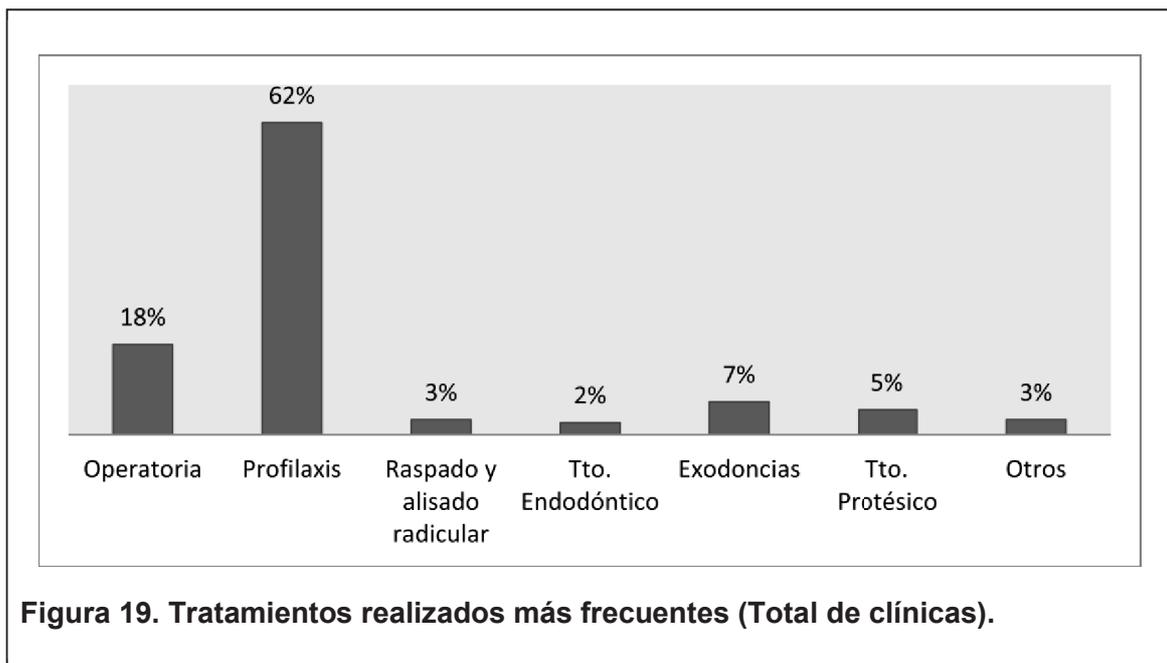
	NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS	382	% individual	% acumulado
DIAGNÓSTICO				
Caries	312		82%	82%
Gingivitis	16		4%	86%
Enfermedad periodontal	9		2%	88%
Enfermedad pulpar	8		2%	90%
Foco séptico/Terceros molares	8		2%	92%
Desdentado	25		7%	99%
Otros	4		1%	100%
TOTAL	382		100%	



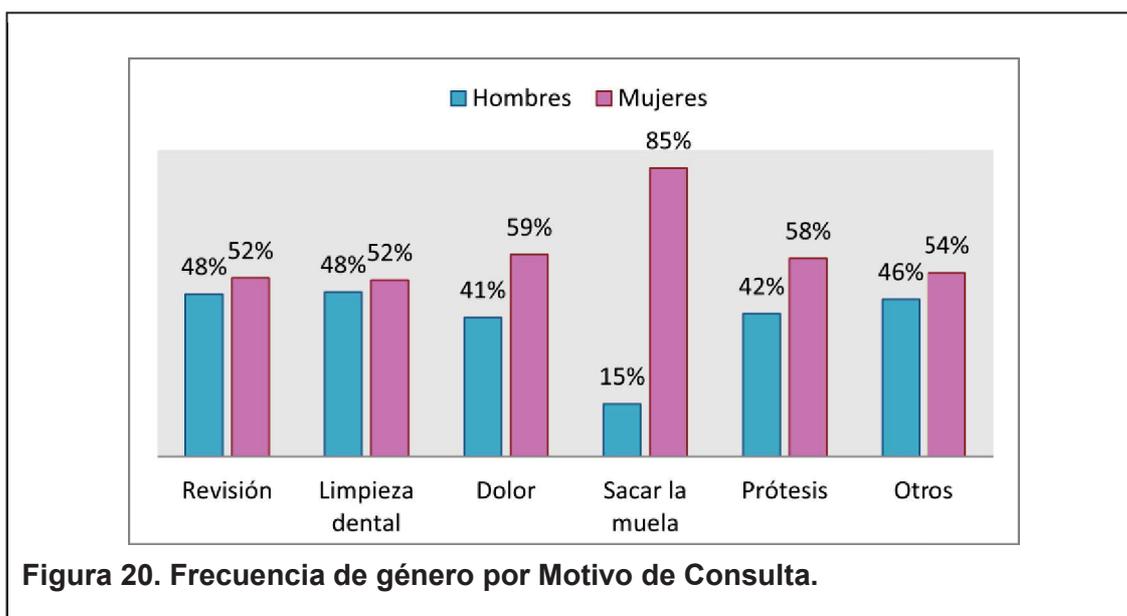
Así mismo para determinar el **tratamiento realizado** con **mayor frecuencia**, se debe conocer que de las 814 historias clínicas se registraron 1.223 tratamientos realizados, de los cuales 763 (62%) fueron *Profilaxis*, sin diferencia de sexo y edad. (Ver tabla 21 y figura 19)

Tabla 21. Tratamientos realizados más frecuentes (Total de clínicas).

NÚMERO DE TRATAMIENTOS REALIZADOS	1223	% individual	% acumulado
TRATAMIENTO REALIZADO			
Operatoria	221	18%	18%
Profilaxis	763	62%	80%
Raspado y alisado radicular	37	3%	83%
Tratamiento endodóntico	30	2%	85%
Exodoncias	81	7%	92%
Tratamiento protésico	54	5%	97%
Otros	37	3%	100%
TOTAL	1.223	100%	



A modo general, se expone a continuación un gráfico que muestra la desagregación por género de los motivos de consulta, resaltando que para todos los motivos, el sexo femenino acude con mayor frecuencia. Se obtiene entonces los siguientes porcentajes: *Revisión* el 52%, *Limpieza dental* 52%, *Dolor* 59%, *Sacar la muela* 85%, *Prótesis* 58% y *Otros* 54%. (Ver figura 20)



La campana de Gauss se realizó relacionando *cada motivo de consulta* con la variable *edad*, de esta manera para cada motivo se obtiene: la edad promedio de los pacientes, su desviación estándar y el grupo de edad.

La media de edad de pacientes que acuden para **Limpieza dental** es alrededor de los **31 años**, con desviación estándar ± 13 años. Esto denota un predominio para este motivo por el grupo de edad **Adulto joven**. (Ver figura 21)

Los motivos de **Revisión** y **Dolor** cuentan con la misma distribución de edades, con una concentración media alrededor de los **37 años** y desviación estándar de ± 15 años, se puede argumentar que el grupo de edad que demanda ambos motivos es el de **Adulto joven**. (Ver figura 21)

Los pacientes que acuden para **Sacar la muela** tienen una edad dispersa con un promedio de **43 años** y desviación estándar de ± 20 años, esto significaría que los pacientes acuden por este motivo en diversas edades, no mostrando una tendencia clara y dominante en la edad. Sin embargo se podría decir que el grupo de edad que demanda de este servicio es el de **Adulto mayor**. (Ver figura 21)

La edad a la que los pacientes acuden a las clínicas para obtener una **Prótesis** es bastante concentrada, con un promedio de **64 años** y desviación estándar ± 12 años. Se puede observar que el requerimiento de prótesis se concentra en el grupo de edad de la **Tercera edad**. (Ver figura 21)

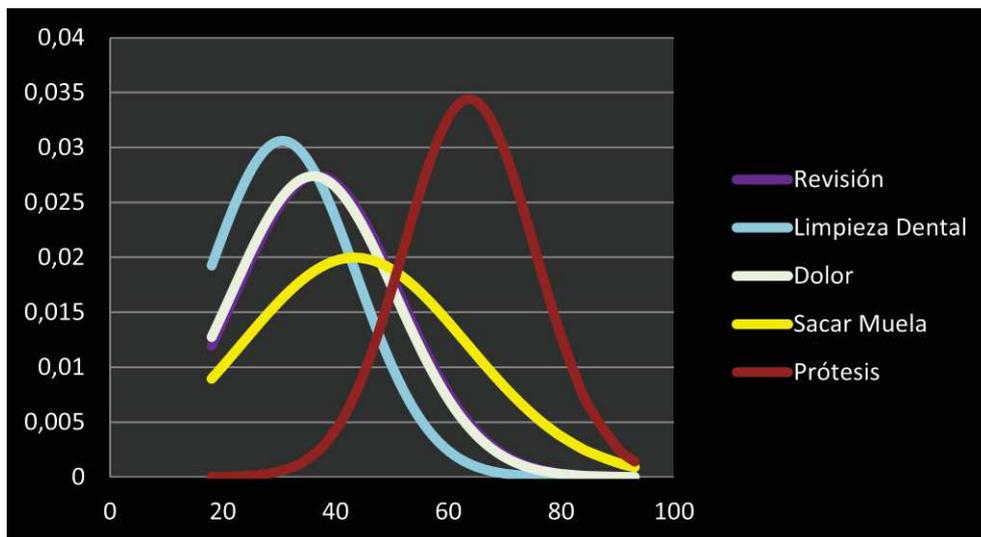


Figura 21. Edad promedio por Motivo de Consulta.

Con el siguiente análisis de las tablas se identifica el **diagnóstico y tratamiento realizado más frecuentes según edad y sexo**.

Al relacionar el diagnóstico con la *edad* de los pacientes, observamos que el más frecuente en la Adolescencia tardía (≤ 20 años), en Adulto joven (21-40 años), en Adulto maduro (41-59 años) y en Tercera edad (≥ 60 años) fue el de *Caries* con el 93%, 86%, 81% y 44% respectivamente. (Ver tabla 22 y figura 22)

Tabla 22. Diagnóstico según la edad (Total de clínicas).

DIAGNÓSTICO	EDAD							
	≤ 20	%	21-40	%	41- 59	%	≥ 60	%
	57	100%	203	100%	81	100%	41	100%
Caries	53	93%	175	86%	66	81%	18	44%
Gingivitis	2	4%	12	6%	1	1%	1	2%
Enfermedad periodontal	1	2%	3	1%	3	4%	2	5%
Enfermedad pulpar	0	0%	5	2%	0	0%	3	7%
Foco séptico/Terceros molares	0	0%	4	2%	2	2%	2	5%
Desdentado	1	2%	3	1%	7	9%	14	34%
Otros	0	0%	1	0%	2	2%	1	2%

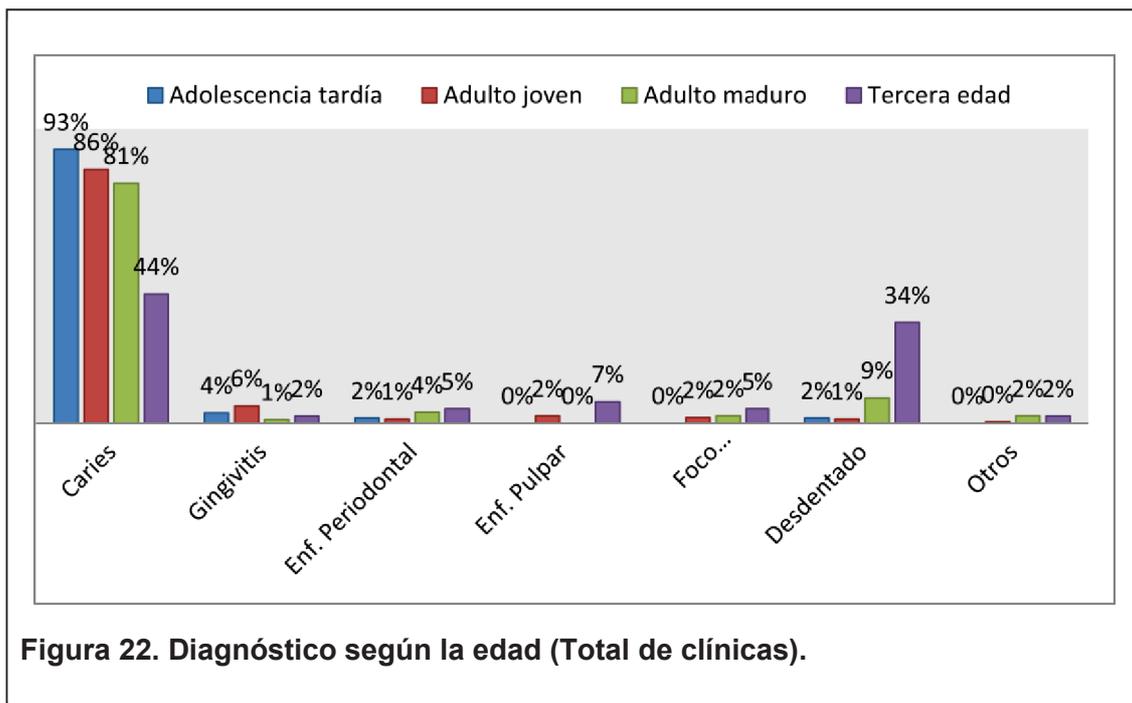


Figura 22. Diagnóstico según la edad (Total de clínicas).

Igualmente con relación al sexo de los pacientes, los diagnósticos más frecuentes que se registraron en hombres y mujeres fue *Caries* con el 85% y 79% respectivamente. (Ver tabla 23 y figura 23)

Tabla 23. Diagnóstico según el sexo (Total de clínicas).

DIAGNÓSTICO	SEXO			
	Hombres	%	Mujeres	%
	177	100%	205	100%
Caries	150	85%	162	79%
Gingivitis	6	3%	10	5%
Enfermedad periodontal	4	2%	5	2%
Enfermedad pulpar	3	2%	5	2%
Foco séptico/Terceros molares	6	3%	2	1%
Desdentado	7	4%	18	9%
Otros	1	1%	3	1%

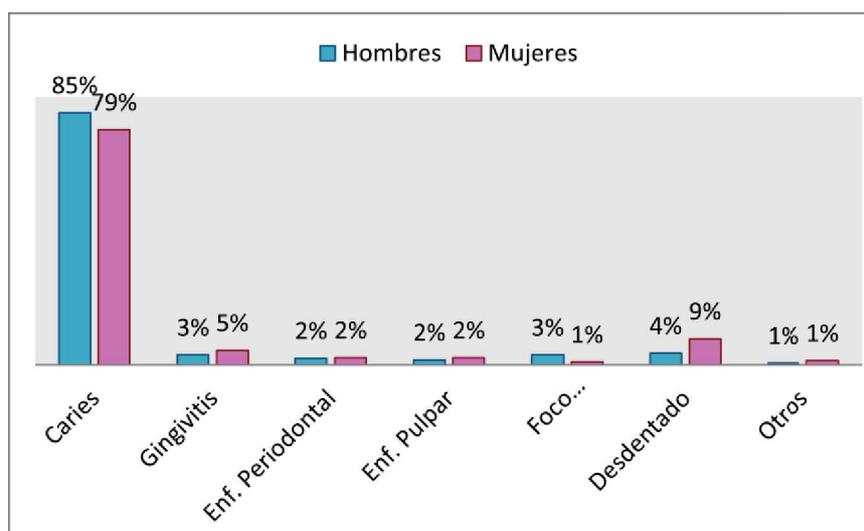


Figura 23. Diagnóstico según el sexo (Total de clínicas).

Al relacionar tratamiento realizado con la *edad* de los pacientes, observamos que el más frecuente en la Adolescencia tardía (≤ 20 años), en Adulto joven (21-40 años), en Adulto maduro (41-59 años) y en Tercera edad (≥ 60 años) fue el de *Profilaxis* con el 73%, 65%, 59% y 46% respectivamente. (Ver tabla 24 y figura 24)

Tabla 24. Tratamientos realizados según la edad (Total de clínicas).

	EDAD							
	≤ 20	%	21-40	%	41- 59	%	≥ 60	%
TRATAMIENTO REALIZADO	156	100%	640	100%	300	100%	127	100%
Operatoria	34	22%	136	21%	41	14%	10	8%
Profilaxis	114	73%	413	65%	178	59%	58	46%
Raspado y alisado radicular	1	1%	16	3%	12	4%	8	6%
Tratamiento endodóntico	0	0%	17	3%	10	3%	3	2%
Exodoncias	4	3%	31	5%	30	10%	16	13%
Tratamiento protésico	1	1%	7	1%	18	6%	28	22%
Otros	2	1%	20	3%	11	4%	4	3%

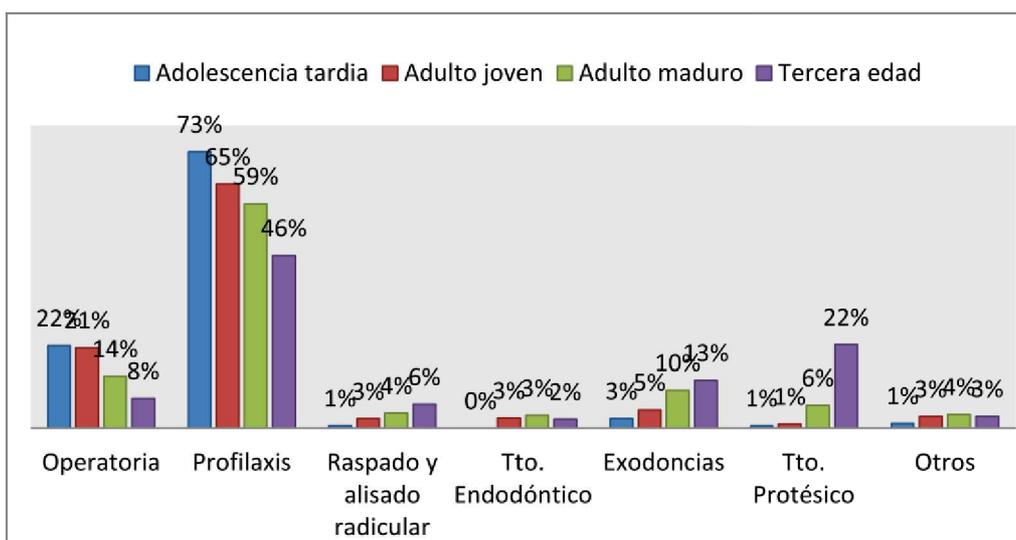


Figura 24. Tratamientos realizados según la edad (Total de clínicas).

Igualmente con relación al sexo de los pacientes, el tratamiento que con mayor frecuencia se lo realizó tanto en hombres como en mujeres fue *Profilaxis* con el 64% y 61% respectivamente. (Ver tabla 25 y figura 25)

Tabla 25. Tratamientos realizados según el sexo (Total de clínicas).

TRATAMIENTO REALIZADO	SEXO			
	Hombres	%	Mujeres	%
	571	100%	652	100%
Operatoria	105	18%	116	18%
Profilaxis	364	64%	399	61%
Raspado y alisado radicular	17	3%	20	3%
Tratamiento endodóntico	9	2%	21	3%
Exodoncias	39	7%	42	6%
Tratamiento protésico	24	4%	30	5%
Otros	13	2%	24	4%

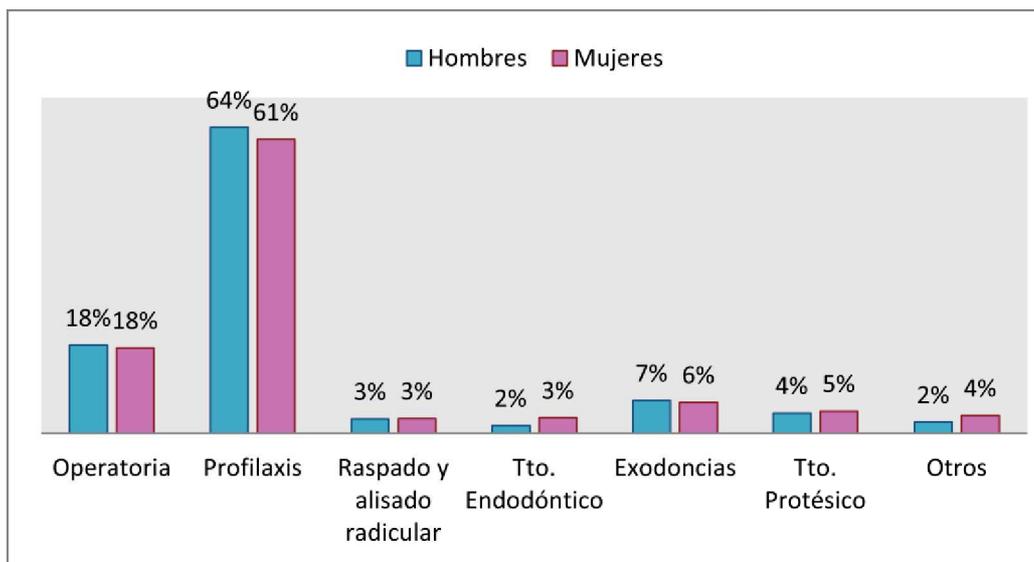


Figura 25. Tratamientos realizados según el sexo (Total de clínicas).

A continuación dos gráficos que indican los **diagnósticos** y los **tratamientos realizados más frecuentes en cada nivel de clínica.**

En la Clínica I, II, III, IV y V, el diagnóstico que más prevaleció fue *Caries* con el 96%, 97%, 89%, 68% y 56% respectivamente. (Ver figura 26)

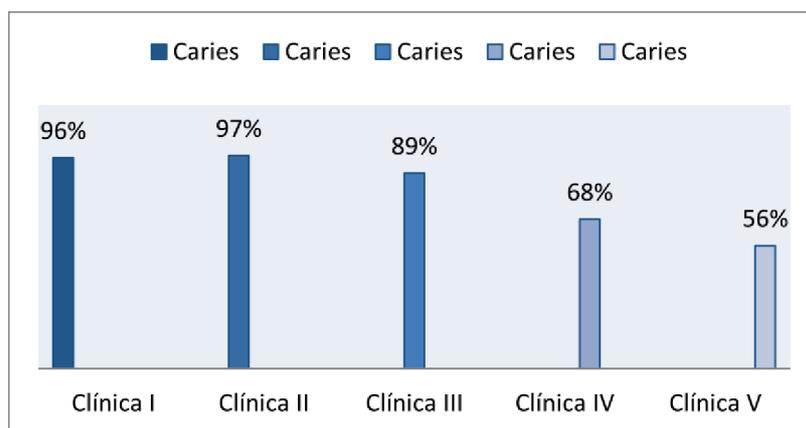


Figura 26. Diagnóstico más frecuente por Nivel de Clínica.

En la Clínica I, II, III, IV y V; el tratamiento realizado con mayor frecuencia fue *Profilaxis* con el 73%, 77%, 56%, 51% y 52% respectivamente. (Ver figura 27)

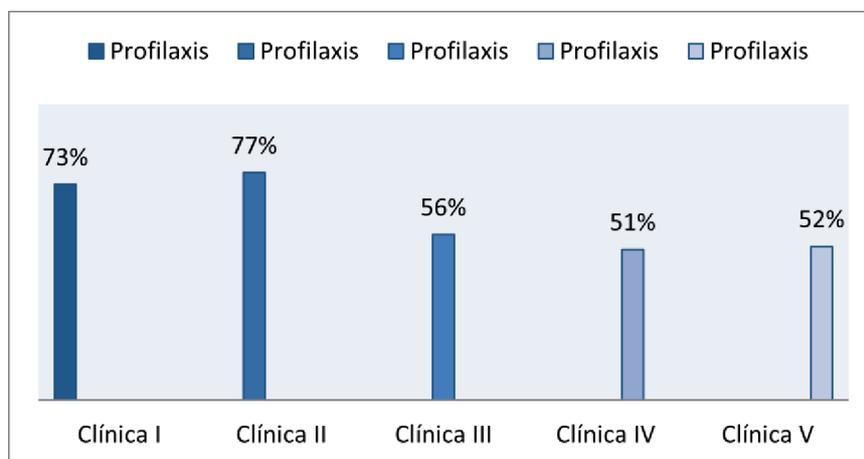


Figura 27. Tratamiento realizado más frecuente por Nivel de Clínica.

CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

Para poder identificar el motivo de consulta más frecuente de los pacientes adultos mayores de edad en el Centro de Atención Odontológico de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas, fue necesario realizar una subcategorización de la variable *Motivo de consulta*, para lo cual se realizó una prueba piloto de 50 historias clínicas, dentro de las cuales se evidenciaron motivos de consulta que se presentaban con mayor frecuencia. Con base a esto se pudieron determinar las seis subcategorías para esta variable.

También se procedió a realizar una revisión bibliográfica, donde se encontró que para el estudio “Demanda, procedencia, motivo de consulta y destino de los pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica central durante el período de 1999 – 2003” realizado en la Universidad Peruana Cayetano Heredia, se agruparon los motivos de consulta en varias categorías: *Ortodoncia*, *Tratamiento integral*, *Caries*, *Dolor* (provocado por: fístula, extracción, sensibilidad dental, etc.), *Control* (evaluación, revisión, chequeo) y *Otros*: (“falta de dientes”, movilidad dentaria, hábitos, estética, tratamiento pulpar, periodoncia). Esta categorización se la hizo tomando en cuenta que en la mencionada Clínica se realizan tratamientos ortodónticos y además había estudios previos a este, que ya señalaban una categorización de Motivo de consulta. (Alarcón, 2005, pp.5-10)

En la literatura revisada se buscaron estudios que sustenten los resultados de esta investigación, y se encontró uno realizado por Araya y Hernández (2008) en la Clínica de Especialidades Odontológicas de la “Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología” (ULACIT) en la que se relacionó las tres variables principales, que también se presentan en este estudio: motivo de consulta, diagnóstico y tratamiento realizado.

En la presente investigación se obtuvo como muestra 814 historias clínicas correspondientes a 814 pacientes que asistieron al Centro de Atención

Odontológico de la UDLA, de los cuales el 54% pertenecieron a mujeres y el 46% a hombres; mientras que en Costa Rica, Araya y Hernández (2008) en su estudio realizado en la Clínica de Especialidades Odontológicas de la ULACIT, señalan que de una muestra de 215 pacientes hubo mayor influencia del sexo femenino (61%) en relación al sexo masculino (39%). En otro estudio, realizado durante el primer trimestre del año 1999 conjuntamente con la Escuela Superior de Administración y Dirección de Empresas (ESADE) y los investigadores Galluci y Díaz (2003), determinaron cuál era la opinión, el conocimiento y la actitud de los residentes en España sobre los servicios odontológicos y las clínicas dentales. Por lo cual se analizó un universo de 1.000 personas con la asistencia de 502 mujeres y de 498 hombres. (Galluci y Díaz, 2003, p.9)

Estos tres estudios confirman que las mujeres son las que más se preocupan por su salud oral, por lo tanto buscan mayor atención en los centros odontológicos.

Las edades de los pacientes que acudieron al Centro de Atención Odontológico de la UDLA durante el período octubre 2014 a enero 2015 estuvieron comprendidas desde 18 hasta los 93 años, siendo la edad promedio de 35 años. Según Araya y Hernández (2008) en su estudio realizado entre el 2005 y el 2006, la edad mínima fue 16 y la edad máxima 75 años y la edad más concentrada de pacientes fue 41.3 años. (Araya y Hernández, 2008, p.53)

En función de esta comparación, se puede asumir que el grupo de edad, que acude al odontólogo con mayor frecuencia son los adultos jóvenes, ya que se considera que este grupo puede estar asociado a una etapa productiva en la que es fundamental cuidar su salud oral.

En la población objeto de esta investigación, la mayoría de los pacientes acude al Centro de Atención Odontológico de la Facultad, por limpieza dental alcanzando así el 52%, mientras que en la “Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología” (ULACIT) el 57% de los pacientes acudieron por revisión; lo que al parecer en ambos estudios los pacientes demuestran preocupación

por su salud bucal, mostrando una actitud preventiva y no acudiendo mayormente por una emergencia -dolor-. (Araya y Hernández, 2008, p.57)

Por otro lado, existen motivos de consulta que demuestran el descuido de la salud oral por parte de los pacientes, pues estos acuden muy tarde a la consulta odontológica. El 9% del total de la población de este estudio acude al Centro de Atención Odontológico de la UDLA por dolor dental, mientras que en el trabajo realizado por De Lacerdaa y colaboradores (2004), en una cooperativa localizada en Santa Catarina, Estado de Brasil, la razón por la que más acudieron los pacientes al servicio odontológico fue dolor dental con el 18,7% en relación con su universo. (De Lacerdaa et al, 2004, p.455)

En una investigación realizada en el Centro de Salud N°4 "Tandacatu en Cuenca - Ecuador en el año 2012, se registró que las personas mayores de 20 años presentaron como motivos de consulta más comunes: revisión dental con el 50,29%, seguido por dolor con el 23,10% y "para curarse los dientes" con el 11,70%. (Iñiguez y Méndez, 2014, p.15). Algo similar se encontró en esta investigación, pues las personas mayores de 20 años presentaron con mayor frecuencia: Limpieza dental con el 49%, seguido de Revisión con el 22% y en tercer lugar Otros (*calzar, control, movilidad, etc.*) con el 12%.

En lo que se refiere al diagnóstico, en este estudio la caries fue el diagnóstico que prevaleció en las personas mayores de 20 años, con el 80%; seguido de desdentados que presentó 7% y en tercer lugar gingivitis con el 4%; así como en la investigación de Iñiguez y Méndez (2014) también a partir de los 20 años la caries fue el diagnóstico que más prevalencia tuvo, alcanzando un 45,91%, seguido de la gingivitis que presentó el 27,78% y por último la periodontitis con el 4,09%. (Iñiguez y Méndez, 2014, p.20)

Comparando los grupos de edad de este estudio con los grupos de edad del estudio realizado por la ESADE en España, cabe destacar que en la Centro de Atención Odontológico de la UDLA, el grupo de 21 a 40 años acudió por limpieza dental (59%), armonizando con el estudio de estos autores, pues en el

que el grupo de 26 a 35 años la demanda que más sobresalió fue limpieza con un 62%. (Galluci y Díaz, 2003, p.26)

En este estudio apenas el 2% de pacientes entre 41 a 59 años solicitó “sacar la muela”, en comparación con el grupo de personas entre 46 a 55 años del estudio de la ESADE en España, donde se evidencia una mayor demanda de extracciones, llegando a cifras altas como de 60%. (Galluci y Díaz, 2003, p.26)

En el presente estudio, el 36% de las personas igual o mayores a 60 años, acudieron basados en su necesidad de prótesis, lo que coincide con la investigación realizada en España donde se observa una gran similitud, el 37% de personas de entre 56 a 70 años han demandado prótesis. (Galluci y Díaz, 2003, p.27)

En la población total de este estudio, el diagnóstico que mayor frecuencia tuvo fue el de *caries* con el 82%, le sigue el de *desdentado* con el 7% y en tercer lugar *gingivitis* con el 4%. Esto coincide con el estudio de Araya y Hernández (2008), pues el diagnóstico más frecuente también fue caries ocupando el 95.8%, le siguió la enfermedad periodontal con un 70.7% y finalmente la enfermedad pulpar con el 41%. Esto claramente guarda relación con la literatura, ya que demuestra que la afección bucodental que tiene más prevalencia en el mundo es la caries, representando un problema serio de salud pública. (Araya y Hernández, 2008, p.57)

Así mismo el tratamiento realizado presentado con mayor frecuencia en este estudio, fue la profilaxis con un 62%, le sigue operatoria con el 18%, exodoncias con el 7%, tratamientos protésicos con un 4% y tratamientos endodónticos con el 2%. Entretanto en la Clínica de Especialidades Odontológicas de la ULACIT, los tratamientos mayormente realizados fueron: operatoria 66%, tratamientos periodontales 63%, prostodoncia 49.3% y el último lugar lo ocupan las exodoncias. (Araya y Hernández, 2008, p.58). No hay mucha diferencia en el estudio del ENADE donde los tratamientos que han seguido los españoles en los últimos 5 años fueron: restauraciones (59%),

limpiezas (53%), revisiones (52%) y extracciones (46%). (Galluci y Díaz, 2003, p.26)

Basándose en que el Centro de Atención Odontológico de la Facultad es un centro académico asistencial, donde además de brindar una atención integral a las personas, es también una instancia muy importante para el progreso de las praxis pre-profesionales del estudiante, este último debe cumplir un número de trabajos específicos que le son asignados en cada nivel de clínica. Para todos los tratamientos que deban ser realizados es obligación del estudiante realizar un acondicionamiento previo, como es la limpieza dental (profilaxis). Por todo ello, es que este tratamiento (limpieza dental) es el realizado con mayor frecuencia dentro del Centro de Atención Odontológico de la UDLA.

CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

- El motivo de consulta más frecuente de los pacientes mayores de edad que acudieron al Centro de Atención Odontológico de la UDLA, durante el período octubre del 2014 a enero del 2015, fue la *Limpieza dental* (profilaxis) con el 52% independientemente del sexo y edad. Por este resultado obtenido, se concluye que la hipótesis planteada se cumplió.
- Sin embargo, se considera que esta actividad odontológica es un requerimiento académico para todos los estudiantes que atienden en el Centro, por lo tanto este resultado debe ser manejado con precaución. Por otro lado, el segundo motivo de consulta más frecuente fue *Revisión* (21%). En los niveles de clínica (I, II, III y IV) el motivo que más prevaleció fue, *Limpieza dental* (profilaxis); con excepción de la clínica V, en la que el motivo mayormente registrado fue, *Prótesis*.
- En todos los grupos de edad, el motivo más común fue, *Limpieza dental* (profilaxis); a excepción del grupo de la Tercera edad, donde el motivo más frecuente fue, *Prótesis* (36%).
- En los cuatro primeros niveles de clínica, el motivo de consulta más frecuente en la Adolescencia tardía (≤ 20 años) fue, *Limpieza dental* (profilaxis). Mientras que en la clínica V, fueron: *Revisión*, *Dolor*, *Sacar la muela* y *Otros* (movilidad, puente, dientes manchados), todos con el 25%. En todos los niveles de clínica, el motivo más frecuente en el grupo Adulto joven (21 a 40 años) fue, *Limpieza dental* (profilaxis).
- En los dos primeros niveles de clínica (I y II), el motivo con mayor frecuencia en Adulto maduro (41 a 59 años) fue, *Limpieza dental* (profilaxis); en las clínicas III y IV fue, *Revisión*; y en la clínica V fueron: *Revisión* y *Otros* ambos con el 29%. En el grupo de la Tercera Edad (\geq

60 años), los motivos más frecuentes que se registraron en la clínica I fueron: *Revisión* y *Dolor* ambos con el 50%; en la clínica II fue, *Limpieza dental* (profilaxis) con el 89%; en la clínica III fueron: *Limpieza dental* (profilaxis) y *Otros*, ambos con el 33%; en la clínica IV fue, *Otros* (29%); y en la clínica V fue, *Prótesis* (69%).

- En las tres primeras clínicas (I, II y III), tanto hombres como mujeres van por *Limpieza dental* (profilaxis); en la clínica IV, los hombres van por: *Limpieza dental* y *Revisión*, y las mujeres van por, *Limpieza dental* (profilaxis). Por último en la clínica V, hombres y mujeres van por, *Prótesis*.
- Se determinó que en todos los niveles de clínica (I, II, III, IV y V) la actividad más frecuente fue el diagnóstico de *Caries* (82%). Y el tratamiento realizado con mayor frecuencia, fue *Profilaxis* (62%), seguido de *Operatoria* (18%).

7.2 RECOMENDACIONES

- Consideramos que los resultados de este trabajo son indicadores para el mejoramiento de la atención a los pacientes en el *Centro de Atención Odontológico* de la UDLA, pues nos han facilitado identificar la razón principal de necesidad de atención de los pacientes, para así elaborar programas o campañas de prevención que de manera didáctica y a través de publicidad virtual, se mantenga o se mejore la actitud preventiva en los pacientes (desde los jóvenes hasta personas mayores).
- A los estudiantes que atienden en el *Centro de Atención Odontológico de la UDLA*, se recomienda dar mayor importancia a definir el motivo por el cual los pacientes acuden a un Centro Odontológico, por la razón que es paso importante para obtener un adecuado diagnóstico y un buen plan de tratamiento.

- Teniendo una perspectiva de la atención odontológica brindada a los pacientes que acuden al Centro, se facilita una planificación adecuada de los insumos necesarios requeridos para brindar una mejor atención.
- Realizar nuevas investigaciones, que permita conocer el motivo de consulta, diagnóstico y tratamiento realizado con mayor frecuencia en una población de (menores de 18 años) que acudan al *Centro de Atención Odontológico*.
- Se requiere capacitaciones continuas sobre los protocolos de atención tanto para docentes y alumnos; y realizar un seguimiento de los procedimientos clínicos con mayor rigurosidad, lo cual redundará en una mejor atención.
- Por las observaciones de este estudio, se considera necesario mejorar el registro de la historia clínica, ya que este es un documento administrativo, docente, de investigación y legal.
- Tener presente que la “materia alba” no es un diagnóstico, sino un factor de riesgo para la presencia de gingivitis. Por ende debe haber el suficiente control y la mayor vigilancia por parte de los tutores de clínicas, para que exista el registro correcto de la enfermedad diagnosticada al paciente.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Tabla 26. Cronograma de actividades.

	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Tema del proyecto												
Planteamiento del Problema												
Recolección de datos												
Aprobación del proyecto												
Corrección inicial del proyecto												
Desarrollo del Protocolo inicial												
Prueba piloto												
Correcciones del proyecto												
Validación del instrumento												
Recolección de la muestra												
Tabulación y análisis												
Resultados												

PRESUPUESTO

Tabla 27. Presupuesto.

EGRESOS	COSTOS
Internet	20.00\$
Copias	30.00\$
Impresiones	100.00\$
Tabulación y Estadístico	150.00\$
Transporte	40.00\$
Alimentación	50.00\$
Empastado	102.00\$
TOTAL EGRESOS	492.00\$

REFERENCIAS

- Aguilar, S. (2005). *Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud*. Salud en Tabasco, 11(1-2), 333-338. Recuperado el 25 de mayo del 2015 de <http://drtesis.pe/wp-content/uploads/2014/10/teoria-del-calculodemuestra.pdf>
- Alarcón, G. (2005). *Demanda, procedencia, motivo de consulta y destino de los pacientes pediatras atendidos en la clínica Estomatológica Central durante el periodo de 1999-2003*. (Tesis de bachiller en odontología) Universidad Peruana Cayetano Heredia. Recuperado el 11 de mayo del 2015 de <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/GLORIAPAOLAALARCONCHAVEZ.pdf>
- Aquino, A. Lovera, M. Rojas, D. y Segovia, I. (2013). *“Motivos que llevan al paciente a la consulta odontológica, en Encarnación en el año 2.013”* Universidad Católica “Nuestra Señora De La Asunción”. Recuperado el 5 de mayo del 2015 de <http://www.uci.edu.py/wp-content/uploads/2013/11/%E2%80%9CMotivos-que-llevan-al-paciente-a-la-consulta-odontol%C3%B3gica-en-Encarnaci%C3%B3n-en-el-a%C3%B1o-2.013%E2%80%9D.pdf>
- Araya, V. y Hernández, P. (2008). *Demanda Real y Potencial de Tratamiento Odontológico de la Población Adulta Atendida en la Clínica de Especialidades Odontológicas ULACIT, durante el período de enero del 2005 a enero del 2006*. Revista iDental 1(1), 51-60. Recuperado el 9 de mayo del 2015 de <http://www.ulacit.ac.cr/files/documentosULACIT/iDental/volumen%201/iD105.pdf>
- Barrancos, M. (2006). Operatoria dental. *Integración clínica*. (4ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Medica Panamericana.
- Bordoni, N., Escobar, A. y Castillo, R. (2010). *Odontología Pediátrica: La Salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. Buenos Aires, Argentina: Medica Panamericana.

- Cedano, P., Cruz, S., Batista, C., Méndez, P., y Gutierrez, V. (2011). *Principales motivos de consulta general y relación con el diagnóstico en pacientes que asisten al centro de salud divina providencia*. Rev Méd Dom, 72(2), 21-25. Recuperado el 21 de marzo del 2015 de <http://www.bvs.org.do/revistas/rmd/2011/72/02/RMD-2011-72-02-021-025.pdf>
- Cigales, A., Chaviano, M., Sánchez, Z., Robaina, E. D. R., y García, M. (2011). *Comportamiento epidemiológico de urgencia por caries dental. Policlínico Universitario 7 de Diciembre. Jagüey Grande. Septiembre-diciembre 2007*. Revista Médica Electrónica, 33(4), 416-422. Recuperado el 12 de marzo del 2015 de <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v33n4/spu03411.pdf>
- Cohen, H. y Hargreaves, K. (2011). *Vías de la pulpa*. (10^{ma} ed.). Barcelona, España: Elsevier.
- Cuenca, E. y Baca, P. (2013). *Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. (4^a ed.). Barcelona, España: Elsevier.
- De Lacerda, J., Simionatob, E., Peres, K., Peres, M., Traebert, J. y Marcenes, W. (2004). *Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta*. Revista Salud Pública, 38 (3): 453-8. Recuperado el 5 de mayo del 2015 de <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v38n3/20664.pdf>
- Duque, L. y Rubio, H. (2006). *Semiología médica integral*. [Versión electrónica] Recuperado el 1 de agosto del 2014 de <https://books.google.es/books?id=AqkUJ-UVcWcC&printsec=frontcover&dq=Semiolog%C3%ADa+m%C3%A9dica+integral&hl=en&sa=X&ei=G10wVdyjA4HzsAXOmYPoCg&ved=0CCQ6AEwAA#v=onepage&q=Semiolog%C3%ADa%20m%C3%A9dica%20integral&f=false>
- Echeverría, J. y Pumarola, J. (2008). *El Manual de Odontología*. (2^a ed.). Barcelona: Elsevier.

- Fombella, M. y Cereijo, M (2012). *Historia de la historia clínica*. Galicia Clínica, 73 (1), 21-26 Recuperado el 21 de enero del 2015 de www.galiciaclinica.info/PDF/16/291.pdf
- Galluci, C. y Tejerina, L. (2003). *La demanda de los servicios dentales en España*. Fundación Dental. Madrid, España: Letra Clara. Recuperado el 16 de diciembre del 2014 de http://www.consejodentistas.es/pdf/Demanda_Servicios.pdf
- Giglio, M. y Nicolosi, Liliana. (2000). *Semiología en la práctica de la Odontología*. Santiago de Chile, Chile: McGraw-Hill.
- Gleade, J. (2009). *Historia clínica y exploración física en una mirada*. (2da ed.). México, D.F, México: McGraw-Hill.
- Goic, A., Chamarro, G. y Reyes, H. (2010). *Semiología médica*. (3ªed.) Santiago de Chile, Chile: Mediterráneo.
- Higashida, B. (2009). *Odontología Preventiva*. (2ªed.). México, D.F, México: McGraw-Hill.
- Iñiguez, M. y Méndez, D. (2014). *Perfil Epidemiológico de Salud Bucal de los pacientes del Centro de Salud N°4 "Tandacatu" de Cuenca 2012*. Universidad de Cuenca, Cuenca. Recuperado el 23 de abril del 2015 de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20532/1/tesis%20empastar.pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, (2008). *Manual de Uso del Formulario 033 HISTORIA CLÍNICA ÚNICA DE ODONTOLOGÍA*. Recuperado el 12 de agosto del 2014 de <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/HISTORIA%20CL%C3%8DNICA%20%C3%9ANICA%20DE%20SALUD%20BUCAL.pdf>
- Navarro, M., Márquez, J., Márquez, M. y Pedregal, M. (2004). *Valoración de los usuarios de un Centro de Salud respecto a la atención recibida en materia de salud oral*. Medicina de Familia 5(2), Recuperado el 29 de agosto del 2014 de <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v5n2/05.pdf>

- Newman, M., Takei, H., Klokkevold, P. y Carranza, F. (2010). *Carranza Periodontología clínica*. (10^{ma} ed.). México, D.F., México: Mc Graw Hill.
- Organización Mundial de la Salud, (2004). *La OMS publica un nuevo informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales*. Recuperado el 18 de abril del 2015 de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>
- Rahman, A. (s.f). *La salud bucal puede afectar la salud general*. Recuperado el 21 de marzo del 2015 de www.ucsfchildcarehealth.org/pdfs/factsheets/Oral_General_HealthSP08.pdf
- Real Academia Española (2015). Recuperado el 16 de junio del 2015 de <http://www.rae.es/>
- Ríos, M., Herrera, A. y Rojas, G. (2014) *Ansiedad dental: Evaluación y tratamiento*. *Avances en Odontoestomatología* 30 (1). Recuperado el 13 de septiembre del 2014 de <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v30n1/original4.pdf>
- Rivero, Z., Maldonado, A., Bracho, Á., Gotera, J., Atencio, R., Leal, M., ... & Silva, C. (2007). *Enteroparasitosis en indígenas de la comunidad Japrería, Estado Zulia, Venezuela*. *Interciencia: Revista de ciencia y tecnología de América*, 32(4), 270-273. Recuperado el 18 de mayo del 2015 de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3073613&orden=266581&info=link>
- Surós, J. y Surós, A. (2001). *Semiología médica y técnica exploratoria*. (8^a ed.). Barcelona: Elsevier. [Versión electrónica] Recuperado el 4 de marzo del 2015 de https://books.google.es/books?id=weny_PBNun0C&printsec=frontcover&dq=semiologia+medica+y+tecnica+exploratoria&hl=en&sa=X&ei=MWIwVfHVCITZsAXxh4DwCg&ved=0CCQQ6AEwAA#v=onepage&q=semiologia%20medica%20y%20tecnica%20exploratoria&f=false
- Torres, A. *Comportamiento epidemiológico del adulto mayor según su tipología familiar*. (Tesis de diplomado). Universidad de Colima. Recuperado el

11 de abril del 2015 de
http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/TORRES_OLMEDO_ANA_EMANUELLE.pdf

Villafranca, F., Mondragón, M., Suárez, A., González, L., Iglesias L., Méndez, C.,...Fernández, J. *Higienistas dentales Servicios de Salud de Castilla y León Sacyl*. (1ª ed.). Sevilla, España: MAD. [Versión electrónica] Recuperado el 27 de mayo del 2015 de <https://books.google.com.ec/books?id=IDfSL5xhQ1sC&pg=PA2&dq=Higienistas+dentales+Servicios+de+Salud+de+Castilla+y+Le%C3%B3n+Sacyl.&hl=es&sa=X&ei=9F5mVbGIHZK0sATzviGwCQ&ved=0CBwQ6AEwAA#v=onepage&q=Higienistas%20dentales%20Servicios%20de%20Salud%20de%20Castilla%20y%20Le%C3%B3n%20Sacyl.&f=false>

Villafranca, F., Mondragón, M., Suárez, A., González, L., Iglesias L., Méndez, C.,...Fernández, J. (2006). *Técnico Especialista Higienista Dental del Servicio Gallego de Salud (SERGAS)*. (1ª ed.). Sevilla, España: MAD. Recuperado el 22 de febrero del 2015 de [https://books.google.es/books?id=e_0S9azpnmMC&pg=SL26-PA2&dq=T%C3%A9cnico+Especialista+Higienista+Dental+del+Servicio+Gallego+de+Salud+%28SERGAS%29.&hl=en&sa=X&ei=JldmVceQC8yxsAT2qIHQAaw&ved=0CDAQ6AEwAQ#v=onepage&q=T%C3%A9cnico%20Especialista%20Higienista%20Dental%20del%20Servicio%20Gallego%20de%20Salud%20\(SERGAS\).&f=false](https://books.google.es/books?id=e_0S9azpnmMC&pg=SL26-PA2&dq=T%C3%A9cnico+Especialista+Higienista+Dental+del+Servicio+Gallego+de+Salud+%28SERGAS%29.&hl=en&sa=X&ei=JldmVceQC8yxsAT2qIHQAaw&ved=0CDAQ6AEwAQ#v=onepage&q=T%C3%A9cnico%20Especialista%20Higienista%20Dental%20del%20Servicio%20Gallego%20de%20Salud%20(SERGAS).&f=false)

ANEXOS

Anexo 1. Fórmula para la obtención de la muestra

$$n = \frac{N Z^2 * pq}{d^2 (N - 1) + Z^2 pq}$$

- **Ecuación 1.**

$$\frac{667(1,645)^2 * (0,5)(0,5)}{(0,05)^2 (667 - 1) + (1,645)^2 * (0,5)(0,5)} = 192,82 = \mathbf{193}$$

- **Ecuación 2.**

$$\frac{858(1,645)^2 * (0,5)(0,5)}{(0,05)^2 (858 - 1) + (1,645)^2 * (0,5)(0,5)} = 205,90 = \mathbf{206}$$

- **Ecuación 3.**

$$\frac{246(1,645)^2 * (0,5)(0,5)}{(0,05)^2 (246 - 1) + (1,645)^2 * (0,5)(0,5)} = 129,10 = \mathbf{129}$$

- **Ecuación 4.**

$$\frac{337(1,645)^2 * (0,5)(0,5)}{(0,05)^2 (337 - 1) + (1,645)^2 * (0,5)(0,5)} = 150,33 = \mathbf{150}$$

- **Ecuación 5.**

$$\frac{272(1,645)^2 * (0,5)(0,5)}{(0,05)^2 (272 - 1) + (1,645)^2 * (0,5)(0,5)} = 135,90 = \mathbf{136}$$

Nivel de clínica	Número de historias clínicas
I	667
II	858
III	246
IV	337
V	272
TOTAL	2380

Donde:

n = tamaño de la muestra

N = (número de historias clínicas de cada nivel de clínica)

Z = (1,645)

p = (0,5)

q = (0,5)

d = (0,05)

Anexo 2. Solicitud al Decano de la Facultad de Odontología.

Quito, 27 de noviembre del 2014

Dr.

Eduardo Flores.

DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS.

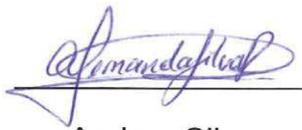
Presente.

De mis consideraciones:

Yo, Andrea Fernanda Silva Rojas, con número de matrícula 501582, alumna de noveno semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas, me dirijo a usted muy comedidamente para solicitarle me sea autorizada la revisión de las historias clínicas correspondientes a los alumnos de clínica I, II, III, IV y V; ya que estos datos serán útiles para el proyecto de investigación que estoy realizando, cuyo tema es: "MOTIVO DE CONSULTA MÁS FRECUENTE DE LOS PACIENTES MAYORES DE EDAD QUE ASISTEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS, EN EL PERIODO OCTUBRE DEL 2014 A ENERO DEL 2015".

Por la favorable atención que se sirva dar a la presente, anticipo mis agradecimientos

Atentamente:



Andrea Silva
172092537-7


UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS
Autorización:
.....
Dr. Eduardo Flores
DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Decano de la Facultad de Odontología
de la Universidad de las Américas.

Anexo 3. Solicitud a la Coordinadora del Centro de Atención Odontológico.

Quito, 27 de noviembre del 2014

Dra.

María Lupe Poussin.

**COORDINADORA DEL CENTRO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICO DE LA
UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS**

Presente.

De mis consideraciones:

Yo, Andrea Fernanda Silva Rojas, con número de matrícula 501582, alumna de noveno semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas, me dirijo a usted muy comedidamente para solicitarle me sea autorizada la revisión de las historias clínicas correspondientes a los alumnos de clínica I, II, III, IV y V; ya que estos datos serán útiles para el proyecto de investigación que estoy realizando, cuyo tema es: "MOTIVO DE CONSULTA MÁS FRECUENTE DE LOS PACIENTES MAYORES DE EDAD QUE ASISTEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS, EN EL PERIODO OCTUBRE DEL 2014 A ENERO DEL 2015".

Por la favorable atención que se sirva dar a la presente, anticipo mis agradecimientos

Atentamente:



Andrea Silva

172092537-7

Autorización:



Coordinadora del Centro de Atención

Odontológico de la Universidad de las Américas.

Anexo 4. Instrumento del estudio. TABLA DE RECOECCIÓN DE DATOS.

No.	Estudiante	Nivel de Clínica	No. HCL	Edad del pcte.	Sexo del pcte.	MOTIVO DE CONSULTA						
						Si: S No: N	Si: S No: N	Si: S No: N	Si: S No: N	Si: S No: N	Si: S No: N	
						Revisión	Limpieza dental	Dolor	Sacar la muela	Prótesis	Otros	Observaciones
1	AGUILERA JOHANA	V	15068	64	M	N	N	N	N	S	N	
2	AGUILERA JOHANA	V	17501	42	F	N	S	N	N	N	N	
3	AGUILERA JOHANA	V	14002	33	M	N	N	N	N	N	S	MOVILIDAD
4	ARAGUNDI ANA	V	14774	46	F	N	N	N	N	N	S	PUENTE
5	ARAGUNDI ANA	V	15286	75	M	N	N	N	N	S	N	
6	ARAGUNDI ANA	V	16911	38	F	N	N	N	S	N	N	
7	ARAGUNDI ANA	V	15810	28	M	S	N	N	N	N	N	
8	ARBOLEDA ESTEFANI	V	17167	26	F	N	S	N	N	N	N	
9	ARBOLEDA ESTEFANI	V	13833	53	F	N	N	N	N	S	N	
10	AZANZA SOFIA	V	14228	48	M	S	N	N	N	N	N	
11	AZANZA SOFIA	V	13930	69	F	N	N	N	N	S	N	
12	AZANZA SOFIA	V	13787	42	F	N	S	N	N	N	N	
13	CANDO ESTEBAN	V	14290	56	M	N	N	N	N	S	N	
14	CANDO ESTEBAN	V	16298	24	F	N	S	N	N	N	N	
15	CANDO ESTEBAN	V	16269	40	M	N	S	N	N	N	N	

DIAGNÓSTICO							
Si: S No: N	Si: S No: N	Si: S No: N	Si: S No: N	Si: S No: N	Si: S No: N	Si: S No: N	
Caries	Gingivitis	Enfermedad Periodontal	Enfermedad Pulpar	Foco séptico y terceros molares	Desdentado	Otros	Observaciones
N	N	N	N	N	N	N	
N	N	N	N	N	N	N	
N	N	N	N	N	N	S	MOVILIDAD
N	N	N	N	N	N	N	
N	N	N	N	N	N	N	
S	S	N	N	N	N	N	
N	N	N	N	N	N	N	
S	N	N	N	N	N	N	
N	N	N	N	N	S	N	
N	N	N	N	N	N	N	
N	N	N	N	N	N	N	
N	N	N	N	N	S	N	
N	N	N	N	N	N	N	
S	S	N	N	S	N	N	
S	S	N	N	N	N	N	

TRATAMIENTOS REALIZADOS							
Si: S No: N	Si: S No: N	Si: S No: N	Si: S No: N	Si: S No: N	Si: S No: N	Si: S No: N	
Operatoria	Profilaxis	Raspado y alisado radicular	Tratamiento endodóntico	Exodoncias	Tratamiento protésico	Otros	Observaciones
N	N	N	N	S	S	N	
N	S	N	N	N	N	N	
S	S	S	N	S	N	N	
N	S	N	N	N	N	N	
N	S	N	N	N	S	N	
N	S	N	N	N	N	N	
N	S	N	N	N	N	N	
N	S	N	N	N	N	N	
N	N	N	N	N	S	N	
N	S	N	N	N	N	N	
N	S	N	N	S	S	N	
N	S	N	N	S	N	S	INC
N	N	N	N	N	S	N	
N	N	N	N	S	N	N	
N	S	N	N	N	N	N	

Anexo 5. Fuente indirecta: HISTORIA CLÍNICA.



CENTRO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA 15351

HISTORIA CLÍNICA

ALUMNO: _____ DOCENTE: _____

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN	N° HISTORIA CLÍNICA
MSP	UDLA	81	PARROQUIA: 53 CANTÓN: 01 PROVINCIA: 17	1723677033

1. REGISTRO PRIMERA ADMISIÓN

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	N° CÉDULA CIUDADANÍA
Intrigo	Manzano	Karina	Alejandra	1723677033
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA (CALLE Y N° - MANZANA Y CASA)		BARRIO	PARROQUIA	CANTÓN
García Moreno E405 y Padre Los Garzón		Centro	Cumbaya	Quito
PROVINCIA		ZONA RURAL	N° TELÉFONO	
Pichincha		R	2890294	
FECHA NACIMIENTO	LUGAR NACIMIENTO	NACIONALIDAD (PAÍS)	GRUPO CULTURAL	EDAD
73-Junio-95	Quito	Ecuatoriana	Mestiza	19
SEXO	ESTADO CIVIL	INSTRUCCIÓN ÚLTIMO AÑO APROBADO		
M	SOL	Superior		
FECHA DE ADMISIÓN	OCUPACIÓN	EMPRESA	TIPO SEGURO SALUD	REFERIDO DE
31-10-14	Estudiante	—	No presenta	Corb Navarrete
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:		PARENTESCO - AFINIDAD	DIRECCIÓN	N° TELÉFONO
Tel Intrigo		Padre	Cumbaya	0999907013

CCO = CÓDIGO U = URBANA R = RURAL M = MASCULINO F = FEMENINO SOL = SOLTERO CAS = CASADO DIV = DIVORCIADO VIU = VIUDO UL = UNIÓN LIBRE

ADMISIONISTA 01

2. REGISTRO DE NUEVAS ADMISIONES PARA ATENCIONES DE PRIMERA VEZ

N°	FECHA	EDAD	REFERIDO DE	PRIMERA SUB SECUENTE	CÓDIGO ADMISIONISTA	N°	FECHA	EDAD	REFERIDO DE	PRIMERA SUB SECUENTE	CÓDIGO ADMISIONISTA
1	31-10-14	19	Corb Navarrete	X		11					
2						12					
3						13					
4						14					
5						15					
6						16					
7						17					
8						18					
9						19					
10						20					

3. REGISTRO DE CAMBIOS

	FECHA	ESTADO CIVIL	INSTRUCCIÓN	OCUPACIÓN	EMPRESA	TIPO SEGURO SALUD
1						
DIRECCIÓN RESIDENCIA (CALLE Y N° - MANZANA Y CASA) BARRIO PARROQUIA CANTÓN PROVINCIA ZONA RURAL N° TELÉFONO						
2						
DIRECCIÓN RESIDENCIA (CALLE Y N° - MANZANA Y CASA) BARRIO PARROQUIA CANTÓN PROVINCIA ZONA RURAL N° TELÉFONO						
3						
DIRECCIÓN RESIDENCIA (CALLE Y N° - MANZANA Y CASA) BARRIO PARROQUIA CANTÓN PROVINCIA ZONA RURAL N° TELÉFONO						
4						
DIRECCIÓN RESIDENCIA (CALLE Y N° - MANZANA Y CASA) BARRIO PARROQUIA CANTÓN PROVINCIA ZONA RURAL N° TELÉFONO						

4. INFORMACIÓN ADICIONAL

ESPACIO RESERVADO PARA REGISTRAR OTROS DATOS ESPECÍFICOS DEL USUARIO REQUERIDOS POR LA INSTITUCIÓN QUE CONSTA EN EL ENCABEZAMIENTO

SNS - MSP / HCU - form. 001 / 2008 ADMISIÓN



ODONTOGRAMA

ESTABLECIMIENTO MSP	NOMBRE Karina	APELLIDO Intiago	SEXO (M-F) F	EDAD 19	Nº HISTORIA CLÍNICA 172367033
------------------------	------------------	---------------------	-----------------	------------	----------------------------------

MENOR DE 1 AÑO	1 - 4 AÑOS	5 - 9 AÑOS PROGRAMADO	5 - 14 AÑOS NO PROGRAMADO	10 - 14 AÑOS PROGRAMADO	15 - 19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA
----------------	------------	-----------------------	---------------------------	-------------------------	--------------	------------------	------------

1. MOTIVO DE CONSULTA ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE

"Por una Imprudencia"

2. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL REGISTRAR SÍNTOMAS: CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL.

No presenta enfermedad actual

3. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMORRAGIAS	4. VIH/SIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSIÓN	9. ENFERMEDAD GÁSTRICA	10. OTROS
------------------------	----------------------	----------------	-------------	-----------------	---------	-------------	-----------------	------------------------	-----------

No refiere antecedentes personales

4. SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDÍACA min	TEMPERATURA °C	F. RESPIRAT. min
------------------	-------------------------	----------------	------------------

5. EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NÚMERO

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRILLOS
9. GLÁNDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. A. T. M.	12. GANGLIOS				

No presenta patología aparente

6. ODONTOGRAMA PINTAR CON: AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL. MOVILIDAD Y RECESIÓN MARCAR "X" (1, 2 ó 3) SI APLICA

7. INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS
PIEZAS DENTALES				LEVE	ANGLE I	LEVE
16	X	17	55	1	0	1
11	X	21	51	1	0	1
26	X	27	65	0	0	0
36	X	37	75	1	0	0
31	X	41	71	1	0	0
46	X	47	85	1	0	1
TOTALES				0.8	0	0.5

8. ÍNDICES CPO - ceo

	C	P	O	TOTAL
D	6	2	6	14
d				
	c	e	o	TOTAL

9. SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

* rojo	SELLANTE NECESARIO	⊗	PÉRDIDA (OTRA CAUSA)	▬	PRÓTESIS TOTAL
* azul	SELLANTE REALIZADO	△	ENDONANCIA	◻	CORONA
X rojo	EXTRACCIÓN INDICADA	□	PRÓTESIS FLU.	○ azul	OBTURADO
X azul	PÉRDIDA POR CARIES	(---)	PRÓTESIS REMOVIBLE	○ rojo	CARIES



10. PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL							
BIOMETRÍA	-	QUÍMICA SANGÜINEA	-	RAYOS - X	-	OTROS	-
1. Historia Clínica							
2. Profilaxis							
3. Restauración							

11. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1	Acresión Dental		K036	X				
2	Caries en Esmalte		K020	X				

FECHA DE APERTURA	23/10/14	FECHA DE CONTROL		PROFESIONAL	Dr. Alvarez	FIRMA	Dr. Eddy Alvarez REHABILITADOR ORAL MSP: 6611163 N° 48	NÚMERO DE HOJA	
-------------------	----------	------------------	--	-------------	-------------	-------	--	----------------	--

12. TRATAMIENTO				
SESIÓN Y FECHA	DIAGNÓSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO Y FIRMA
SESIÓN 1 FECHA				CÓDIGO FIRMA
23/10/14	Acresión Dental K036	Evaluación completa de px nuevo Dosis Profilaxis D110	NO CEMENTOS ni bebidas en 1 hora. Mejoras cepillado	Dr. Eddy Alvarez REHABILITADOR ORAL MSP: 6611163 N° 48
SESIÓN 2 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 3 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 4 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 5 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 6 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 7 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 8 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 9 FECHA				CÓDIGO FIRMA

ANEXO 6. Fotos durante la recolección de los datos.



ANEXO 7. Fotos del Archivo de las historias clínicas.

