



**UAEM** | Universidad Autónoma  
del Estado de México

**“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**CIRUJANO DENTISTA**

**PRESENTAN:**

**P.C.D. ESMERALDA CRUZ BRITO**

**P.C.D. RUTH ARACELI PEDROZA SOTELO**

**DIRECTORES DE TESIS:**

**DRA. EN E.P. MARÍA DE LA LUZ SÁNCHEZ MEDINA**

**DR. EN C.S. ULISES VELÁZQUEZ ENRÍQUEZ**

**REVISORES DE TESIS**

**DRA. EN E. SILVIA CRISTINA MANZUR QUIROGA**

**DRA. EN C. ED. CLEMENTINA JIMÉNEZ GARCÉS**

**TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO JUNIO 2022**

**FO**  
FACULTAD ODONTOLOGIA



"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>7</b>
<b>CAPÍTULO 1</b> .....	<b>8</b>
<b>PREVALENCIA, INCIDENCIA, RENDIMIENTO ACADÉMICO</b> .....	<b>8</b>
1.1 PREVALENCIA.....	9
1.1.1 Tipos de Prevalencia.....	10
1.2 INCIDENCIA .....	10
1.2.1 Tipos de Índice de ingreso .....	11
1.3 DESEMPEÑO Y RENDIMIENTO ACADÉMICO .....	13
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	<b>15</b>
<b>FACTORES RELACIONADOS DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS QUE IMPACTAN EL RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS</b> .....	<b>15</b>
2.1 ANTECEDENTES DE CLASIFICACIÓN DE FACTORES (TIPOS) .....	15
2.2 FACTOR DE ESTRÉS Y DE GÉNERO .....	16
2.3 FACTORES DE ESTRÉS ACADÉMICO Y SÍNTOMAS.....	17
2.4 FACTORES SOCIOAMBIENTALES Y SOCIODEMOGRÁFICOS.....	19
2.5 FACTORES DE ESTRÉS ACADÉMICO Y VARIABLES EDUCATIVAS.....	20
2.6 ESTRÉS ACADÉMICO Y LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO .....	20
2.7 FACTORES SOCIOLÓGICOS.....	21
2.8 FACTORES PSICOLÓGICOS Y PSICOSOCIAL.....	21
2.9 FACTORES RELACIONADOS CON LA ESCUELA .....	22
2.10 FACTORES FAMILIARES .....	23

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

2.11 FACTORES INDIVIDUALES DEL ESTUDIANTE UNIVERSITARIO QUE INFLUYEN EN EL DESEMPEÑO ACADÉMICO .....	24
<b>CAPÍTULO 3 .....</b>	<b>26</b>
<b>ENFERMEDADES SISTÉMICAS .....</b>	<b>26</b>
<b>3.1 ENFERMEDADES PSICOLÓGICAS (TRASTORNOS DE SALUD MENTAL) .....</b>	<b>26</b>
3.1.1 Estrés.....	26
3.1.2 Depresión.....	29
3.1.3 Ansiedad (TA) .....	31
<b>3.2 ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES .....</b>	<b>33</b>
3.2.1 Gastritis.....	33
3.2.2 Colitis ulcerativa (CU) .....	35
3.2.3 Úlcera péptica (UP).....	37
3.2.4 Esofagitis eosinofílica (EE).....	40
3.2.5 Reflujo gastroesofágico (ERGE) .....	42
<b>3.3 ENFERMEDADES OCULARES .....</b>	<b>45</b>
3.3.1 Miopía .....	45
3.3.2 Astigmatismo.....	47
3.3.3 Hiperopía o Hipermetropía .....	49
3.3.4 Diplopía.....	51
<b>3.4 ENFERMEDADES VIRALES.....</b>	<b>52</b>
3.4.1 Hepatitis B.....	52
3.4.2 Varicela .....	54
3.4.3 Amigdalitis.....	57
3.4.4 Tos y gripe .....	60

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

3.4.5 Sarampión.....	62
3.4.6 Herpes bucal.....	64
<b>3.5 ENFERMEDADES RESPIRATORIAS.....</b>	<b>65</b>
3.5.1 Asma.....	65
3.5.2 Neumonía.....	67
3.5.3 Sinusitis.....	69
3.5.4 Rinitis.....	72
3.5.5 Bronquitis.....	74
3.5.6 Alergias.....	76
<b>3.6 ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS.....</b>	<b>78</b>
3.6.1 Acné.....	78
3.6.2 Psoriasis/urticaria.....	80
3.6.3 Dermatitis atópica.....	82
3.6.4 Síndrome de Raynaud.....	84
3.6.5 Queilitis folicular.....	86
<b>3.7 EMBARAZO.....</b>	<b>88</b>
<b>3.8 MENSTRUACIÓN.....</b>	<b>89</b>
<b>3.9 HOSPITALIZACIÓN.....</b>	<b>90</b>
<b>3.10 CIRUGÍA.....</b>	<b>90</b>
<b>3.11 ADICCIÓN.....</b>	<b>90</b>
<b>3.12 ENFERMEDADES ENDÓCRINAS.....</b>	<b>91</b>
<b>3.13 TRAUMATISMO BUCAL.....</b>	<b>91</b>
<b>3.14 DIFICULTAD AUDITIVA.....</b>	<b>91</b>
<b>3.15 ENFERMEDAD AUTOINMUNE.....</b>	<b>91</b>

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

3.16 ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR .....	92
3.17 ENFERMEDAD RENAL .....	92
3.18 ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS .....	92
3.19 DISCAPACIDADES .....	92
3.20 ENFERMEDADES ÓSEAS .....	93
3.21 ENFERMEDADES MUSCULARES .....	93
<b>4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>95</b>
4.1 Pregunta de investigación .....	95
<b>5. JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>96</b>
<b>6. OBJETIVOS .....</b>	<b>98</b>
6.1 OBJETIVO GENERAL .....	98
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	98
<b>7. HIPÓTESIS .....</b>	<b>99</b>
7.1 Hipótesis nula .....	99
<b>8. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>99</b>
8.1 MATERIAL Y MÉTODOS .....	99
8.1.1 Tipo de estudio .....	99
8.1.2 Universo de estudio .....	99
8.1.3 Muestra .....	99
8.2 CRITERIOS .....	100
8.2.1 Criterios de inclusión .....	100
8.2.2 Criterios de exclusión .....	100
8.3 LÍMITES DE ESPACIO Y TIEMPO .....	100
8.4 PROCEDIMIENTO .....	100

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

<b>9. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS .....</b>	<b>102</b>
<b>10. RESULTADOS.....</b>	<b>142</b>
<b>11. DISCUSIÓN .....</b>	<b>144</b>
<b>12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>147</b>
<b>13. ANEXO.....</b>	<b>170</b>

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

## INTRODUCCIÓN

El fracaso académico es un problema que afrontan los estudiantes de Odontología que tienen un rendimiento académico deficiente lo cual los lleva pronto a desertar o a ser dados de baja temporal o permanente de la escuela. Se considera un problema multicausal pero para afrontarlo es necesario indagar desde los mismos estudiantes que es lo que los puede estar afectando.

Para indagar sobre los factores asociados sobre este problema se llevó a cabo un estudio descriptivo con los estudiantes de Odontología en la Universidad Autónoma del Estado de México. Se entrevistó a 200 estudiantes matriculados y por otro lado se revisaron las causas de inasistencia en 303 justificantes emitidos por subdirección académica.

Los resultados indican que los estudiantes se ausentan en mayor índice a causa de alteraciones en su estado de salud o factores predisponentes de alguna enfermedad sistémica, provocando cambios de supervivencia y adaptación en distintas actividades propias de la carrera y manifestando limitaciones en sus competencias de concentración y atención, así como inasistencias, siendo así esto un factor de riesgo para culminar la Licenciatura.

Por lo tanto, como objetivo general, se pretende determinar la prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su rendimiento académico en el periodo 2019A. Para lograrlo la tesis se dividió en tres partes primordiales; la primera teórica, la segunda empírica y en la analítica.

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

## CAPÍTULO 1

### PREVALENCIA, INCIDENCIA, RENDIMIENTO ACADÉMICO.

Es esencial indicar la importancia que tiene la etiología de la enfermedad en cualquier proceso evolutivo del ser humano donde su triángulo epidemiológico causal de las enfermedades está formado por factores causales o indicadores de la enfermedad.



Para esto y un estudio más completo la Epidemiología se encarga de estudiar cualquier enfermedad y la define la Organización Mundial de la Salud (OMS) como: "el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos de enfermedades relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud".<sup>1</sup>

Para Piedrola Gil la epidemiología es vista como una disciplina científica de la medicina que estudia la distribución, frecuencia y factores determinantes de las enfermedades existentes en poblaciones humanas definidas. Integra los métodos y principios de estas ciencias para estudiar la salud y controlar las enfermedades en grupos humanos bien definidos.<sup>2, 3</sup>

Su objetivo es desarrollar y aplicar métodos de observación clínica que den lugar a conclusiones válidas, evitando errores sistemáticos y del azar.

Ramas según Pearson.

- Epidemiología descriptiva: describe el epidemiológico en tiempo, lugar y persona, cuantificando la frecuencia y distribución del fenómeno mediante medidas de incidencia, prevalencia y mortalidad, con la posterior formulación de hipótesis.

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

- Epidemiología analítica: busca establecer posibles relaciones causales entre factores a los que se exponen personas y poblaciones y las enfermedades que presentan mediante la observación y experimentación.
- Epidemiología experimental: Se centra en el control de los sujetos a estudiar y en la aleatorización de la distribución de los individuos en dos grupos, un grupo experimental y un grupo control, pudiendo realizar estudios en animales de laboratorio y con poblaciones humanas.
- Ecoepidemiología: estudia como interaccionan los factores ambientales con las personas y poblaciones en los medios que los rodean y como esto puede repercutir en la evolución de enfermedades como consecuencia de dicha interacción.<sup>4</sup>

Medidas de frecuencia más usadas en epidemiología en una población.

- a. Mortalidad. Es la incidencia de muerte en la población. Es útil para estudiar enfermedades que provocan la muerte y puede ser tanto general como específica.
- b. Morbilidad se refiere a la incidencia de enfermedades en la población, incluyendo tanto enfermedades mortales como no mortales. La enfermedad puede medirse en términos de prevalencia o de incidencia.<sup>5</sup>

## 1.1 PREVALENCIA

Es una medida epidemiológica de morbilidad y frecuencia que mide el número de casos existentes de la enfermedad en un punto particular de tiempo. Para Moreno, López y Corcho la prevalencia representa la probabilidad de que un individuo sea un caso de dicha enfermedad en un momento específico.

- La prevalencia depende de la incidencia, pero más aún de la duración de la enfermedad.
- Las enfermedades crónicas raras generalmente tienen mayor prevalencia que incidencia. Y de esta forma las dos trabajan en conjunto dependiendo la duración de la enfermedad.

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

### 1.1.1 Tipos de Prevalencia

- De periodo.

Es una proporción que define la frecuencia de una enfermedad en un periodo de tiempo, así como la probabilidad que un individuo sea un caso en cualquier momento dentro de un determinado periodo de tiempo. Toma en cuenta la enfermedad antes y durante el periodo de estudio; y la población durante todo el periodo de estudio, que, desgraciadamente puede cambiar durante este periodo.

- Puntual.

Es la más común y, como un ejemplo podría conocerse el número de individuos internados en un hospital por un cuadro agudo de asma; aquí el número de pacientes internados por un cuadro agudo de asma es el numerador, mientras que el denominador será el total de pacientes internados en el hospital respectivo.

Formula de la Prevalencia: en donde se puede notar que la prevalencia al depender de la incidencia y la duración promedio de la enfermedad puede ser estable, aumenta o disminuye.

$$P=I \cdot T$$

Dónde:

P = Prevalencia de la enfermedad

I = Incidencia

T = Duración promedio de la enfermedad

Prevalencia = Incidencia \* duración de la enfermedad.

### 1.2 INCIDENCIA

Medida epidemiológica de morbilidad y frecuencia que mide el número de casos nuevos de la enfermedad en un periodo de tiempo específico. Expresa la probabilidad y la velocidad con la que los individuos de una población determinada desarrollarán una enfermedad durante cierto periodo.<sup>6</sup>

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

En cualquier enfermedad para la epidemiología descriptiva, lo primordial es conocer cómo se distribuye la enfermedad en la población, por esto lo primero que se tiene que estudiar son 3 características de la distribución de las enfermedades:<sup>7</sup>

- Incidencia según la persona.
- Incidencia según el lugar de residencia.
- Incidencia según el tiempo.

Indicador de la educación.

Este se refiere al número de alumnos matriculados en un determinado nivel de educación, independientemente de la edad, está expresado en porcentaje de la población del grupo de edad teórica correspondiente a ese nivel de enseñanza. Algunos índices como los siguientes tienen relación absoluta para definirlo con mayor individualismo dependiendo la variante a estudiar.

Se trata de procedimientos que proporcionan información relevante acerca de algún aspecto significativo de la situación educativa.<sup>8</sup>

### **1.2.1 Tipos de Índice de ingreso**

Este índice hace referencia al número de nuevos ingresos al primer grado del ciclo o nivel superior de educación especificado en un año determinado, expresado como porcentaje del número de alumnos matriculados en el último grado del ciclo o nivel anterior durante el previo año escolar.<sup>9</sup> Para Bhargava el incremento en el status de salud mejora el nivel de ingreso y este refuerza a su vez las mejoras en la salud, aunque este efecto no es uniforme a todos los niveles de ingreso.<sup>10</sup>

### **Índice o tasa de abandono o deserción escolar**

Es el porcentaje de alumnos o estudiantes que abandonan un grado dado durante un año escolar determinado. Su objetivo es medir el fenómeno caracterizado por alumnos que abandonan la escuela antes de finalizar sus estudios y su efecto en la eficiencia interna de los sistemas educativos.

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

Su fuente de datos viene de registros, encuestas o censos escolares sobre matrícula y repetidores, por grado.

Cuando el índice de abandono o deserción escolar es alto indica problemas de eficiencia interna del sistema educativo.

### **Índice de alfabetización de jóvenes**

Se refiere al número de personas alfabetizadas con una edad entre 15 y 24 años, expresado en porcentaje de la población total de ese grupo de edad y es dependiente de su zona geográfica.

Se considera que una persona está alfabetizada cuando puede leer, escribir y comprender un texto sencillo y corto sobre su vida cotidiana.

Uno de su objetivo es representar una medición resumida de la efectividad del sistema educativo.

Según la elaboración propia en base a datos de Index Mund 2009, la tasa de alfabetismo en México se encontró con un 89.6 % a nivel mundial.<sup>11</sup>

### **Índice de egreso**

Es el número de alumnos que concluyen un nivel educativo, por cada cien de la matrícula inicial del último grado del nivel educativo en cuestión.<sup>12</sup>

### **Índice de reprobación**

Porcentaje de alumnos que reprobaban en exámenes finales en bachillerato o estudios profesionales.

### **Índice de titulación**

Se refiere al porcentaje de estudiantes que finalizan la enseñanza en el tiempo previsto y obtienen el grado correspondiente al nivel de estudios, es decir, el número de estudiantes que han cubierto el plan de estudios y cumplido con los requisitos establecidos por la institución educativa, para obtener el título correspondiente.<sup>13</sup>

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

Características de diferenciación de prevalencia, incidencia y riesgo

Cuadro 1. Sintetiza los atributos y unidades de medición.<sup>14</sup>

Característica	Riesgo	Prevalencia	Incidencia
¿Qué mide?	Probabilidad de enfermedad	Porcentaje de la población con la enfermedad	Velocidad con la que se desarrolla una enfermedad
¿En qué unidades?	Ninguno	Ninguna	Tiempo/persona (niños/año)
¿Cuándo se hizo el diagnóstico?	Casos nuevos	Casos existentes	Casos nuevos
Sinónimos	Incidencia acumulada	-----	Densidad de incidencia

Medical epidemiology. Tercera edición. New York, USA: McGraw-Hill; 2001

### 1.3 DESEMPEÑO Y RENDIMIENTO ACADÉMICO

#### Delimitación del término rendimiento académico y su relación con otros términos afines

El término rendimiento nació en las sociedades industriales de donde derivó a otros ámbitos de la ciencia y de la técnica.

Cuando hablamos de rendimiento académico nos estamos refiriendo al nivel de conocimientos que el alumno demuestra tener en el campo, área o ámbito que es objeto de evaluación; es decir el rendimiento académico es lo que el alumno demuestra saber en las áreas, materias, asignaturas, en relación con los objetivos de aprendizaje y en comparación con sus compañeros de aula o grupo.

En este sentido Murillo en su estudio sobre productividad escolar le interesa analizar qué procesos hacen que se consigan mejor los objetivos de aprendizaje relacionándolo con un término importante para tener un buen desempeño escolar y es la “eficacia” la cual dependerá del rendimiento previo y la situación social, económica y cultural de las familias del alumno. Con esto se puede identificar que el ámbito escolar llegó y con frecuencia se le identificó con aprendizaje.

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

Por tanto, rendimiento académico y aprendizaje guardan una estrecha relación también a términos tales como instrucción, éxito y fracaso, competencia y eficacia escolar.

Todos los términos citados se refieren a conductas que tienen que ver con los conocimientos de los escolares si bien unos son más específicos de los procesos de adquisición como aprendizaje e instrucción y otros lo son más de la demostración del nivel de conocimientos adquiridos, es el caso de los términos competencia, eficacia y rendimiento.

El concepto aprendizaje se ha estudiado relacionándola con factores internos y externos al sujeto que aprende.

En este contexto Gajardo relaciona el aprendizaje como un proceso socio-constructivo, es decir, que es social, cultural e interpersonal.

Las calificaciones son el indicador del rendimiento muy importante, Navarro refiere el rendimiento académico como “un constructo susceptible de adoptar valores cuantitativos y cualitativos, a través de los cuales existe una aproximación a la evidencia y dimensión del perfil de habilidades, conocimientos, actitudes y valores desarrollados por el alumno en el proceso de enseñanza aprendizaje”.

El autor de esta definición no limita el concepto de aprendizaje a las meras calificaciones que, generalmente son numéricas.<sup>15</sup>

Por último, se entiende al rendimiento académico como el nivel de conocimientos, destrezas y competencias que los alumnos demuestran haber alcanzado y que se ve reflejado en las calificaciones que reciben de sus profesores. Admitimos los aspectos que lo diferencian del aprendizaje y somos conscientes de que aprendizaje y rendimiento no son términos sinónimos, que ambos están íntimamente relacionados, que forman parte de un mismo proceso y que están influenciados por factores similares.

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

## CAPÍTULO 2

### FACTORES RELACIONADOS DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS QUE IMPACTAN EL RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

#### 2.1 ANTECEDENTES DE CLASIFICACIÓN DE FACTORES (TIPOS)

Los investigadores han diferenciado entre: factores ambientales y personales, junto a emocionales y cognitivos.<sup>16</sup>

Desde el siglo XX hasta González (2003), se clasificaron los factores en los siguientes tipos:

- 1) Factores individuales: genéticos, cognitivos y psicoafectivos; estos últimos referidos básicamente al clima familiar y escolar. Impactan más en el descenso del rendimiento académico.
- 2) Factores socioculturales; características del medio cultural-familiar reflejando el éxito o fracaso social. En los años 90 surge el análisis de los factores escolares: la institución, el clima o relaciones interpersonales y los estímulos educativos.
- 3) Interactividad entre factores. El rendimiento académico depende de múltiples factores de carácter personal y contextual que actúan de forma interactiva.<sup>17</sup>

Los factores que se asocian al desempeño académico pueden ser:

- Individuales o personales
- Familiares
- Escolares

De tal forma que se puede decir que el desempeño académico del estudiante se ve afectado por los siguientes factores:

- a) Condiciones individuales del estudiante: inteligencia, género, edad, motivación, autoestima, motivación, el tipo cognitivo y de aprendizaje, etc.

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

b) Condiciones de entorno familiar: zona socioeconómica en la que vive, escolaridad de los padres, el ingreso familiar, la expectativa de que el hijo termine su escolaridad, el apoyo que le brinden para hacer tareas escolares, etc.

c) Condición de infraestructura escolar: materiales de la escuela que incluye infraestructura escolar, materiales para la enseñanza y para el aprendizaje, práctica docente, práctica evaluativa de la institución, liderazgo del directivo, gasto por alumno, etc.<sup>18</sup>

Para Rivera el ingreso a la universidad es un proceso complejo que expone al profesionalista a múltiples y significativos cambios personales y vitales en su salud, llamados factores de impacto en su rendimiento académico influenciados por la adaptación a un contexto organizativo, educativo, social, ambiental, demográfico regido por normas explícitas y/o implícitas.<sup>19</sup>

Factores tales como exigencias académicas y el estrés, así como enfermedades sistémicas disminuyen considerablemente el rendimiento de los estudiantes produciendo así un bajo nivel educativo.<sup>20</sup>

## **2.2 FACTOR DE ESTRÉS Y DE GÉNERO**

Género. Las relaciones entre el sexo del estudiante y su desempeño se deben a las diferentes formas de socialización y el refuerzo de aptitudes diferenciales por sexo. “Son las formas sociales de cada cultura, las que participan a generar un rol sexual distinto e impactan en las aspiraciones educativas de las personas”.<sup>21</sup>

Varias investigaciones evidencian que el paso del nivel secundario al universitario resulta para muchos estudiantes una experiencia compleja y estresante que llega a provocar variables como sentimientos de inseguridad, reducción de la autoestima, sobrecarga de trabajo y niveles de ansiedad muy altos.<sup>22,23, 24</sup>

Podemos considerar al estrés tanto en el género masculino y en el femenino como el proceso que se pone en marcha cuando una persona percibe una situación o acontecimiento como amenazante o desbordante de sus recursos. A menudo los

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

hechos que lo ponen en marcha son los que están relacionados con cambios, exigen del individuo un sobreesfuerzo y por tanto ponen en peligro su bienestar personal, siendo más susceptible el sexo femenino por sus cambios hormonales.

Para cada hombre o mujer un mismo hecho no resulta igual de estresante, ni siquiera en todas las circunstancias o momentos de la vida para el mismo sujeto, varios son los factores que hacen la diferencia:

- La forma de evaluar el suceso y las capacidades para hacerle frente: mientras uno puede considerar un ascenso laboral como amenaza, para otro puede ser un reto personal.
- La manera de hacer frente a las dificultades: negar el problema, aplazarlo o poner en marcha conductas de autocontrol y solución.
- Características personales: los rasgos que se consolidan con las experiencias, como la emotividad o la reactividad al estrés. Tensión y el nerviosismo.
- Apoyo social: el número y calidad de relaciones del individuo puede servir como amortiguadores o amplificadores de los acontecimientos potencialmente estresantes, así como la habilidad para pedir consejo o ayuda.

En contraste, en Perú se hizo una investigación que comparaba los niveles de estrés académico y las situaciones que lo generaban junto con sus manifestaciones psicológicas, físicas y de conducta. Los datos arrojados mostraron que el 96.6% de los alumnos presentó estrés, siendo las mujeres las que presentaron niveles más bajos del mismo en relación con los varones.<sup>25</sup>

### **2.3 FACTORES DE ESTRÉS ACADÉMICO Y SÍNTOMAS**

En un comienzo los estudios referidos al estrés académico se redujeron a la ansiedad que se producía en los momentos previos a contestar un examen.<sup>26</sup>

Pero otros reportaron altos niveles en factores de depresión y estrés en estudiantes y los cuales afectan su actividad y desempeño académico.<sup>27</sup>

Algunos estudios mencionan que otros factores investigados en relación con el estrés académico son:<sup>28</sup>

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

- La transición del nivel secundario al universitario.
- La competitividad.
- La exigencia académica.
- Hábitos de estudio adquiridos en las etapas anteriores del sistema educativo, los cuales no siempre son propiciadores de una buena adaptación del estudiante al nuevo recinto formativo.

Es el estrés el factor que provoca un aumento en la frecuencia de enfermedad, y de acuerdo a la carrera estudiada (Medicina, Enfermería, Odontología o Psicología) Marty, *et al.*, realizaron un estudio del cual se pudo concluir que la carrera de Medicina tenía significativamente más prevalencia de estrés, en tanto que estudiar la licenciatura de Psicología no reporto baja asociación de estrés.<sup>29 30 31</sup>

Cabanach, *et al.*, tomaron una muestra compuesta por 258 estudiantes universitarios de diferentes carreras vinculadas a la ciencia de la salud y constataron que existen diferencias en las relaciones entre las distintas orientaciones a metas y la percepción de estresores, la respuesta de estrés y las estrategias de afrontamiento.<sup>32</sup>

Por otro lado, Monzón realizó en el mismo país, un estudio sobre la relación entre el nivel de estrés y los exámenes en los estudiantes universitarios, además de analizar la influencia de determinados indicadores de salud y del autoconcepto académico. El autor llegó a la conclusión que hay un aumento en el nivel de estrés, la ansiedad y el autoconcepto de los universitarios durante el periodo de exámenes, así como también el nivel de este varía según la carrera.<sup>33</sup>

Vengoechea, *et al.*, mediante la administración de una encuesta a 433 estudiantes que cursaban entre tercer y sexto año de Medicina en una Universidad privada de Bogotá, exploraron la asociación entre estrés y variables como sexo, semestre, edad y actitudes antidisciplinarias. Concluyeron que la frecuencia de estudiantes que incurre repetidamente en dichos comportamientos es alta.<sup>34</sup>

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

Lugo, *et. al.*, (2004), a través de la escala de depresión, ansiedad y estrés (EDAS) buscaron determinar los niveles de dichos fenómenos en los estudiantes de Medicina de la universidad de Carabobo tomando como muestra a 445 alumnos. Llegaron a determinar que es el sexo femenino quien muestra niveles más altos de depresión, ansiedad y estrés y que hay una asociación significativa entre los mismos y el rendimiento académico, es decir, a mayor ansiedad, depresión y estrés; menor es el rendimiento académico demostrando así una vez más que estas variables están relacionadas de manera importante.<sup>35</sup>

#### **2.4 FACTORES SOCIOAMBIENTALES Y SOCIODEMOGRÁFICOS**

Los factores sociales, ambientales, demográficos son todos los elementos externos que inciden, para bien o para mal, en la calidad de los estudios.<sup>36</sup>

Entre estos factores se encuentra la organización para el estudio, es decir, la disposición ordenada de los elementos que componen el acto de estudiar:

- Lugar.
- Mente.
- Tiempo.

De acuerdo a Barraza (2009), una de las variables sociodemográficas que más han interesado a los investigadores es el género.<sup>37</sup>

- Femenino
- Masculino

El factor sociodemográfico que comprende lugar, medio ambiente, entre otros y que depende de la sociedad y modo de vivir; contiene sus variantes que repercuten en el estudiante y su desempeño académico como individuo de una sociedad las cuales son:

- Reacciones a nivel fisiológico
- Reacciones emocionales
- Reacciones de comportamiento
- Reacciones cognitivas del estudiante ante situaciones en su estudio

De acuerdo a la investigación sobre estrés en una universidad, en Estados Unidos, compararon 392 estudiantes (norteamericanos y extranjeros) de dos universidades

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

distintas, en cinco diferentes categorías de estrés académico en relación a sus reacciones, concluyendo así que existen diferencias culturales en cuanto a la percepción y manejo del estrés, pues los estudiantes norteamericanos manifestaron mayor estrés que los extranjeros.<sup>38</sup>

## **2.5 FACTORES DE ESTRÉS ACADÉMICO Y VARIABLES EDUCATIVAS**

En una prueba realizada a 205 estudiantes cursantes del primer año correspondiente al curso 2006-2007 en la Escuela Latinoamericana de Medicina. Se demostró que el estrés académico es un fenómeno de elevada frecuencia en dicha muestra, siendo predominante en el sexo femenino.

El mismo abarca la presencia de manifestaciones de salud fisiológicas, conductuales y cognitivo-afectivas en su desenvolvimiento académico, las cuales se asocian, moderadamente, a variables educativas como son:

- Resultados académicos
- La edad
- Sexo del estudiante<sup>39</sup>

## **2.6 ESTRÉS ACADÉMICO Y LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO**

Lecompte realizó un estudio descriptivo de orden cuantitativo, para investigar el empleo de estrategias de afrontamiento en estudiantes universitarios que asumen tanto el rol académico como el laboral, buscó ver las diferencias de estos en cuanto a género, edad, estado civil, turno y carrera en 333 estudiantes universitarios. Los resultados obtenidos denotan que los educandos tienden a usar más las estrategias activas enfocadas en la solución del problema, que las pasivas o negativas focalizadas más en el control de las emociones que desencadenan el estrés. Se hallaron diferencias significativas en cuanto a la edad, estado civil y turno, no así en el uso de las estrategias según el género.<sup>40</sup>

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

## **2.7 FACTORES SOCIOLÓGICOS**

Este modelo define como factores básicos del rendimiento la influencia familiar y la escolar en términos generales.

Exige el cultivo de lenguajes, información, comunicación, conocimientos e imaginación para establecer el modelo de sociedad tecnológica y renovación educativa reclamados por el ser humano con preferencia por conocer nuevas culturas, valores y actitudes hasta ahora soslayadas.

El cambio científico, tecnológico, político, económico y social junto con la mentalidad del dinamismo educativo (como realidades unidas) beneficia la transformación de la sociedad. En la sociedad actual se hace más patente la necesidad de la educación a lo largo de la vida como proceso para la perfección de la personalidad del estudiante, capaz de analizar y transformar los acontecimientos vividos en experiencias educativas, transfiriéndolas a diferentes dimensiones de su propia existencia.<sup>41</sup>

En este tema se comprende la potencialidad de las redes sociales para crear y consolidar comunidades virtuales de aprendizaje, concebidas según los principios de reciprocidad y cooperación, expectativas del uso educativo de redes sociales con estudiantes universitarios.<sup>42, 43, 44</sup>

## **2.8 FACTORES PSICOLÓGICOS Y PSICOSOCIAL**

El factor psicosocial analiza los procesos interpersonales en la vida de los escolares, es decir, el medio en el que vive el estudiante:

- La familia: su estructura, el nivel socioeconómico, el tipo de relaciones interpersonales, la existencia de enfermedades, conflictos, divorcios, desamparo del hogar, nivel de aspiraciones, estado del bienestar y expectativas.<sup>45</sup>
- El centro educativo: conducta del profesor, actitud del alumno, expectativas, aceptación, rechazo y popularidad en el grupo, estilos educativos, metodología, sistemas de evaluación, características específicas de la escuela.

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

- El entorno social: los amigos, las relaciones y las redes sociales, junto a características como el barrio o el vecindario. La aceptación que el alumno recibe de sus compañeros de clase es uno de los factores que más influencia positiva ejerce en el rendimiento académico; mientras que el rechazo actúa como inhibidor de las propias capacidades.<sup>46</sup>

El modelo psicológico fue el pionero en la explicación de la influencia de factores personales e individuales en el rendimiento académico de los escolares. Los primeros trabajos estudiaron la influencia de la inteligencia; posteriormente se analizaron dimensiones dinámicas de la personalidad y aspectos motivacionales; pero los últimos trabajos se han centrado en verificar la interrelación entre personalidad, inteligencia y motivación con el rendimiento. Se analiza la relación entre factores emocionales y cognitivos en el rendimiento académico bajo; el bajo control emocional influye negativamente en el rendimiento académico.

VARIABLES COMO LA MOTIVACIÓN, LA ANSIEDAD, LA AUTOESTIMA HAN SIDO ASOCIADAS AL RENDIMIENTO ACADÉMICO GENERAL DE LOS ESTUDIANTES, ASÍ COMO EN MATERIAS ESPECÍFICAS COMO MATEMÁTICAS Y CIENCIAS, ENTRE OTRAS. EVIDENTEMENTE LA ANSIEDAD QUE PUEDA PRESENTAR UN ALUMNO MODIFICA EL VALOR PREDICTIVO DE OTRAS VARIABLES COMO LA INTELIGENCIA Y LA MOTIVACIÓN.<sup>47</sup>

UNA MAYOR INTELIGENCIA EMOCIONAL POR PARTE DE LOS DOCENTES SE RELACIONA POSITIVAMENTE CON MAYOR NIVEL DE REALIZACIÓN PERSONAL Y CON NIVELES MÁS ALTOS DE VIGOR, DEDICACIÓN Y ABSORCIÓN DE APRENDIZAJE.<sup>48</sup>

## **2.9 FACTORES RELACIONADOS CON LA ESCUELA**

- Liderazgo directivo: Las condiciones escolares en donde el alumno aprende determinan, en buena medida, los resultados escolares de los estudiantes. Estas condiciones pueden categorizarse en políticas educativas, la estructura organizativa del sistema escolar, los recursos materiales de la escuela y las prácticas pedagógicas en el aula.<sup>49</sup>

MIENTRAS QUE PISA FOCALIZA EL CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS ESCOLARES EN LAS PRÁCTICAS Y POLÍTICAS LLEVADAS A CABO EN LA ESCUELA, EN EL INSTITUTO NACIONAL PARA LA

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

Evaluación de la Educación (INEE) utilizan variables relacionadas con las características individuales del director, como su edad, escolaridad, antigüedad en el centro escolar, formación pedagógica, área de especialidad y experiencia docente.<sup>50 51</sup>

- Infraestructura escolar: en relación con las instalaciones del centro escolar.
- Los docentes: en el proceso de la adquisición de aprendizajes significativos en el alumno, intervienen en una serie de interacciones complejas entre el alumno, los contenidos de aprendizaje y el profesor, como mínimo.

## 2.10 FACTORES FAMILIARES

La familia es un complejo variado de relaciones que influyen en el diagnóstico educativo.

- Básicas: son las físicas que incluyen las características de la vivienda familiar, del barrio, de los recursos educativos y de los canales de información, sociodemográficas, como la situación económica de la familia, su nivel cultural, la composición en término del número de miembros de la misma y los datos de salud; organizacionales: organización y variedad de las actividades cotidianas, distribución de los roles, tareas y funciones y las relaciones con otros contextos familiares.
- Cognitivo–educativas: creencias, metas y prácticas educativas que se han estudiado fundamentalmente en los adultos.
- Procesuales: patrones o nivel de comunicación e interacción y las competencias requeridas para esto; afectividad entre los miembros de la familia, el estilo relacional, las estrategias de resolución de conflictos y otros.<sup>52</sup>

### Pobreza

Hay dos conclusiones inevitables según el análisis del desempeño escolar en situación de pobreza.

- Una es qué a pesar de los esfuerzos recientes por incrementar los logros académicos en los estudiantes de escasos recursos, estos tienen un desempeño dramáticamente inferior a los puntos de referencia utilizados para definir el éxito académico. Los distritos que atienden a una gran cantidad de escuelas de

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

extrema pobreza tienen índices de desempeño similares a los de países en desarrollo.

- La segunda conclusión es que la pobre preparación con la que llegan a este nivel educativo provoca una trayectoria descendiente en el desempeño, llevándolos al fracaso académico y a la deserción.<sup>53</sup>

## **2.11 FACTORES INDIVIDUALES DEL ESTUDIANTE UNIVERSITARIO QUE INFLUYEN EN EL DESEMPEÑO ACADÉMICO**

Son aquellas características de conjunto que ayudan a caracterizar al estudiante de educación superior y que han sido extraídas de la observación sistemática que se llevó a efecto en el medio ambiente de su institución:

- a) El estudiante universitario es un producto social estratificado: es producto de extracción en nuestro medio social.
- b) El estudiante de educación universitaria es un fenómeno social masivo y recurrente. El conjunto de estudiantes se manifiesta, desde el punto de vista demográfico, como un fenómeno variable que año a año y semestre a semestre se renueva y aumenta, en una proporción mayor que el incremento de los cupos en las universidades.
- c) El estudiante universitario presenta una alta productividad en el estudio. Los estudiantes se ven afectados, por una serie de problemas concretos que disminuyen la efectividad en el estudio mismo, restringiendo la calidad y la cantidad de los conocimientos que son necesarios para la culminación exitosa de las carreras profesionales y para el normal ejercicio de la profesión, sin embargo, su formación empírica trata de superar esta deficiencia, lo que arroja en el mercado laboral a un profesional mediocre y poco competitivo.<sup>54</sup>

### **El estudiante y la enseñanza universitaria**

En una sociedad, la enseñanza superior es uno de los motores del desarrollo económico y uno de los pilares de la educación a lo largo de la vida. Es, a un tiempo, creadora de conocimientos. Además, es el principal instrumento de transmisión de la experiencia, cultural y científica. En un mundo moderno en el que los recursos

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

cognoscitivos tendrán cada día más importancia que los recursos materiales como factores del desarrollo, aumentará forzosamente la importancia de la enseñanza superior y de las instituciones dedicadas a ella. Además, a causa de la innovación y del progreso tecnológico, las economías exigirán cada vez más competencias profesionales que requieran un nivel elevado de estudios.

La enseñanza superior está en crisis desde hace una decena de años en gran parte del mundo en desarrollo.

Las políticas de ajuste estructural y la inestabilidad política han cargado de deudas el presupuesto de los establecimientos.

El desempleo de los titulados y el éxodo de competencias han acabado con la confianza que se depositaba en la enseñanza superior.

El aumento del alumnado y del número de establecimientos ha provocado un incremento de los gastos de la enseñanza superior que se ve enfrentada a los crecientes problemas que plantea la masificación.

Está en función de los conocimientos escolares adquiridos previamente y se realiza mediante calificaciones escolares que permiten la aprobación o reprobación de las materias que componen el currículum (Rendimiento suficiente), para lo cual se realizan exámenes que abarcan cierta extensión de un curso, a partir de los cuales se demuestra mediante las calificaciones y la consecuente aprobación o reprobación del grado escolar correspondiente, la adquisición de los conocimientos que establecen los contenidos de los programas escolares (Cascon, 2010).<sup>55</sup>

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

## **CAPÍTULO 3**

### **ENFERMEDADES SISTÉMICAS**

Las enfermedades sistémicas engloban un sinnúmero de patologías o trastornos del cuerpo humano. Tienen un significado que afecta al cuerpo entero, en lugar de una sola parte o órgano.

#### **3.1 ENFERMEDADES PSICOLÓGICAS (TRASTORNOS DE SALUD MENTAL)**

##### **3.1.1 Estrés**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el estrés como el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción. En términos globales se trata de un sistema de alerta biológico necesario para la supervivencia. Cualquier cambio o circunstancia diferente que se presente ante nuestras vidas puede generar estrés. Aunque también dependerá del estado físico y psíquico de cada individuo.<sup>56</sup>

##### **Epidemiología**

Con base en los datos proporcionados por la Asociación Americana de Psicología (APA por sus siglas en inglés) el estrés es una enfermedad emergente que cada año incrementa y que se percibe de manera diferente tanto en hombres como en mujeres, siendo las mujeres quienes experimentan estrés con mayor frecuencia en comparación con los hombres.<sup>57</sup>

##### **Etiología**

Se produce a consecuencia de la sociedad y el estilo de vida que se lleva, en el que presiones de la vida cotidiana y diferentes condiciones repercuten de manera negativa sobre la salud. Esta enfermedad va en progresión a nivel mundial y es de mucha preocupación porque cualquier persona puede padecer esta sin importar la edad, el género, condición económica o raza.<sup>58</sup>

##### **Clasificación**

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

Se clasifica en función de la duración.

- **Estrés agudo:** es el más común este surge de las exigencias y presiones del pasado reciente y las exigencias y presiones anticipadas del futuro cercano.
- **Agudo episódico:** es cuando se padece estrés agudo con mucha frecuencia. La gente afectada asume muchas responsabilidades y no puede organizar la cantidad de exigencias ni presiones; por lo tanto, reacciona de forma descontrolada, muy emocional, y suele estar irritable, y sentirse incapaz de organizar su vida.
- **Crónico:** es un estado constante de alarma surge cuando una persona nunca ve una salida a una situación deprimente. Es el estrés de las exigencias y presiones implacables durante períodos aparentemente interminables que en algunos casos también pueden provenir de experiencias traumáticas de la niñez que se mantienen presentes constantemente. El peor aspecto del estrés crónico es que las personas se acostumbran a él, se olvidan que está allí e incluso las personas se desgastan hasta llegar a una crisis nerviosa final y fatal. Los síntomas de estrés crónico son difíciles de tratar.<sup>59</sup>

### **Signos y Síntomas**

Incluyen fatiga crónica, cefaleas y migraña, como dolor abdominal, colon irritable y úlcera duodenal, dolores musculares, alteraciones respiratorias, gastrointestinales, del sueño, dermatológicas, menstruales y disfunciones sexuales, entre otros.<sup>60</sup>

### **Diagnóstico**

En la actualidad es difícil diagnosticar el estrés, pero existen una serie de indicadores para determinar en qué nivel de estrés se encuentra una persona:<sup>61</sup>

- Un nivel indicador es el nivel cognitivo, se caracteriza por pensamientos y sentimientos de miedo y aprensión. La persona da vueltas a las cosas, no encuentra solución a sus problemas, se preocupa por cuestiones sin importancia y no sabe solucionar pequeños problemas, que se convierten

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

en una obsesión. Se crea una sensación de inseguridad y aparecen dificultades en la concentración, lo que conlleva a una falta de atención.

- Otro nivel indicador es el nivel fisiológico. El estrés se manifiesta con gran variedad de síntomas físicos como dolores de cabeza, hipertensión, debilidad, alteraciones del sueño, sensaciones de ahogo, aumento de la sudoración, molestias en el estómago, enfermedades en la piel, tensión generalizada, dolor de cuello, de espalda, dolor de pecho que simula infarto de corazón, etc.
- Y el último nivel indicador es el nivel motor. Se producen acciones observables como llorar con facilidad, aumenta la frecuencia de hábitos compulsivos como comer, fumar o beber alcohol, aparecen tics nerviosos, problemas sexuales, comportamientos extraños y sin finalidad, y por último el deseo de huida para evitar la situación que provoca la sensación de estrés.

### **Diagnóstico diferencial**

- Trastorno Adaptativo
- Síntomas de evitación, embotamiento afectivo y aumento de la activación previos al acontecimiento traumático
- Otros trastornos mentales por la exposición al acontecimiento traumático
- Trastorno por Estrés Agudo
- Trastorno Obsesivo-compulsivo
- Ilusiones, alucinaciones y otras alteraciones perceptivas en otros trastornos mentales
- Simulación<sup>62</sup>

### **Tratamiento**

Existen 4 puntos fundamentales para el tratamiento del estrés: alimentación, fisioterapia en el que se maneja el ejercicio físico, relajación y por último la fitoterapia.<sup>63</sup>

### **Pronóstico**

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

Pueden tener efectos negativos en la salud física si no se tratan durante un tiempo prolongado.

### **3.1.2 Depresión**

La depresión es un trastorno mental común del estado de ánimo, es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma importante a la carga mundial general de morbilidad.<sup>64</sup>

#### **Epidemiología**

Afecta a un 3.8% de la población, incluidos un 5% de los adultos y un 5.7% de los adultos de más de 60 años. A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas tienen depresión.

En México los resultados indicaron que la prevalencia alguna vez en la vida fue del 7.2%, con una proporción de 2 mujeres por cada hombre (9.8% y 4.4%, respectivamente). Los análisis para identificar la edad de inicio de este trastorno mostraron que el 2% de la población adulta mexicana la había padecido durante la infancia y/o la adolescencia, con un predominio mayor de mujeres de casi 3:1 (2.8% y 1.1%, respectivamente).<sup>65</sup>

#### **Etiología**

Se identifican factores individuales, tales como la carga genética, traumatismos psíquicos y/o accidentes vasculares, mientras que otros subrayan la importancia de factores psicosociales, como los eventos de vida y las crisis económicas y políticas, entre otros; o bien, la interacción de diversos factores de manera compleja y que difícilmente pueden ser resueltos con abordajes exclusivamente enfocados en el individuo.<sup>66, 67, 68</sup>

#### **Clasificación**

Los episodios depresivos pueden clasificarse en leves, moderados o graves, en función del número y la intensidad de los síntomas, así como de las repercusiones en el funcionamiento de la persona.

Hay diferentes tipologías de trastornos del estado de ánimo.<sup>69, 70</sup>

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

- Trastorno depresivo de un solo episodio: la persona experimenta un primer y único episodio.
- Trastorno depresivo recurrente: la persona ha padecido ya al menos dos episodios depresivos.
- Trastorno bipolar: los episodios depresivos alternan con periodos de episodios maníacos, que incluyen euforia o irritabilidad, mayor actividad o energía, y otros síntomas como aumento de la verborrea, pensamientos acelerados, mayor autoestima, menor necesidad de dormir, distracción y comportamiento impulsivo e imprudente.

### **Signos y síntomas**

Falta de apetito, fatiga, sueño, dificultades cognitivas, culpa excesiva e ideación suicida, entre otras.

En un episodio depresivo, la persona experimenta un estado de ánimo deprimido (tristeza, irritabilidad, sensación de vacío) o una pérdida del disfrute o del interés en actividades, la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos dos semanas. Se presentan varios otros síntomas, entre los que se incluyen la dificultad de concentración, el sentimiento de culpa excesiva o de autoestima baja, la falta de esperanza en el futuro, pensamientos de muerte o de suicidio, alteraciones del sueño, cambios en el apetito o en el peso y sensación de cansancio acusado o de falta de energía.<sup>71</sup>

### **Diagnóstico**

En definitiva, la única forma de realizar el diagnóstico de depresión es mediante una entrevista clínica realizada, preferiblemente, por un médico especialista en psiquiatría o por un psicólogo especialista en psicología clínica. La entrevista clínica supone la realización de una serie de preguntas y de observaciones en el paciente que, tomadas en conjunto y considerando sus antecedentes personales y familiares, llevan a un diagnóstico clínico.<sup>72</sup>

### **Diagnóstico diferencial**

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

El diagnóstico diferencial del episodio depresivo debe orientarse a constatar si la etiología es idiopática o puede estar relacionada con otra patología médica, trastorno mental, consumo de drogas o alguna medicación prescrita.

### **Tratamiento**

Tratamientos psicológicos, como la activación conductual, la terapia cognitiva conductual y la psicoterapia interpersonal, y/o medicamentos antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los antidepresivos tricíclicos.<sup>73,74</sup>

### **Pronóstico**

El pronóstico de la depresión depende de diversos factores. Por regla general, la depresión es una enfermedad crónica y, por tanto, quien ha sufrido un episodio depresivo tiene más riesgo de sufrir futuros episodios similares. Los factores que más van a influir en que la enfermedad no se agrave son: un diagnóstico y un tratamiento temprano.<sup>75</sup>

### **3.1.3 Ansiedad (TA)**

La ansiedad es una emoción que surge ante situaciones ambiguas, en las que se anticipa una posible amenaza, y que prepara al individuo para actuar ante ellas mediante una serie de reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales.<sup>76</sup>

### **Epidemiología**

Son las enfermedades mentales más comunes, con una alta prevalencia de aproximadamente 2-8% en la población general y 10-12% en las consultas de atención primaria. En los últimos años se ha observado un incremento de los casos de TA, así como de la comorbilidad que a menudo los acompaña. Los TA son 2 veces más prevalentes en mujeres. Los TA son frecuentes en la actividad clínica de atención primaria. Se calcula que 1 de 10 pacientes que se atienden diariamente presentan un TA, siendo incluso más comunes que la diabetes mellitus.<sup>77</sup>

Aproximadamente el 25% de la población sufrirá algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida, siendo su prevalencia en la mujer el doble con respecto al varón.

### **Etiología**

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

Constituye un modelo complejo, donde interactúan múltiples factores: biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje. Dentro de esta etiología multifactorial se menciona la presencia de factores de riesgo y factores protectores que median en la expresión de este trastorno.

### **Clasificación**

Existen 2 clasificaciones de trastornos mentales más importantes: el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición revisada (DSM-IV-TR) de la Asociación Americana de Psiquiatría y la Clasificación internacional de las enfermedades, décima versión (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud. El DSMIV-TR enumera 12 TA y en la CIE-10 los trastornos neuróticos (ansiedad) se agrupan en los trastornos relacionados con el estrés y somatomorfos.<sup>78</sup>

En lo que respecta a la clasificación, los trastornos de ansiedad se estructuran en función de la sintomatología predominante: trastorno de pánico, agorafobia, fobia social y fobias simples, trastorno de ansiedad generalizada, obsesiones y compulsiones, y finalmente, trastorno por estrés postraumático.<sup>79</sup>

### **Signos y síntomas**

Los síntomas de ansiedad varían desde los sentimientos de desasosiego hasta episodios de terror paralizante. En los TA se presentan como síntomas comunes: • Crisis de angustia y Agorafobia:

Palpitaciones, elevación de la frecuencia cardiaca, sudoración, temblores, sensación de ahogo, sensación de atragantarse, presión torácica, náuseas o molestias abdominales, Inestabilidad, mareo o desmayo, despersonalización, miedo a perder el control o a morir, parestesias, escalofríos.<sup>80</sup>

### **Diagnóstico**

El reconocer los TA en los pacientes que asisten al consultorio aumenta la capacidad del médico para dar una atención total e integral del paciente. (4) El diagnóstico de los TA se basa en la historia clínica. Primero se descarta una etiología médica o neurológica. Luego es necesario establecer una categoría nosológica, según el DSM-IV-TR y la CIE-10, muy importante para estos pacientes que han

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

sufrido durante años de ansiedad, con un significativo impacto sobre sus estilos de vida y adaptación.

### **Diagnóstico diferencial**

El diagnóstico diferencial es complejo, pues muchas sustancias y enfermedades médicas que producen síntomas ansiosos agudos y crónicos. Es fundamental no confundir los síntomas ansiosos participantes en otros trastornos como la depresión doble, el trastorno depresivo mayor, los trastornos adaptativos con estado de ánimo ansioso y el síndrome ansioso-depresivo.<sup>81</sup>

### **Tratamiento**

Los TA se manejan con medicación, psicoterapia, o ambos. Antes de iniciar el tratamiento, el médico debe determinar si los síntomas son causados por un trastorno mental o por una enfermedad médica o sustancia. También es relevante identificar si el paciente presenta comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (ejemplo depresión), enfermedad médica o abuso de sustancias.<sup>82</sup>

### **Pronóstico**

Los TA cursan crónicamente, con periodos de remisión y exacerbación. Si los pacientes reciben un tratamiento adecuado los periodos críticos disminuyen. Sólo un tercio a la mitad de los enfermos presentan una forma crónica y persistente aun recibiendo tratamiento. Otro tercio mejora completamente.<sup>83</sup>

## **3.2 ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES**

### **3.2.1 Gastritis**

Gastritis es una enfermedad inflamatoria aguda o crónica de la mucosa gástrica producida por factores exógenos y endógenos que produce síntomas dispépticos atribuibles a la enfermedad y cuya existencia se sospecha clínicamente, se observa endoscópicamente y que requiere confirmación histológica.<sup>84</sup>

### **Epidemiología**

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

La gastritis es una entidad de elevada morbilidad a nivel mundial, su incidencia varía en las diferentes regiones y países.<sup>85</sup>

### **Etiología**

La gastritis es etiológicamente multifactorial, observándose factores tanto exógenos de los que el más común es la infección por *Helicobacter Pylori*, agentes agresivos de la mucosa gástrica AINES y Ácido Acetilsalicílico, drogas, alcohol, tabaco, cafeína, radiación. Factores endógenos como reflujo de bilis hacia el estómago, ácido gástrico y pepsina, jugo pancreático, urea, inmunes.<sup>86</sup>

### **Clasificación**

Existen diversas clasificaciones de las gastritis y gastropatías, basadas en criterios clínicos, factores etiológicos, endoscópicos o patológicos, no existiendo una clasificación totalmente aceptada. Entre las clasificaciones actuales de mayor uso están:

- Clasificación Anatomopatológica: basada en su presentación, prevalencia y etiología.<sup>87</sup>
- Clasificación actualizada de Sydney: basada en hallazgos endoscópicos, histológicos, etiológicos, topográficos y grado de daño.<sup>88</sup>
- Clasificación basada en criterios etiológicos, endoscópicos y patológicos.<sup>89</sup>

### **Signos y síntomas**

Dolor abdominal, náuseas y falta de apetito. Es común la sensación de ardor en la boca del estómago, y llegan a vomitar el contenido gástrico, cuando la gastritis se hace crónica la intolerancia lleva a una importante pérdida de peso.

### **Pruebas de diagnóstico**

Las principales son la endoscopia y algunos estudios histológicos, biopsia.

### **Diagnóstico diferencial**

Incluye úlcera gástrica, cáncer gástrico, parasitosis, litiasis vesicular, pancreatitis.

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

### **Tratamiento**

Dieta balanceada sin irritantes ni alimentos ácidos como cítricos, Inhibidores de la bomba de protones (IBP), citoprotectores de la mucosa gástrica, antagonistas de receptores H<sub>2</sub>, a los que se puede añadir gastrocinéticos o antiácidos.

### **Pronóstico**

El pronóstico es reservado, dependiente de la etiología y en el que existen tratamientos.

### **3.2.2 Colitis ulcerativa (CU)**

Es una enfermedad crónica recidivante del tracto gastrointestinal que afecta generalmente al recto y al resto del colon, evoluciona por brotes o periodos de actividad y en conjunto con la enfermedad de Crohn (EC) constituyen enfermedades inflamatorias intestinales (EII). La CU, descrita en 1875 por Wilks y Moxon como una entidad separada de las colitis infecciosas, afecta la mucosa y submucosa del colon, caracterizada por un proceso ulcerativo y supurado de la mucosa, que se inicia en el sector del colon terminal, prolongándose en sentido proximal, hasta abarcarlo a veces totalmente.<sup>91</sup>

### **Epidemiología**

Varía según la distribución geográfica y las variaciones étnicas y raciales, puede ocurrir a cualquier edad con incidencia máxima entre la segunda y cuarta décadas. Alrededor del 15 % de los pacientes tiene por lo menos un familiar de primer grado con la enfermedad.<sup>92</sup>

### **Etiología**

No se ha demostrado la existencia de un agente etiológico causante, pero si factores infecciosos víricos, alérgicos, ambientales, dieta desbalanceada y con ingesta de irritantes, anticonceptivos orales, tabaco y psicossomáticos, situación de estrés, la toma de algunos fármacos (p. ej. antiinflamatorios no esteroideos).<sup>93</sup>

### **Clasificación**

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

Según su extensión:

- Proctitis: la afectación se da en el ángulo recto.
- Proctosigmoiditis: afecta al recto y sigma. sigmoides
- Colitis izquierda: hasta el primer ángulo del colon o ángulo esplénico.
- Colitis extensa: hasta el segundo ángulo o ángulo hepático.
- Pancolitis: afectación de todo el colon.<sup>94</sup>

### **Signos y síntomas**

La forma habitual de evolución es como brotes intercalados con fases asintomáticas dependiendo de la gravedad y extensión de la enfermedad, hemorragia de sangre en las heces escasas o aumentadas de forma líquida hasta ser mucopurulentas, una perforación, megacolon, diarrea incontrolable, fiebre, taquicardia, deshidratación, náuseas, irritación peritoneal o dolor abdominal fuerte tipo cólico asociándose al deseo de defecar, manifestaciones de toxemia, crisis emocionales severas. Tenesmo rectal y estreñimiento, debilidad, inapetencia, pérdida de peso.<sup>95</sup> Manifestaciones extraintestinales como el pioderma gangrenoso, eritema nodoso o artritis y bucales son poco frecuente y fácilmente evidenciables, algunas dan lugar a distintos síntomas en los ojos, piel, articulaciones, hígado y sistema biliar.

### **Diagnóstico**

El diagnóstico definitivo se hace con una colonoscopia. Un cultivo de heces ayuda a excluir otras causas de diarrea. Radiología y pruebas histológicas. Cuando el enfermo tiene síntomas se realiza una endoscopia, pudiéndose calcular el grado leve, moderada o grave. El examen físico suele ser normal en presencia de ataques leves y aún de moderada intensidad.

### **Diagnóstico diferencial**

La principal enfermedad es con la enfermedad de Crohn localizada en el intestino grueso. Esta diferenciación que en ocasiones puede ser difícil tiene importancia fundamental en la elección de la terapia médica o quirúrgica.

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

## **Tratamiento**

Es difícil concebir un plan terapéutico adecuado para una enfermedad cuya etiología se desconocen y cuya evolución está sometida a tantas variables. Para este se toman en cuenta situaciones como el embarazo y el riesgo de cáncer de colon.

El enfoque de la terapia comienza con la evaluación de la extensión de la enfermedad intestinal, de la severidad y duración de los síntomas y de la respuesta con otros tipos de terapia.

Después con antiinflamatorios, aminosalicilatos orales o tópicos, corticoides e inmunomoduladores para el control de la actividad durante el brote, y posteriormente mantener al enfermo sin síntomas, inactivo (remisión).

La proctitis y la proctosigmoiditis pueden controlarse con tratamientos tópicos supositorios, enemas o espumas rectales seguros durante el embarazo, mientras que en el resto de las localizaciones es necesario tratamiento oral.

Si no hay mejoría con los tratamientos descritos. Una de ellas es la granulocitoaféresis, una especie de sistema de diálisis que permite al enfermo abandonar los corticoides y mantenerse en remisión con sesiones periódicas.

La cirugía en casos serios o cuando no hay mejoría a pesar de la administración de todos los tratamientos médicos posibles. Técnica de extirpación total del colon y recto y la unión del íleon con el ano, creando una especie de bolsa de contención (reservorio).

## **Pronóstico**

Es reservado y es dependiente de la etiología y gravedad.

### **3.2.3 Úlcera péptica (UP)**

Es una pérdida de sustancia epitelial en un tramo de la mucosa gastroduodenal expuesta al ácido y a la pepsina en forma de herida más o menos profunda. Cuando

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

esta lesión se localiza en el estómago se denomina úlcera gástrica y cuando lo hace en la primera porción del intestino delgado se llama úlcera duodenal.

### **Epidemiología**

La prevalencia global se sitúa entre un 10 y un 15%, es decir, entre una y dos personas de cada 10 se ven afectadas alguna vez en su vida por esta enfermedad. Al menos una de cada cien tiene el proceso activo en un momento determinado (prevalencia puntual del 1%). Se presentan entre 15 y 30 nuevos casos por 1.000 habitantes y año (incidencia del 15-30%). Se trata, por tanto, de un importante problema de salud, cuyas consecuencias se dejan sentir en la comunidad: deterioro de la calidad de vida individual, bajas laborales, gasto farmacéutico, ingresos hospitalarios, fallecimientos, etcétera.

### **Etiología**

Se enfoca en la hipersecreción ácida gástrica.<sup>96</sup>

- Úlceras asociadas a *Helicobacter pylori* (Hp)
- Úlceras asociadas al consumo de salicilatos y antiinflamatorios no esteroides (AINE)
- Úlceras por estrés: son úlceras agudas

En la etiopatogenia de la UP se han involucrado una serie de factores:

- Factores genéticos
- Factores ambientales: primavera y otoño
- Factores psicológicos

### **Clasificación**

Según su localización:

- Úlcera duodenal --UD— abarca el duodeno
- Úlcera gástrica --UG-- distal. Se localiza en el antro y zona próxima al píloro
- Úlcera gástrica proximal. Se localiza en el cuerpo gástrico (incisura angular)
- Úlcera de los cardias y del saco herniario (hernia de hiato)

Según su evolución:

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

- Úlcera aguda: tiene una duración breve (de algunas semanas)
- Úlcera crónica: enfermedad prolongada, con exacerbaciones y remisiones que pueden durar toda la vida

### **Signos y síntomas**

Activaciones y remisiones en forma de brotes, componente estacional en primavera y otoño, reactivación ulcerosa periódica más frecuente en la UD y algo menor en la UG. A la exploración física con palpación profunda manifiesta dolor epigástrico intenso, lancinante, penetrante y urente, asociado a veces con dolor de hambre, eructos, hinchazón abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, dolor nocturno. Una complicación es la perforación donde existe irritación peritoneal, intenso dolor abdominal y vientre en tabla. El bazuqueo o gorgoteo gástrico al movilizar la zona superior del abdomen puede hacer sospechar de una estenosis pilórica. Otra complicación es la hemorragia digestiva aguda o crónica caracterizada con anemia.

### **Diagnóstico**

La prueba fundamental es la endoscopia, permite la toma de muestras para valorar la infección por Hp y la histología de la lesión. Una UD muy raramente es maligna, sin embargo, en la UG se debe seguir su evolución y confirmar la reparación hi Radiografía de contraste con bario del estómago y duodeno. En el caso de la infección por *Helicobacter pylori*, un análisis específico de muestras de aire espirado o prueba del aliento.

### **Diagnóstico diferencial**

Dispepsia funcional o no ulcerosa, pancreatitis, enfermedad biliar, angina pectoris, enfermedad por reflujo gastroesofágico, cáncer gástrico, indigestión.

### **Tratamiento**

Deben ser tratados todos los pacientes que presentan úlcera duodenal o gástrica, en fase de actividad o no. Muy especialmente se recomienda el tratamiento de úlceras pépticas que hayan presentado una complicación, como hemorragia

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

digestiva, o que sean refractarias al tratamiento habitual dieta estricta, evitar tabaco y alcohol. Salvo casos muy especiales, los pacientes ulcerosos no deben tomar AINES ni Ácido Acetilsalicílico.<sup>97</sup>

El tratamiento más eficaz de la úlcera asociada a la infección por *Helicobacter Pylori* consiste en tres medicamentos: un IBP y dos antibióticos durante siete días y en los casos resistentes se emplea un IBP y tres antimicrobianos.

El consumo AINES Y Ácido acetilsalicílico se suspenden y se emplea un IBP. Si fuese imprescindible el mantenimiento del tratamiento con AINE es aconsejable que el tratamiento con el IBP se mantenga de forma ininterrumpida mientras se tome el AINE.

### **Pronóstico**

Reservado y dependiente de la etiología o gravedad.

### **3.2.4 Esofagitis eosinofílica (EE)**

Es una enfermedad crónica inflamatoria del esófago por acumulación de eosinófilos. El esófago es un conducto muscular que permite el paso de los alimentos desde la faringe hasta el estómago mediante su movimiento. Cuando este se inflama, su función se altera, apareciendo diferentes síntomas que reflejan su funcionamiento anormal.<sup>98, 99</sup>

### **Epidemiología**

La incidencia de EE parece haber aumentado de forma notable en los últimos años, en países desarrollados. Se diagnostica principalmente en niños y en adultos jóvenes la mayoría entre 20 y 40 años, con mucha frecuencia asocian otras formas de alergia, como asma, rinitis, conjuntivitis, sensibilización a alimentos o a pólenes. Estas razones apoyan la idea de que la EE es de origen alérgico. El 14% de pacientes a los que se les realiza una endoscopia presentan esofagitis y la mayoría son hombres. Actualmente se considera una de las principales causas de enfermedad del sistema digestivo.

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

### **Etiología**

La EE es una entidad crónica, mediada por una reacción inmunitaria o antigénica aberrante. Cierta evidencia señala que existen características genéticas específicas y que el mecanismo patológico subyacente es una reacción inmunitaria/alérgica con infiltración de eosinófilos y mastocitos que provocan inflamación esofágica mediante la liberación de citocinas tipo Th2.<sup>100</sup>

### **Clasificación**

Clasificación de EREFS: acrónimo en inglés de exudados, anillos, edema, surcos y estenosis. Cada uno con sus respectivos grados.

### **Signos y síntomas**

Son muy variados, diferentes en cada persona y edad. Son constantes, intermitente o estacionales. En los niños los vómitos, el rechazo al alimento, hipersalivación, tos, sinusitis, pirosis, pérdida de peso, hipocrecimiento. En adultos hay disfagia, impactaciones de alimento, reflujo de ácido o ardores que no desaparecen con IBP; en algunos casos, dolor torácico, vomito, emesis, anorexia, anemia.

### **Diagnóstico**

Endoscopia, pruebas histológicas, pruebas antialérgicas cutáneas, biopsia.<sup>101</sup> Algunos autores dieron ejemplo de este diagnóstico, ya que, *Le et al.* Mostraron en una cohorte retrospectiva de pacientes con disfagia, en la que evaluaron la utilidad de la toma de biopsias en pacientes con y sin hallazgos endoscópicos característicos de EE, que el rendimiento diagnóstico de las biopsias en pacientes sin hallazgos endoscópicos fue bajo.<sup>102</sup>

### **Diagnóstico diferencial**

Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), Gastroenteritis Eosinofílica, Enfermedad de Crohn, Acalasia, Infección parasitaria, Vasculitis.

### **Tratamiento**

Dietético: dieta elemental o sin proteínas, restricción basada en pruebas de alergia a alimentos, restricción basada en eliminación de alimentos comúnmente

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

alergénicos. Molina-Infante *et al.* Hallaron en una cohorte de pacientes con EE que la eficacia de la restricción de alimentos basada en pruebas de alergia en adultos fue de tan sólo el 33%, además de una elevada tasa de rechazo al tratamiento 37%. Los alimentos que indujeron mayor sensibilización fueron tomate 72%, huevo 62%, guisantes 50%, cebada 48%, papa 48%, centeno 45%, camarones 38%, trigo 38%, lentejas 38% y arroz 35%.<sup>103</sup>

Farmacológico: IBP, corticoides tópicos como aerosoles que deben ser aplicados sobre la lengua y tragados. Dellon *et al.* Demostraron mediante un ensayo clínico abierto que la budesonida en solución oral viscosa fue superior a la fluticasona en aerosol para reducir el infiltrado de eosinófilos en esófago. A través de escintigrafía demostraron también que, cualquiera que fuera la presentación del fármaco, había una correlación entre el tiempo de contacto esofágico y la eficacia, lo que sugiere que la acción del fármaco es local más que sistémica.<sup>104</sup> La dilatación esofágica es una alternativa útil para algunos pacientes con EE, sobre todo aquéllos con estenosis importantes. Kavitt *et al.* Mediante la construcción de un modelo de análisis de decisiones, demostraron que el tratamiento con fluticasona, seguido de dilatación endoscópica (en casos necesarios), fue la estrategia más económica que la dilatación inicial para pacientes con EE.<sup>105</sup>

### **Pronóstico**

Reservado, dependiente de la etiología y de la respuesta a tratamiento precoz.

### **3.2.5 Reflujo gastroesofágico (ERGE)**

Esta enfermedad se produce como consecuencia del reflujo patológico del contenido gástrico al esófago. Así, basándonos en los datos del estudio internacional DIGEST se estima que actualmente 7.7% de la población occidental refiere síntomas de ERGE, siendo uno de los motivos de consulta más frecuentes.<sup>106, 107</sup>

### **Epidemiología**

La prevalencia estimada en pacientes con ERGE es de un 3-4%<sup>108</sup> Los pacientes con ERGE tienen una mayor probabilidad de presentar esófago de

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

Barrett cuanto menor es la edad de inicio de la clínica, mayor es la duración de la sintomatología y existen episodios de reflujo nocturno más graves.

### **Etiología**

Las teorías sobre la patogenia de la ERGE han evolucionado históricamente desde aquellas que lo relacionaban con factores puramente anatómicos, como la hernia de hiato, hasta las teorías más recientes que señalan la disfunción del esfínter esofágico inferior (EEI) como la causa fundamental del reflujo patológico.<sup>109</sup> Actualmente el conocimiento más exhaustivo de la fisiopatología de la ERGE, derivado de la introducción de los estudios funcionales (manometría esofágica y pH-metría), permite afirmar que su patogenia es multifactorial, aceptándose que la ERGE sería el resultado del desequilibrio entre factores defensivos (Barra anti-reflujo, Aclaramiento esofágico, Resistencia mucosa) y factores agresivos (Volumen y naturaleza del contenido refluído, Ácido pepsina, Sales biliares) al nivel de la mucosa esofágica.<sup>110</sup>

### **Clasificación**

#### Clasificación de Los Ángeles para ERGE

- Grado A. Una o más lesiones de la mucosa menores a 5 mm que no se extiende a la parte superior de dos pliegues de la mucosa.
- Grado B. Una o más lesiones de la mucosa mayores a 5 mm que no presentan continuidad entre la parte superior de dos pliegues de la mucosa.
- Grado C. Uno o más lesiones de la mucosa que presenta continuidad entre la parte superior de dos pliegues de la mucosa, pero que implica menos del 75% de la circunferencia.
- Grado D. Una o más lesiones de la mucosa que involucra al menos el 75% de la circunferencia del esófago.

#### Clasificación modificada Savary-Miller para ERGE

- Grado I. Lesión erosiva individual o aislado, oval o lineal, que afecta un sólo pliegue longitudinal.

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

- Grado II. Múltiples lesiones erosivas, no circunferencial que afecta a más de un pliegue longitudinal, con o sin confluencia.
- Grado III. Lesión circunferencial erosiva.
- Grado IV. Lesiones crónicas que, incluyendo úlcera, estenosis, esófago corto, solo o asociado con lesiones de grados I a III.
- Grado V. Epitelio columnar en continuidad con la línea Z, no circulares, en forma de estrella, o circunferencial, solo o asociado con lesiones grados I a IV.

### **Signos y síntomas**

Estos son amplios y se clasifican en:

Síntomas típicos: pirosis, regurgitación, disfagia, odinofagia, complicaciones como hemorragia digestiva, el esófago de Barrett, la estenosis esofágica, la hemorragia digestiva, la úlcera esofágica y más raramente, el adenocarcinoma de esófago.<sup>111</sup>

### **Diagnóstico**

Por medio de una correcta anamnesis en la historia clínica. Endoscopia en menor viabilidad y sus resultados demuestran que los médicos de atención primaria son capaces de diagnosticar la ERGE a partir de los síntomas de manera bastante precisa.<sup>112</sup>

### **Diagnóstico diferencial**

Reflujo gastroesofágico fisiológico no patológico, alergia alimentaria, anomalías congénitas quirúrgicas: atresia de esófago, acalasia, hernia hiatal, anillo vascular, hipertrofia de píloro, membrana duodenal, membrana gástrica, rotación intestinal, duplicación intestinal, quiste de colédoco, páncreas anular, bridas congénitas, masas, enfermedades de origen metabólico, enfermedades renales/urológicas.

### **Tratamiento**

Fármacos como los IBP, antiácidos, procinéticos y antisecretores.

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

Los miembros del Genval Workshop Report en consideración en la elaboración de guías prácticas del manejo de la ERGE para el tratamiento mencionan objetivos como el alivio de los síntomas y la curación de las lesiones, la prevención de las recidivas y de las complicaciones y la mejora en la calidad de vida de los pacientes.<sup>113</sup>

Tratamiento a síntomas leves o reflujo ocasional y que no satisfacen los criterios para definir sus síntomas como ERGE, pueden ser tratados con antiácidos y modificación dietética.<sup>114</sup>

Tratamiento de mantenimiento o a largo plazo con IBP también se han mostrado superiores a los anti-H<sub>2</sub> administrados solos o asociados a procinéticos.<sup>115</sup>

Tratamiento quirúrgico: reconstruir la barrera anti-reflujo. La técnica quirúrgica es la funduplicatura total o parcial.<sup>116</sup>

Tratamiento endoscópico: gastroplastia endoscópica, la liberación de radiofrecuencia en la unión esófago-gástrica, la inyección de polímeros a nivel del cardias y la colocación de prótesis expandible de hidrógeno en la unión esófago-gástrica.<sup>117</sup>

### **Pronóstico**

Reservado

## **3.3 ENFERMEDADES OCULARES**

### **3.3.1 Miopía**

Enfermedad ocular de un error de refracción muy común, en la que los rayos de luz paralelos llegan a un foco por delante de la retina, es decir, el foco imagen está situado delante de la retina y no directamente sobre ella cuando el ojo está en reposo; el ojo, pues, es relativamente demasiado largo. Los objetos cercanos se ven nítidamente, pero los lejanos se ven borrosos.<sup>118</sup>

### **Epidemiología**

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

Puede afectar tanto a niños como adultos. Afecta alrededor del 25 por ciento de las personas en los Estados Unidos. La miopía se diagnostica con frecuencia en niños entre 8 y 12 años de edad. Puede empeorar durante la adolescencia. Puede que pocos cambios ocurran entre los 20 y los 40 años de edad, pero a veces la miopía puede empeorar con la edad. Las personas cuyos padres tienen la miopía pueden tener más probabilidades de sufrir dicha condición.<sup>119</sup>

### **Etiología**

Ocurre cuando el globo ocular es demasiado largo y evita que la luz que viene entrando se enfoque directamente sobre la retina. También puede ocurrir cuando la córnea o el cristalino tienen forma anormal.

Miopía axial. Se debe a un aumento del diámetro anteroposterior del ojo. Acostumbra a ser de tipo congénito.

Miopía de curvatura. Acompañada de un aumento de la curvatura de la córnea o de una o ambas caras del cristalino. Se relaciona con una miopía adquirida tardía.

Miopía de índice. Provocada por una alteración del índice de refracción de los humores acuoso o vítreo. Suele tratarse de una miopía adquirida senil.

### **Clasificación**

Clínicamente se clasifica en:<sup>120</sup>

- Miopía benigna o simple: progresión limitada, el defecto refractivo no sobrepasa las 6 dioptrías y no origina problemas en el fondo de ojo o retina.
- Miopía patológica o degenerativa: el defecto refractivo pasa las 6 dioptrías, existe debilidad esclerótica.

### **Signos y síntomas**

Dolor de cabeza, entrecerrar los ojos para ver, fatiga visual, alargamiento del ojo, disminución de la agudeza visual en visión lejana, buena agudeza visual en visión próxima, presbicia, alteraciones de la visión binocular, mala convergencia y estrabismos divergentes, pupila amplia, algo perezosa y dilatada, adelgazamiento

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

de la esclerótica en el segmento posterior, alteración degenerativa y no inflamatoria de la retina y la coroides como la media luna miópica en la papila, trastornos de la mácula, estafiloma posterior, degeneración quística en la ora serrata y la presencia de la raya refleja de Weiss, complicaciones como el desprendimiento de la retina, alteraciones degenerativas del vítreo, opacidades flotantes que proyectan sobre la retina imágenes anormalmente grandes, producen ansiedad y molestia, degeneración del cristalino o cataratas, glaucoma.<sup>121</sup>

### **Diagnóstico**

Examen minucioso de la vista con el médico oculista.

### **Diagnóstico diferencial**

Astigmatismo, Hipermetropía.

### **Tratamiento**

Puede tratarse con medidas higiénicas, médicas, optocorretractivas como lentes de contacto o anteojos y quirúrgicas con amplia gama de cirugías refractivas.

### **Pronóstico**

Reservado ya que depende de la edad del paciente y si no se detecta y corrige pronto, puede provocar complicaciones oculares, consecuencias sociales, emocionales y educacionales.

### **3.3.2 Astigmatismo**

Enfermedad ocular de tipo de error de refracción común. Es un trastorno en que el ojo no enfoca la luz de forma pareja sobre la retina, el tejido sensible a la luz en la parte posterior del ojo. La luz se desvía de manera diferente, dependiendo del lugar donde impacte en la córnea, y pasa a través del globo ocular. La córnea tiene curvatura similar a la de una pelota de fútbol americano. Tiene algunas áreas más inclinadas o más redondeadas que otras. Esto puede causar que las imágenes se vean borrosas o alargadas.<sup>122</sup>

### **Epidemiología**

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

Puede afectar tanto a los niños como a los adultos. Algunos pacientes con astigmatismo leve no notarán cambios grandes en su visión.

### **Etiología**

El astigmatismo es causado usualmente por irregularidades en la forma de la córnea. En lugar de tener una forma redondeada simétrica (como una pelota de béisbol), tiene una forma más similar a una pelota de fútbol americano, con un meridiano significativamente más curvo que su perpendicular.

### **Clasificación**

Existen tres tipos primarios de astigmatismo: <sup>123</sup>

- Astigmatismo miópico. Uno o ambos meridianos principales del ojo enfocan como miopes. Si ambos meridianos enfocan como miopes, lo hacen en diferente grado.
- Astigmatismo hipermetrópico. Uno o ambos meridianos principales enfocan como hipermétropes. Si ambos enfocan como hipermétropes, lo hacen en diferente grado.
- Astigmatismo mixto. Un meridiano principal enfoca como miope, y el otro como hipermetrope.

El astigmatismo también se clasifica como regular o irregular. En el regular, los meridianos principales son perfectamente perpendiculares entre sí (forman un ángulo de 90 grados). En el astigmatismo irregular, no son perpendiculares. La mayoría de los astigmatismos son corneales regulares, lo que significa que la superficie frontal del ojo tiene forma de pelota de fútbol americano.

### **Signos y síntomas**

Dolores de cabeza, fatiga visual, entrecerrar los ojos para ver, visión distorsionada o borrosa a cualquier distancia, dificultad para manejar por la noche. Algunas veces puede ser asintomático.

### **Diagnóstico**

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

Por lo regular, se detecta con un examen completo de los ojos con dilatación de las pupilas en el médico oftalmólogo.

#### **Diagnóstico diferencial**

Miopía, hipermetropía.

#### **Tratamiento**

Se puede corregir con anteojos, lentes de contacto o cirugía. El estilo de vida de cada persona afecta el modo en que se trata el astigmatismo.<sup>124</sup>

#### **Pronóstico**

Puede variar en cada paciente al paso del tiempo. Es posible que los pacientes tengan que renovar sus lentes cada cierto tiempo para adaptarse a una nueva graduación. No obstante, en general el pronóstico suele ser bastante bueno.

### **3.3.3 Hiperopía o Hipermetropía**

Es una enfermedad ocular de un tipo de error de refracción común donde se puede ver los objetos distantes con mayor claridad que los objetos cercanos algunas personas pueden que no noten ningún problema con su visión, especialmente de jóvenes. Mientras para las personas con una hipermetropía considerable, la visión puede ser borrosa para ver objetos a cualquier distancia, sea de cerca o de lejos.<sup>125</sup> La córnea y el cristalino desvían (refractan) los rayos de luz que vienen entrando para que se enfoquen con precisión sobre la retina en la parte posterior del ojo.

#### **Epidemiología**

Puede afectar tanto a los niños como a los adultos. Afecta alrededor del 5 al 10 por ciento de las personas. Las personas cuyos padres tienen la enfermedad pueden tener más probabilidades de sufrir dicha condición.

#### **Etiología**

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

Ocurre en ojos que enfocan las imágenes detrás de la retina en lugar de hacerlo sobre la retina. Globo ocular demasiado corto, córnea o cristalino con forma anormal.

### **Clasificación**

De acuerdo con Gil del Río<sup>126</sup>, las hipermetropías se pueden clasificar en:

Clasificación etiológica de la hipermetropía

- Hipermetropía simple o primaria. Se produce en ojos aparentemente sanos
- Hipermetropía patológica. Es la causa por elementos congénitos o adquiridos

Clasificación clínica de la hipermetropía

- Hipermetropía latente
- Hipermetropía facultativa
- Hipermetropía absoluta
- Hipermetropía manifiesta
- Hipermetropía total

### **Signos y síntomas**

Los síntomas varían de una persona a otra. Dolores de cabeza, fatiga visual, entrecerrar los ojos para ver, visión borrosa, especialmente para objetos cercanos.

### **Pruebas de diagnóstico**

Un oculista puede diagnosticar la hipermetropía y otros errores de refracción durante un examen completo de los ojos con dilatación de las pupilas.

### **Diagnóstico diferencial**

Miopía, astigmatismo o presbicia.

### **Tratamiento**

Anteojos, lentes de contacto o cirugía.

### **Pronóstico**

Reservado y depende de la gravedad, la etiología y la edad.

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

### 3.3.4 Diplopía

La diplopía es la percepción de 2 imágenes de un único objeto.<sup>127</sup>

#### Epidemiología

Llega a constituir un 1.4% de las urgencias oftalmológicas, en las que el médico tiene que realizar un diagnóstico diferencial acertado, pues puede ser causada por un gran número de procesos potencialmente graves.

La mayoría de los casos (85%) son debidos a diplopía binocular, siendo la parálisis del VI par craneal la causa más frecuente. El resto (15%) son debidos a diplopía monocular, que nos indica que existe patología en la córnea, cristalino, errores de refracción o patología retiniana.<sup>128</sup>

#### Etiología

Las causas que pueden originar una diplopía son los TEC, diabetes mellitus, hipertensión, esclerosis múltiple, aneurisma, miastenia, y tumor.

#### Clasificación

Puede ser monocular o binocular.<sup>129</sup>

- Diplopía monocular, que consiste en la percepción de una doble imagen con un solo ojo, manteniendo el otro ojo ocluido.
- Diplopía binocular, que está presente sólo cuando ambos ojos están descubiertos y desaparece en caso de que se ocluya cualquiera de los dos ojos

#### Signos y síntomas

- Percepción de dos imágenes a partir de un objeto.
- Disminución del rendimiento laboral, de aprendizaje e incluso limitación de actividades diarias.
- Cualquier tarea que requiera una visión de detalle se ve perjudicada por la visión doble.

#### Diagnóstico

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

Métodos de motilidad ocular filtro rojo, varilla de madox, Hess lancaster entre otros; nos permiten diferenciar el tipo, la magnitud y la causa de la diplopía para que esta pueda ser corregida mediante un método adecuado que permita lograr visión única al paciente

### **Diagnóstico diferencial**

Ambliopía.

### **Tratamiento**

Se desarrolla de acuerdo con el tipo y a la magnitud; puede ser quirúrgico cuando la magnitud es alta o no quirúrgico como la prescripción de prismas oftálmicos.

### **Pronóstico**

Por sí misma no trae consecuencias para la salud, la visión no está comprometida ni tampoco la vida, pero las causas de esta enfermedad suelen ser de gravedad por lo cual debe ser detectado a tiempo para establecer el tratamiento adecuado.<sup>130</sup>

## **3.4 ENFERMEDADES VIRALES**

### **3.4.1 Hepatitis B**

El virus de la hepatitis B (VHB) es un patógeno muy común que infecta de forma crónica a unas 350 a 400 millones de personas en el mundo y es responsable anualmente de un millón de muertes por enfermedad hepática.<sup>131, 132</sup>

### **Epidemiología**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que más de dos billones de habitantes en el mundo han sido infectados por el virus de la hepatitis B, de los cuales 350 millones serán portadores crónicos del antígeno de superficie (HBsAg) y aproximadamente un millón de muertes en un año están relacionadas directamente a infección por el virus de la HBV.<sup>133, 134</sup>

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

### **Etiología**

La infección por hepatitis B es causada por el virus de la hepatitis B. El virus se transmite de persona a persona a través de la sangre, el semen u otros líquidos corporales.<sup>135</sup>

### **Clasificación**

Según la evolución clínica, estos pueden ser:

- Agudos.
- Crónicos.
- Fulminantes.<sup>136</sup>

### **Signos y síntomas**

Astenia, anorexia, malestar general, malestar abdominal, náuseas, vómitos, cefalea, fotofobia, artromialgias, faringitis, tos y coriza. Suele existir febrícula, siendo más rara la fiebre mayor de 38°C. Estos síntomas pueden preceder en 1 o 2 semanas a la fase icterica de la hepatitis y persistir posteriormente hasta la resolución del cuadro agudo. Poco antes de que aparezca la ictericia se observan coluria e hipocolia. En la fase prodrómica el 5-10% de los pacientes desarrollan un cuadro extrahepático similar a la enfermedad del suero, con artralgias o artritis, erupción cutánea, angioedema y alteraciones renales con hematuria y proteinuria; en algunos casos puede aparecer una vasculitis tipo poliarteritis nodosa.<sup>137</sup>

### **Diagnóstico**

Depende en primer lugar del grado de sospecha clínica, siendo relativamente fácil si se aprecia ictericia y más difícil en las formas anictéricas. Los datos de laboratorio son también orientativos, estableciéndose el diagnóstico etiológico del origen por VHB de la hepatitis aguda mediante el estudio de marcadores serológicos. Raras veces se precisa o está indicada la biopsia hepática en la hepatitis viral aguda, salvo cuando haya dudas diagnósticas o clínicas sugestivas de hepatitis crónica.<sup>138, 139</sup>

### **Diagnóstico diferencial**

Hepatitis tóxicas, Hepatitis isquémica, Hepatitis por virus *Hepatotropos*, Hepatitis agudas infecciosas, Hepatitis agudas metabólicas.<sup>140</sup>

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

### **Tratamiento**

En hepatitis B no podemos hablar de curación de la enfermedad, debido a que el virus B no se puede erradicar en forma completa por su incorporación en el núcleo de hepatocito, principalmente en forma de cccDNA, contra el cual no se ha desarrollado un tratamiento específico. Por lo que, las metas terapéuticas para la infección por HBV están orientadas en primer lugar a la supresión sostenida de la replicación viral, a la remisión de la enfermedad hepática y a evitar la progresión a cirrosis, insuficiencia hepática y hepatocarcinoma.<sup>141</sup>

### **Pronóstico**

En el 95% de los casos de hepatitis aguda por VHB la evolución es favorable, recuperándose los pacientes por completo. La mayoría de los pacientes no precisa atención hospitalaria, debiendo reservarse ésta para las formas graves.

### **3.4.2 Varicela**

La varicela es una enfermedad contagiosa causada por el virus de la varicela zóster (VZV). Este virus es uno de los 8 tipos de la familia *Herpes viridae*.<sup>142</sup>

### **Epidemiología**

Se infectan por igual ambos sexos y los individuos de todas las razas. En México el promedio de casos de varicela anual fue 296 733, 57% menores de 9 años, la mayoría de marzo a mayo; de 2004 a 2012 los egresos hospitalarios de varicela fueron 17 398, de ellos 4.6% presentó meningocefalitis, 2.5% neumonía y 18% otras complicaciones.<sup>143</sup>

### **Etiología**

Tiene al humano como único reservorio y fuente de infección y se transmite de dos maneras: a través del aire por secreciones respiratorias de una persona infectada (1-2 días previos a la erupción cutánea hasta 5 días después de la aparición de vesículas); o por contacto directo con la erupción de la varicela antes de formarse la costra ya que el líquido de las vesículas contiene altas concentraciones del virus. Se transmite fácilmente de personas infectadas a otras que nunca ha tenido varicela o no se han vacunado.<sup>144</sup>

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

### **Clasificación**

- La primoinfección produce la varicela, enfermedad exantemática típica de la infancia.
- La reactivación, habitualmente en personas mayores, se manifiesta como herpes zoster, reproduciendo las lesiones de la varicela localizadas en un dermatoma.

### **Signos y síntomas**

Este se caracteriza por fiebre, malestar general, faringitis y disminución del apetito. Dentro de 24 a 48 horas, se produce un exantema vesicular y fiebre de 37.8 a 39.4°C de tres a cinco días de duración. Las lesiones iniciales de varicela se ubican generalmente en cuero cabelludo, cara y tronco, y luego compromete extremidades.<sup>145</sup>

El exantema, generalmente pruriginoso, evoluciona en el transcurso de la enfermedad. Inicialmente se presenta como máculas, que rápidamente se transforman en pápulas y luego vesículas. El paso de maculopápulas a vesículas se produce en cuestión de horas a días. Esas lesiones pueden generar pústulas, que luego dan origen a lesiones costrosas. Es característico de la varicela que se presenten lesiones en diferentes estadios de evolución. La mayoría de las lesiones son pequeñas, tienen una base eritematosa y un diámetro de 5 a 10 mm. Aparecen brotes sucesivos con intervalos de dos a cuatro días. Puede haber lesiones en las mucosas orofaríngea, conjuntival y genitoanal. Su intensidad varía de un enfermo a otro.<sup>146</sup>

### **Diagnóstico**

El diagnóstico de la varicela generalmente no representa un desafío clínico. El exantema característico y el antecedente epidemiológico de una exposición reciente permiten el diagnóstico oportuno.<sup>147</sup>

### **Diagnóstico diferencial**

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

El diagnóstico diferencial, principalmente, debe hacerse con otras infecciones virales. Son ejemplos, la infección diseminada por el virus del herpes simple en enfermos con dermatitis atópica y las lesiones vesiculopapulosas diseminadas que algunas veces acompañan a las infecciones por virus *Coxsackie*, *Echovirus* o al sarampión atípico

### **Tratamiento**

La varicela es una enfermedad viral que en la mayoría de los pacientes se comportará de forma benigna y autolimitada. Es por esta razón que se tiende a manejar de manera conservadora y sintomática, pero existen ciertas indicaciones para proponer el uso de antivirales cuando se nos presenta un paciente con esta enfermedad. Dentro de las indicaciones para el tratamiento sintomático ambulatorio están:

- Aislamiento, con retiro de colegios
- Reposo variable según compromiso del estado general
- Baño diario con jabón líquido
- Mantener uñas limpias y cortas
- No aplicar nada para cubrir las lesiones
- Analgesia con paracetamol
- Uso de clorfenamina para manejo del prurito<sup>148</sup>

En general cuando nos enfrentamos a embarazadas, inmunocomprometidos y pacientes mayores de 15 años que cursan con varicela, se debe actuar de manera más agresiva, debido a la mayor frecuencia de complicaciones en este grupo etario. Es por esto que, según el contexto clínico, el huésped y el tiempo transcurrido de infección, pueden utilizarse varias opciones terapéuticas que han cobrado relevancia en los últimos años, como lo son la gammaglobulina hiperinmune, la gammaglobulina de banco y antivirales como el Aciclovir.<sup>149</sup>

### **Pronóstico**

A pesar de ser tan molesta, la varicela desaparece completamente sin complicaciones en la mayoría de los niños. En algunos niños se producen

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

infecciones bacterianas. Por lo general son infecciones leves de la piel, pero a veces la infección puede ser más grave y afectar a los tejidos debajo de la piel y los músculos. En estos casos, se necesitan antibióticos y cirugía para controlar la bacteria.<sup>150</sup>

### **3.4.3 Amigdalitis**

La amigdalitis es una es una inflamación de una o ambas amígdalas, ubicadas en la pared lateral de la orofaringe y que poseen células relacionadas con la respuesta inmunológica del organismo, especialmente para la lucha en contra de las infecciones.<sup>151</sup>

#### **Epidemiología**

En la descripción y análisis clínico epidemiológico de los motivos otorrinolaringológicos de ingreso en 2015 en México se encontraron 7027 casos (69.2%) de enfermedades de la vía aérea superior, faringe y amígdalas.<sup>152</sup>

#### **Etiología**

La amigdalitis aguda es causada por una amplia gama de virus y bacterias, siendo los factores bacterianos mucho menos comunes. Los microorganismos que más afectan al ser humano en cuando a la amigdalitis son:

- Streptococcus.
- Virus de Epstein-Barr (VEB).
- Virus de la influenza o gripe.
- Virus de herpes simple.
- Adenovirus.
- Enterovirus.
- Virus para influenza.

En cuanto a la amigdalitis crónica, la causa es el desarrollo de una infección mucho más severa y descuidada por el paciente, la cual se convierte en algo recurrente que afecta e inflama los tejidos de las amígdalas con preocupante frecuencia. Debido a la gravedad y al nivel de infección, la amigdalitis crónica suele causar faringitis.

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

### **Clasificación**

Existen dos tipos de amigdalitis: aguda y crónica

- La amigdalitis aguda es bastante común en niños pequeños e inclusive en adolescentes, siendo también una condición autolimitada y con evolución benigna.
- La amigdalitis crónica representa el caso menos común en el cual las amígdalas sufren de una infección vírica o bacteriana casi permanente, la cual presenta síntomas intermitentes durante un periodo superior a seis meses.

### **Signos y síntomas**

Síntomas amigdalitis aguda

- Dolor intenso en el área más elevada de la garganta, especialmente cuando se abre la boca o se tragan alimentos sólidos y líquidos.
- Extensión del dolor hasta los oídos, en caso de que el estado de la amigdalitis sea severo.
- Disfagia
- Dolor de cabeza.
- Fiebre.
- Voz gangosa.
- Adenopatías cervicales con dolor.
- Tos.
- Pérdida del habla.
- Producción excesiva de saliva.
- Fatiga.
- Aparición de placas de exudado sobre los tejidos de las amígdalas.

Paradójicamente, la amigdalitis crónica no se caracteriza por esos síntomas. Todo lo contrario, el paciente con una situación crónica puede tener las amígdalas y los

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

ganglios linfáticos inflamados de forma permanente sin que esto le provoque un estado de dolor o incomodidad significativo.

Sin embargo, la amigdalitis crónica sí genera disfagia y halitosis. También podría causarle al paciente un mal sabor de boca sin explicación aparente. Los rebotes con preocupante frecuencia de amigdalitis aguda y todos los síntomas que ello conlleva, vendrían a ser el síntoma más significativo del estado crónico de la enfermedad.

### **Diagnóstico**

Diagnóstico visual que se hace revisando la garganta del paciente también se puede lograr con hematologías o análisis de exudado.<sup>153</sup>

### **Diagnóstico diferencial**

Faringoamigdalitis vírica, virus de *Epstein-Barr*, o citomegalovirus.

### **Tratamiento**

El tratamiento para la amigdalitis aguda involucra el uso organizado de analgésicos, lo que reduce el dolor y mejora la fiebre a causa de la infección. Otro recurso para brindar confort al paciente es con medicamentos especiales para tratar la disfagia, los cuales permiten tragar alimentos sólidos y líquidos con mayor facilidad durante el tiempo que la amigdalitis esté presente.

Tras este primer estadio donde se consigue mejorar el estado del paciente, se suelen aplicar antibióticos y antiinflamatorios, los cuales empiezan a tratar directamente los tejidos afectados. Este tratamiento con medicamentos va acompañado con un consumo elevado de líquidos, como agua y zumos de fruta, especialmente aquellas con una alta concentración de vitamina C.

En aquellos casos que las infecciones amigdalares sean recurrentes a pesar de los tratamientos antibióticos, o hayan causado un flemón o absceso amigdalares, hay que recomendar su resección quirúrgica. La amigdalectomía actualmente la realizamos con radiofrecuencia, lo que minimiza los síntomas post-quirúrgicos y las posibles complicaciones.<sup>154</sup>

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

### **Pronóstico**

Los síntomas de la amigdalitis tienden a mejorar a los dos o tres días de iniciado el tratamiento. La infección generalmente está curada después de haber completado el tratamiento, aunque algunas personas pueden necesitar más de un ciclo de antibióticos.<sup>155</sup>

### **3.4.4 Tos y gripe**

La tos es un mecanismo protector cuyo fin es limpiar la laringe y la tráquea de partículas, facilitando, por tanto, toda secreción.<sup>156</sup>

La gripe es una enfermedad respiratoria contagiosa causada por el virus de la influenza.<sup>157</sup>

### **Epidemiología**

Ambas se presentan en forma de epidemias estacionales (distribución local, regional o nacional, pero ligada a un área geográfica concreta), afectando a un gran número de personas.

### **Etiología**

La gripe es una enfermedad respiratoria contagiosa causada por el virus de la influenza. La tos generalmente comienza de manera repentina y a menudo se debe a un resfriado, una gripe o una infección sinusal.

### **Clasificación**

- En función de si produce o no expectoración puede ser:<sup>158</sup>

Seca. La tos seca se produce cuando no hay expectoración, bien porque no se ha producido o porque está tan adherida a las paredes bronquiales que no se puede expulsar.

Productiva. En este caso, la tos suele presentarse con expectoración, que acostumbra a ser más abundante por la mañana.

- En función de su duración en:<sup>159</sup>

Aguda: de comienzo repentino, suele deberse a un resfriado, gripe o sinusitis subaguda, no suele durar más de 3 semanas.

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

Crónica: persiste más de 3 semanas.

Gripe: Hay cuatro tipos de virus de la gripe estacional: A, B, C y D. Los causantes de las epidemias estacionales son los virus gripales de tipo A y B.

### **Signos y síntomas**

- Tos seca: Necesidad permanente de toser. toser sin expulsar mucosidad, sensación de irritación, cosquilleo y sequedad en la garganta, la tos suena seca, pecho despejado, sin repiqueteo ni congestión, la tos puede dificultar el sueño por la noche.
- Tos crónica: Goteo o congestión nasal, una sensación de líquido que baja por la parte posterior de la garganta (goteo posnasal), carraspeo frecuente de la garganta y dolor de garganta, ronquera, sibilancias y dificultad para respirar, acidez estomacal o gusto agrio en la boca, en casos raros, tos con sangre.
- Gripe: Fiebre alta, dolores musculares, dolor de cabeza, cansancio o debilidad, tos seca, dolor de garganta, secreción nasal, falta de apetito.

### **Diagnóstico**

Tos. La historia clínica debe tener en cuenta<sup>5</sup>: duración del proceso, existencia de fiebre, sibilancias, calidad y cantidad de la expectoración, evolución estacional o temporal, factores de riesgo si existe una enfermedad subyacente, antecedentes familiares y personales.<sup>160</sup>

Gripe. El diagnóstico se lleva a cabo mediante la historia clínica y la exploración física. No suele ser necesario realizar pruebas adicionales.

### **Diagnóstico diferencial**

Tos: Rinitis o sinusitis, asma, bronquitis crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), bronquiectasias, reflujo gastroesofágico, carcinoma bronquial, enfermedades intersticiales difusas pulmonares, tuberculosis.<sup>161</sup>

Gripe: resfriado, alergia.

### **Tratamiento**

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

Tos: inhibidores de la tos como la codeína, el dextrometorfano, cloperastina, etc.<sup>162</sup>

Gripe: Analgésicos-antipiréticos son de elección el ácido acetilsalicílico y el paracetamol, antihistamínicos (forman parte de numerosas formulaciones antigripales), descongestivos nasales, antitusivos, mucolíticos y expectorantes

### **Pronóstico**

La mayoría de la gente con gripe se recupera generalmente en el plazo de una semana, aunque la tos y la fatiga puedan persistir más de largo.

### **3.4.5 Sarampión**

Sarampión es una enfermedad de origen viral altamente contagiosa, eliminada en gran parte del mundo gracias a la implementación de programas de vacunación. En la actualidad, aún es capaz de originar brotes particularmente en población susceptible no vacunada determinando alta carga de morbilidad y mortalidad.<sup>163,164</sup>

### **Epidemiología**

El sarampión es uno de los virus más contagiosos (90 %) que se conocen. Es responsable de más del 10 % del total de defunciones de menores de 5 años que se producen en el mundo anualmente, de las cuales la mitad corresponde a menores de 1 año. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que en 1994 más de 1 000 000 de niños fallecieron a causa del sarampión, una cifra superior al total de defunciones infantiles causadas por el conjunto de las enfermedades inmuno-prevenibles incluidas en el Programa Ampliado de Inmunización (PAI).<sup>165</sup>

### **Etiología**

Se transmite por aerosoles con puerta de entrada en el aparato respiratorio o por contacto directo con secreciones respiratorias originando una enfermedad sistémica. El ser humano es el único reservorio de este agente etiológico.<sup>166,167</sup>

### **Clasificación**

No se encontró clasificación para esta enfermedad

### **Signos y síntomas**

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

Después de un período de incubación promedio de 10 días, se inician los primeros síntomas conocidos como pródromo, período caracterizado por fiebre (en niños con pico de 39 a 40°C), coriza y/o tos, conjuntivitis y lesiones de Köplik (definidas como patognomónicas), síntomas que se van intensificando, dando paso en el día 14 post contacto a la aparición del exantema de tipo morbiliforme o máculo-papular generalizado. Los enfermos, se consideran infectantes desde cuatro días antes hasta cuatro después de la aparición del exantema, período en el que tienen altas concentraciones virales en sangre y en fluidos respiratorios, y por la presencia de síntomas respiratorios, se ve facilitada la difusión viral.<sup>168</sup>

### **Diagnóstico**

Se basa en tres elementos: manifestaciones clínicas, epidemiología y laboratorio.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) entrega como definición de caso sospechoso a: “cualquier persona con exantema máculo-papular generalizado, fiebre superior a 38°C, y uno de los siguientes: tos, coriza o conjuntivitis”; agregando además “cualquier persona en que un profesional de la salud sospeche sarampión”.

<sup>169,170</sup>

### **Diagnóstico diferencial**

Debe hacerse con otras enfermedades eruptivas febriles con un curso clínico semejante al sarampión, entre estas principalmente la rubéola, la escarlatina, el dengue eruptivo y el exantema súbito, también conocido como roseola infantil.

### **Tratamiento**

No existe terapia antiviral específica para el sarampión. La indicación de hospitalización debiera estar motivada sólo por el diagnóstico de complicaciones graves asociadas. Se aconseja medidas de soporte con manejo de la fiebre, hidratación y adecuado apoyo nutricional. La administración de vitamina A, sugerida por la OMS a fin reducir letalidad.<sup>171</sup>

### **Pronóstico**

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

La mayoría de las personas se recuperan a la semana de haber comenzado los síntomas, y por lo general no se presentan complicaciones.

### **3.4.6 Herpes bucal**

El herpes oral es una infección de los labios, la boca o las encías debido al virus del herpes simple. Esta infección provoca ampollas pequeñas y dolorosas (aftas) o herpes febril. El herpes oral también se conoce como herpes labial.<sup>172</sup>

#### **Epidemiología**

Se estima que en todo el mundo hay 3700 millones de personas menores de 50 años (67%) infectadas por VHS-1.<sup>173</sup>

#### **Etiología**

La infección es causada por el virus del herpes simple tipo 1 (VHS-1). El cual se transmite principalmente por contacto de boca a boca y causa herpes labial, aunque también puede causar herpes genital.

#### **Clasificación**

Virus del herpes simple de tipo 1 (VHS-1)

Virus del herpes simple de tipo 2 (VHS-2)

#### **Signos y síntomas**

La infección por herpes labial suele ser asintomática y la mayoría de las personas infectadas por VHS-1 no saben que lo están. Entre los síntomas del herpes labial cabe citar las dolorosas vesículas o úlceras en la boca o a su alrededor. Antes de la aparición de las úlceras, las personas infectadas suelen notar una sensación de hormigueo, picor o quemazón en esa zona.

#### **Diagnóstico**

La historia clínica: el paciente suele referir síntomas generales: astenia, dolor y estrés.

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

Exploración física, para encontrar las típicas vesículas agrupadas.

Algunas veces, se toma una muestra de la úlcera y se envía a un laboratorio para un análisis más detallado. Los exámenes pueden incluir: Cultivo de virus, Pruebas de ADN del virus o Prueba de Tzanck en busca del VHS. <sup>174</sup>

### **Diagnóstico diferencial**

Lesiones ulceradas o necróticas en pacientes con VIH, Herpes zóster, Tinea corporis, Molluscum contagiosum, Eccema de contacto, Rágades bucal, Angioedema, etc. <sup>175</sup>

### **Tratamiento**

Los medicamentos antivíricos, como el aciclovir, el famciclovir y el valaciclovir, son los más eficaces para las personas infectadas por VHS. Sin embargo, aunque pueden reducir la intensidad y frecuencia de los síntomas, no curan la infección. <sup>176</sup>

### **Pronóstico**

El herpes oral por lo regular desaparece por sí solo en 1 o 2 semanas. Sin embargo, puede reaparecer.

## **3.5 ENFERMEDADES RESPIRATORIAS**

### **3.5.1 Asma**

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas, en la cual muchas células y productos celulares juegan un papel importante. <sup>177</sup>

### **Epidemiología**

La prevalencia de asma varía de acuerdo con la zona geográfica, el clima, el estilo de vida y el desarrollo económico de cada región. <sup>178</sup> La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que afecta a 300 millones de personas y aún en la actualidad es causa de muerte en todo el mundo, estimando 250 000 muertes por asma al

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

año. En las últimas cuatro décadas la prevalencia aumentó de forma importante, principalmente en las ciudades industrializadas.<sup>179</sup>

### **Etiología**

La atopia es el factor de riesgo más importante para desarrollar asma. Los factores ambientales y el estilo de vida se han sugerido como moduladores en el desarrollo de atopia.<sup>180</sup>

### **Clasificación**

El asma puede clasificarse por los factores etiológicos, la gravedad o el tipo de limitación en el flujo aéreo. Dado que es una enfermedad heterogénea, existen múltiples factores causales tanto para su inducción como para su exacerbación, desde infecciones virales en la infancia hasta exposición ocupacional en los adultos. La gravedad se estima por una evaluación combinada de los síntomas, cantidad de agonistas broncodilatadores beta dos ( $\beta_2$ ) para controlar los síntomas y la función pulmonar.<sup>181</sup>

### **Signos y síntomas**

El cuadro clínico característico es tos, sibilancias, opresión torácica y, en cuadros graves, dificultad respiratoria.

### **Diagnóstico**

El diagnóstico se basa en la historia clínica del paciente, en donde es importante interrogar, además de los síntomas, sobre el entorno social y ambiental, antecedentes familiares, aunado al examen físico. Los estudios de función pulmonar sirven como apoyo al diagnóstico clínico y son confirmatorios.

### **Diagnóstico diferencial**

Infecciones virales respiratorias, fibrosis quística, anomalías anatómicas, aspiración de cuerpo extraño y reflujo gastroesofágico.

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

### **Tratamiento**

Se propone un enfoque por etapas, que consiste en aumentar el número, frecuencia y dosis de los medicamentos hasta alcanzar la remisión; luego se realiza una cuidadosa reducción de la terapéutica para mantener la remisión con la menor cantidad posible de medicamentos. El tratamiento debe ser individualizado y modificado para obtener y mantener el adecuado control de los síntomas.

### **Pronóstico**

En las crisis leves, el manejo con planes de autocuidado o el ajuste del tratamiento por su médico de cabecera suelen ser suficientes. En ocasiones en que las crisis son más graves, se necesita de atención médica urgente, incluso muy ocasionalmente de ingreso hospitalario durante unos días.<sup>182</sup>

#### **3.5.2 Neumonía**

Es la lesión inflamatoria pulmonar en respuesta a la llegada de microorganismos a la vía aérea distal y parénquima.<sup>183</sup>

### **Epidemiología**

Es relativamente frecuente. Su incidencia es de 5-11/1.000 personas/año, mayor en niños y en ancianos, y supone un 5-12% de las infecciones respiratorias para las que se prescriben antibióticos. Un 20-40% ingresan en los hospitales. La mortalidad es mayor, del 4-14%; requieren ingreso en UCI (unidad de cuidados intensivos) del 22-50% y, particularmente, si se precisa ventilación mecánica, supera el 50%.<sup>184</sup>

### **Etiología**

Es causada por muy distintos agentes, la mayoría infecciosos, aunque también por agentes físicos (radioterapia) o químicos (gases tóxicos).

### **Clasificación**

Las neumonías se pueden clasificar según:

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

- El agente causal
- El riesgo previo (bajo riesgo, las adquiridas por sujetos sanos en la comunidad; riesgo medio, las que aparecen en edades avanzadas en sujetos sanos, y alto riesgo, las que aparecen en bronconeumopatías crónicas avanzadas, en cardiopatías descompensadas, en inmunodeprimidos y en hepatopatías crónicas avanzadas)
- El lugar de adquisición (intrahospitalarias, si aparecen en un paciente a partir de las 72 horas de su ingreso y hasta 3 días después del alta, y extrahospitalarias, todas las restantes adquiridas en el medio comunitario habitual del individuo).<sup>185</sup>

### **Signos y síntomas**

Cuadro agudo con fiebre alta, escalofríos, dolor torácico de tipo pleurítico y tos productiva con esputo purulento. En la auscultación pulmonar se detectan crepitantes y datos de condensación en los espacios aéreos (soplo tubárico o egofonía). En la radiografía de tórax existe una condensación homogénea y bien delimitada que suele afectar a un lóbulo/patrón alveolar. Suele presentar leucocitos con neutrofilia.<sup>186</sup>

### **Diagnóstico**

Historia clínica y exploración física completas, radiografía de tórax, frente y perfil, *analítica general*: hemograma completo, glucemia, urea, creatinina, iones. Así como dos hemocultivos.

### **Diagnóstico diferencial**

Tromboembolismo pulmonar, Sarcoidosis, Neumonitis por hipersensibilidad, Edema agudo pulmonar, Derrame pleural, Toxicidad pulmonar por fármacos.<sup>187</sup>

### **Tratamiento**

Utilización de antipiréticos y analgésicos para la fiebre y el dolor pleurítico y asegurar una correcta hidratación. Si la saturación de oxígeno es del 92% o menos, está

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

indicada la administración de oxígeno. Cuando el agente etiológico es conocido, debe realizarse un tratamiento dirigido con el antibiótico más eficaz y de menor espectro.<sup>188</sup>

### **Pronóstico**

Se determina por tres factores principales: edad del paciente, estado general de salud (presencia de comorbilidades) y la severidad o gravedad en cómo se presenta la neumonía.

En general, la tasa de mortalidad en pacientes tratados ambulatorios es inferior al 1%, mientras que en los pacientes hospitalizados la tasa de mortalidad oscila entre el 5% y el 15%, pero aumenta entre el 20% y 50% en los pacientes que requieren ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

### **3.5.3 Sinusitis**

Se define sinusitis como la inflamación de uno o más senos paranasales que ocurre habitualmente como complicación de una infección respiratoria viral de vías aéreas superiores.<sup>189</sup>

### **Epidemiología**

Según estadísticas estadounidenses, la rinosinusitis aguda afecta aproximadamente a 31 millones de pacientes (adultos y niños) por año, con implicaciones en la calidad de vida y la utilización de recursos sanitarios, y es motivo de una alta prescripción de fármacos.<sup>190</sup>

En México no contamos con estadísticas reales relativas a la incidencia de rinosinusitis, pero si inferimos que la situación es similar a la de otros países industrializados, y teniendo en cuenta que los niños presentarán unas 3 a 8 infecciones respiratorias al año, podemos prever que su impacto en salud y en prescripción antibiótica no es desdeñable.

### **Etiología**

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

Los factores que van a influir en el desarrollo de la rinosinusitis bacteriana incluyen, entre otros, la colonización nasofaríngea, el estado de vacunación y los tratamientos antibióticos previos.

### **Clasificación**

La Academia Americana de Pediatría define en 2001 estos procesos como: <sup>191</sup>

- Sinusitis aguda bacteriana: infección bacteriana de los senos paranasales, de duración inferior a 30 días y con resolución completa de los síntomas.
- Sinusitis subaguda: infección bacteriana de los senos paranasales de duración entre 30 y 90 días. Presenta una microbiología similar a la aguda.
- Sinusitis aguda recurrente: episodios de infección bacteriana que duran menos de 30 días y están separados entre sí 10 días, durante los cuales el paciente está asintomático. El paciente debe presentar 3 episodios de sinusitis aguda en 6 meses, o 4 en 12 meses.
- Sinusitis crónica: episodios de inflamación que duran más de 90 días. Los pacientes mantienen síntomas respiratorios (tos, rinorrea, obstrucción nasal) residuales persistentes.
- Sinusitis crónica con episodios de sinusitis aguda bacteriana: los pacientes desarrollan nuevos síntomas que se resuelven con antibiótico, mientras que los previos siguen persistiendo.

### **Signos y síntomas**

Los síntomas más frecuentes de rinosinusitis bacteriana son la congestión nasal, habitualmente bilateral, la rinorrea de cualquier tipo, consistencia y color, y la tos persistente, que puede empeorar por la noche. Pueden existir vómitos ocasionados por la rinorrea posterior. Otros síntomas son dolor facial o sensación de presión, que puede localizarse a nivel dental, en la mandíbula superior, ojos, frente o hemicara,

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

y aumentar al inclinar la cabeza hacia delante. También puede haber hiposmia o anosmia, e inflamación periocular.<sup>192, 193</sup>

### **Diagnóstico**

El diagnóstico de confirmación de una rinosinusitis bacteriana es el aislamiento de  $>10^4$  unidades formadoras de colonias en una muestra obtenida mediante punción del seno, pero este procedimiento no se realiza, ni debe realizarse, de rutina en la práctica clínica. Y el diagnóstico de sinusitis bacteriana debe realizarse según criterios clínicos, y reservar la realización de pruebas complementarias ante la sospecha de complicaciones, mala respuesta al tratamiento, procesos recurrentes o situaciones clínicas especiales como inmunodepresión o enfermedad grave de base.<sup>194</sup>

Para el diagnóstico se definen 3 formas de presentación:<sup>195</sup>

- Sintomatología catarral prolongada
- Inicio brusco de síntomas más graves
- Empeoramiento de los síntomas

### **Diagnóstico diferencial**

Rinitis alérgica, cuerpo extraño nasal, estenosis coanal unilateral, adenoiditis/tonsilitis, pólipos nasales, tos como equivalente de asma, bronquitis bacteriana causada por *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* o *Moraxella catarrhalis*, tosferina, etc.<sup>196</sup>

### **Tratamiento**

Se recomienda el uso de antibióticos en la sinusitis aguda bacteriana, aunque su eficacia en cuanto al control de los síntomas y, sobre todo, con respecto a la prevención de las posibles complicaciones de la enfermedad es aún muy controvertida. El tratamiento de elección es amoxicilina, que tiene buena actividad

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

frente a neumococo, la bacteria más frecuentemente implicada y la que presenta una tasa más alta de complicaciones.<sup>197</sup>

### **Pronóstico**

La rinosinusitis aguda suele tener un desarrollo favorable y con buen pronóstico. Con el tratamiento adecuado se minimiza el riesgo de complicaciones y se consigue la curación. En el caso de las rinosinusitis crónicas, en general, se logra un buen control de los síntomas y los pacientes pueden tener una buena calidad de vida.

### **3.5.4 Rinitis**

La rinitis alérgica es una reacción alérgica de la mucosa nasal mediada por anticuerpos IgE, los cuales afectan la mucosa nasal de individuos predispuestos genéticamente, desencadenada por la liberación de mediadores químicos de células previamente sensibilizadas por un antígeno.<sup>198</sup>

### **Epidemiología**

La rinitis es la enfermedad alérgica más frecuente en el mundo y cada vez aumenta su prevalencia. Se considera que a nivel mundial entre 30 y 40% de la población la padece, mientras en México la cifra oscila entre 25 y 35%.<sup>199</sup>

### **Etiología**

- Rinitis Infecciosa: causada por múltiples virus y bacterias.
- Rinitis Física: causada por las condiciones del ambiente frío o humedad.
- Rinitis Hormonal: causada por hipertiroidismo u otros desórdenes hormonales encontrando en este apartado la denominada rinitis del embarazo.
- Rinitis Medicamentosa: causada por el uso o abuso de ciertos medicamentos, antidepresivos, progesterona o vasoconstrictores nasales.
- Rinitis Mecánica: causada por malformaciones, desviaciones del tabique nasal o cuerpos extraños que pudieran estar causando una obstrucción.

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

- Rinitis Atrófica: como la causada por una reducción agresiva de los cornetes inferiores.
- Rinitis perenne: provocada por ácaros, epitelios de animales, polvo, hongos o por alérgenos laborales como harinas y polvo de madera.

### **Clasificación**

- Rinitis alérgica estacional: Se presenta durante las estaciones de florecimiento de plantas. (cuando los niveles de polen en el ambiente aumentan)
- Rinitis alérgica perenne: Los mayores alérgenos son: ácaro del polvo, epitelio de animales, mohos, alimentos.
- Rinitis laboral: Aparecen como respuesta a la exposición a alérgenos inhalados en el lugar de trabajo.<sup>200</sup>

### **Signos y síntomas**

La rinitis alérgica se manifiesta por prurito nasal, estornudos, rinorrea, obstrucción nasal, y se acompaña a veces de otros síntomas como dolor de cabeza, alteración del olfato y síntomas conjuntivales, como lagrimeo y prurito ocular, es también común encontrar alteraciones del sueño, fatiga diurna, y alteración del rendimiento físico e intelectual.<sup>201</sup>

### **Diagnóstico**

Una pormenorizada historia clínica y la exploración física no solo puede dar un diagnóstico de certeza sino también orientar el tipo de pruebas que deberán realizarse para que éste se produzca (test cutáneos, radiografías, etc.)

### **Diagnóstico diferencial**

Habrá que realizar un diagnóstico diferencial con otras afectaciones nasales que pueden cursar con inflamación (poliposis nasales, tumores benignos y malignos, granulomas, defectos ciliares, rinorreas de líquido cefalorraquídeo) factores

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

mecánicos que produzcan síntomas similares (cuerpos extraños, desviaciones septales, hipertrofia adenoidea o de cornetes, atresia de coanas) y con otro tipo de rinitis no alérgicas como pueden ser las rinitis infecciosas, rinitis eosinofílica no alérgica (NARES), rinitis por intolerancia química, rinitis medicamentosas (uso prolongado de vasoconstrictores nasales, ácido acetil salicílico), rinitis hormonales, rinitis alimenticias, rinitis vasomotoras, rinitis en relación con otras enfermedades (hipotiroidismo, enfermedades granulomatosas).<sup>202</sup>

### **Tratamiento**

El tratamiento de la rinitis alérgica incluye control ambiental con remoción del alérgeno, antihistamínicos orales y locales, anticolinérgicos, cromoglicato disódico y nedocromil sódico tópicos, corticoides sistémicos y tópicos, antagonistas de los leucotrienos e inmunoterapia específica.<sup>203</sup>

### **Pronóstico**

Suele tener un desarrollo favorable y con buen pronóstico. Con el tratamiento adecuado se minimiza el riesgo de complicaciones y se consigue la curación.

### **3.5.5 Bronquitis**

La bronquitis aguda es la inflamación del árbol traqueobronquial, comúnmente después de una infección de las vías aéreas superiores, que se produce en pacientes sin trastornos pulmonares crónicos. La causa es casi siempre una infección viral.<sup>204</sup>

### **Epidemiología**

Cada año se reporta, al menos, un episodio de bronquitis aguda en hasta el 5% de la población general y, de este grupo, más del 90% busca atención médica, lo que para la comunidad norteamericana equivale a más de 10 millones de consultas por año.<sup>205</sup>

### **Etiología**

Causada por:

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

- Virus: rinovirus, parainfluenza, virus influenza A o B, virus sincitial respiratorio, coronavirus o metaneumovirus humano.
- Bacterias: como *Mycoplasma pneumoniae*, *Bordetella pertussis* y *Chlamydia pneumoniae*, causan menos del 5% de los casos; estos a veces ocurren en brotes.<sup>206</sup>

### **Clasificación**

- Fase aguda: dura de 1 a 5 días, hay una inoculación directa en el epitelio traqueobronquial con síntomas sistémicos como fiebre, osteomiasias y malestar general.<sup>207</sup>
- Fase prolongada: Se caracteriza por tos de más de una semana de duración y que se prolonga hasta por 3 semanas, la cual puede acompañarse de sibilancias. En su fisiopatología, se han postulado tanto la hipersensibilidad del epitelio traqueobronquial así como la respuesta exagerada de los receptores de la tos ante el estímulo en la vía aérea como causas de la prolongación de los síntomas.<sup>208</sup>

### **Signos y síntomas**

La bronquitis aguda comprende un conjunto de signos y síntomas, entre los cuales predominan los síntomas constitucionales, como fiebre, osteomiasias y, particularmente, tos seca o productiva hasta por 3 semanas.

### **Diagnóstico**

El diagnóstico se basa en la evaluación clínica, no suelen ser necesarios estudios complementarios, sin embargo, a los pacientes que se quejan de disnea se les debe realizar oximetría de pulso para descartar hipoxemia. La radiografía de tórax se realiza si los hallazgos sugieren neumonía o enfermedad grave.<sup>209</sup>

### **Diagnóstico diferencial**

Rinosinusitis, asma, reflujo gastroesofágico, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y resfriado común.

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

### **Tratamiento**

La tasa de prescripción para los antibióticos en el contexto de la bronquitis aguda está entre 50 y 80% en varios estudios y en diferentes escenarios y países. Sin embargo, el uso de agentes antimicrobianos no está recomendado y su uso no se justifica en la mayoría de los casos de bronquitis aguda.<sup>210</sup>

### **Pronóstico**

El pronóstico de las bronquitis agudas suele ser satisfactorio. En general dura un par de semanas, aunque la tos puede perdurar hasta 2-3 semanas más.

### **3.5.6 Alergias**

Las alergias son enfermedades a una reacción de hipersensibilidad mediada por mecanismos inmunológicos que lleva a signos y síntomas.<sup>211</sup>

### **Epidemiología**

Están presentes en 20 a 40 % de la población general.

### **Etiología**

Las alergias tienen múltiples causas y estos mecanismos se pueden resumir en la tradicional clasificación de Gel y Coombs: <sup>212</sup>

- Hipersensibilidad tipo I: Hace referencia a la IgE y es el mecanismo más común de las alergias (80 %).
- Hipersensibilidad tipo II: Hace referencia a la eliminación celular mediada por células efectoras dependientes de anticuerpos IgG e IgM.<sup>213</sup>
- Hipersensibilidad tipo III: Ocurre por la formación de inmunocomplejos.<sup>214</sup> Cuando existe un exceso de antígenos o anticuerpos.
- Hipersensibilidad tipo IV: En la respuesta de hipersensibilidad tipo I, esta es mediada por IgE y en la respuesta tipo IV, por linfocitos T citotóxicos. En ambas es necesaria una exposición inicial en la que el organismo reconoce por primera vez el agente.<sup>215</sup>

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

Aunque estos mecanismos participan en múltiples enfermedades, en las alergias son desencadenados generalmente por estímulos tolerados por las personas y provenientes del medio ambiente.

### **Clasificación**

- Tipo I - Reacción inmediata (también conocida como reacción anafiláctica)
- Tipo II - Citotóxica
- Tipo III - Alergias complejos inmunes
- Tipo IV - Alergias de aparición tardía, reacción inmune celular

### **Signos y síntomas**

Las alergias pueden afectar cualquier sistema: respiratorio (rinitis, asma), cutáneo (urticaria, dermatitis), ocular (conjuntivitis, queratoconjuntivitis) o múltiples sistemas al mismo tiempo (anafilaxia, síndrome hipereosinofílico). Cuando el mecanismo causal es mediado por IgE, varias de estas manifestaciones se pueden presentar al mismo tiempo. Dependiendo del sistema que afecten serán sus signos y síntomas

### **Diagnóstico**

Para diagnosticar cualquier proceso alérgico es necesaria una combinación de indagación clínica y pruebas diagnósticas, para determinar si la etiología es alérgica es necesario evaluar la presencia de un mecanismo de hipersensibilidad subyacente.<sup>216</sup>

### **Diagnóstico diferencial**

Atopia

### **Tratamiento**

Independientemente del tipo de alergia, el manejo se divide en tres pasos paralelos: evitación, inmunomodulación y farmacoterapia.<sup>217</sup>

### **Pronóstico**

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

El pronóstico de las alergias va ligado en parte con el tipo de alérgeno causal y el tratamiento ofrecido.

### **3.6 ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS**

#### **3.6.1 Acné**

El acné, también conocido como acné vulgar (*Acne vulgaris*), es una enfermedad inflamatoria de la piel causada por una infección bacteriana de la piel debida a cambios de las unidades pilosebáceas (estructuras de la piel consistentes en un folículo piloso y la glándula sebácea asociada).

#### **Epidemiología**

El acné afecta al 80% de la población general, en grado variable, entre los 12 y los 25 años.<sup>218</sup>

#### **Etiología**

La herencia del acné es multifactorial, también se conocen varios factores como son actividad hormonal, estrés, glándulas sebáceas hiperactivas, acumulación de células muertas en la piel, bacterias en los poros, uso de anabolizantes, irritación cutánea, medicación con halógenos, litio, barbitúricos o andrógenos y exposición a altos índices de compuestos de cloro, entre otros.

#### **Clasificación**

Según el tipo de lesión, se pueden diferenciar 4 tipos distintos de acné: <sup>219</sup>

- Comedogénico.
- Papuloso o pustuloso.
- Inflamatorio: nódulos o quistes.
- Cicatricial.

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

### **Signos y síntomas**

El 99% de los pacientes tienen lesiones en la cara; el 1% restante se presenta otras localizaciones: tórax, dorso, hombros

Una clasificación más detallada implica considerar lo siguiente: <sup>220</sup>

- Acné superficial. Son lesiones de curso rápido, sin secuelas cicatrizales, como los comedones y pápulas (grado I), así como las pápulas y pústulas (grado II).
- Acné profundo. Son elementos de evolución lenta que dejan cicatriz, como las pústulas y los nódulos (grado III) y los nódulos y los quistes (grado IV).

### **Diagnóstico**

Se diagnostica mediante una exploración física y en el caso de ser necesario efectuar exámenes endocrinológicos

La mayor parte de las mujeres acnéicas no necesitan investigaciones hormonales, sólo las requieren el 3% de ellas con hirsutismo, alteraciones menstruales, infertilidad y carentes de respuesta terapéutica.

### **Diagnóstico diferencial**

- Lesiones faciales inflamatorias: (Rosácea, Dermatitis periorificial, Pseudofoliculitis de la barba, Angiofibromas faciales en Esclerosis Tuberosa)
- Lesiones faciales no inflamatorias: (Hiperplasia sebácea, Nevo Comedoniano, Tumores adnexales, Síndrome de Favre-Racouchot)
- Tronco y Extremidades: Presentan lesiones similares al acné. (Foliculitis, Queratosis Pilaris, Hidradenitis Supurativa, Esteatocistoma múltiple).
- Erupción acneiforme: Trastorno en el que se produce una erupción muy similar al acné, pero no se asocia con el acné común verdadero. (Acné inducido por medicamentos, Pustulosis cefálica neonatal, Acné cosmético, Acné mecánico, Acné Ocupacional y Cloracné).<sup>221</sup>

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

## Tratamiento

Los modernos tratamientos del acné consisten en contenerlo hasta alcanzar una normalización por sí misma. El tratamiento efectivo, aunque limitado en ocasiones, tiende a ser largo y repetitivo.

Enfoque general del tratamiento basado en el tipo de acné del paciente.<sup>222</sup>

- Acné comedoniano (No Inflamatorio): Retinoide tópico (ácido azelaico o ácido salicílico)
- Acné Papulopustular leve y mixto (comedoniano): Tratamiento antimicrobiano tópico (peróxido de benzoílo solo o peróxido de benzoílo + antibiótico tópico) + retinoide tópico o Peróxido de benzoílo + antibiótico tópico (para pacientes que no toleren retinoides o requieran un régimen de tratamiento simplificado).
- Acné Papulopustular moderado y mixto: Retinoide tópico + Antibiótico oral + Peróxido de benzoílo tópico.
- Acné severo (por ejemplo, Acné nodular): Retinoide tópico + Antibiótico oral + Peróxido de benzoílo tópico o Monoterapia con isotretinoína oral

## Pronóstico

El acné tiende a evolucionar espontáneamente hacia los 20 años, un 15% persiste hasta los 25 y un pequeño porcentaje llega a perdurar hasta los 40 años. Los casos observables después de los 25 años predominan en el sexo femenino.

Durante el verano, el 60% de los acnés mejora, y el 20% no se modifica. El 20% restante empeora.

### 3.6.2 Psoriasis/urticaria

La psoriasis es una enfermedad cutánea inflamatoria hereditaria, de curso crónico y recurrente.

## Epidemiología

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

Presenta una distribución universal y afecta al 1-3% de la población general. Afecta a ambos sexos y puede iniciarse a cualquier edad, pero presenta un pico de máxima incidencia durante la segunda década de la vida.<sup>223</sup>

### **Etiología**

La etiología es desconocida, aunque probablemente sea multifactorial. Se acepta la coexistencia de factores genéticos predisponentes y factores desencadenantes externos.

### **Clasificación**

La podemos encontrar: <sup>224</sup>

- Psoriasis estacionaria crónica
- Psoriasis eruptiva
- Eritrodermia psoriásica
- Psoriasis pustulosa
- Psoriasis invertida o flexural
- Psoriasis del cuero cabelludo
- Psoriasis ungueal

### **Signos y síntomas**

Existen varias formas clínicas características, aunque todas ellas suelen compartir la aparición de pápulas y placas eritematoescamosas, bien delimitadas, bilaterales, de desarrollo progresivo y distribución simétrica.<sup>225</sup>

### **Diagnóstico**

El diagnóstico es fundamentalmente clínico; en pocas ocasiones es necesaria la biopsia cutánea para su confirmación.

### **Diagnóstico diferencial**

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

Linfoma cutáneo de células T, Dermatofitosis, Liquen plano, Tociodermia, Micosis, Dermatitis seborreica, Lupus eritematoso, Eritrasma, Eccema de contacto, Péntigo foliáceo, etc.<sup>226</sup>

### **Tratamiento**

Medidas generales o estilos de vida que se deben observar y que hacen referencia a la alimentación, la exposición al sol, el consumo de fármacos, los traumatismos y el entorno laboral.

Farmacoterapia: Incluye opciones de tratamiento por vía tópica ((que afecta a menos del 25% de la superficie corporal) como Emolientes y queratolíticos, Corticoides tópicos, Cremas de antralina o Análogos de la vitamina D3) y por vía sistémica (Retinoides, Metotrexato, Ciclosporina).<sup>227</sup>

### **Pronóstico**

El pronóstico depende de la extensión y de la gravedad de la afección. Habitualmente es más grave cuanto menor es la edad de inicio de la enfermedad. Los brotes agudos suelen desaparecer, pero es rara la remisión completa de la enfermedad. Los diferentes tratamientos no aseguran su curación, pero en la mayoría de los casos consiguen controlar los brotes de la enfermedad.<sup>228</sup>

### **3.6.3 Dermatitis atópica**

La dermatitis atópica (DA) es un proceso inflamatorio cutáneo crónico, intensamente pruriginoso, de carácter recurrente. Usualmente aparece durante la infancia temprana y la niñez, pero puede persistir o comenzar en la vida adulta.<sup>229</sup>

### **Epidemiología**

La prevalencia de la DA varía de unas zonas geográficas a otras y, en general, es mayor cuanto más al norte se sitúa el área estudiada y cuanto más alto es su nivel de desarrollo industrial parece ir aumentando, por lo que no hay un entendimiento claro de los factores determinantes del incremento. Las estadísticas revelan una prevalencia infantil global de entre el 10-20% y en los adultos del 1-3%.<sup>230</sup>

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

### **Etiología**

Es una enfermedad multifactorial que resultaría de la interacción de factores genéticos, ambientales, defectos en la función barrera y una serie de factores inmunológicos y desencadenantes como estrés, alérgenos, etc.

### **Clasificación**

- Dermatitis atópica típica. Se divide en tres etapas: la del lactante, la infantil y la del adolescente-adulto.
- Dermatitis atópica atípica: Pitiriasis alba, Eczema dishidrótico, Dermatitis plantar juvenil, Prurigo, Queilitis, Prurito anogenital, Eczema areolar, Eczema del conducto auditivo externo, Eczema numular, Xerosis y Queratosis folicular.<sup>231</sup>

### **Signos y síntomas**

Prurito, las lesiones características son las placas de liquenificación, pueden aparecer también eczema de manos, dishidrosis y prurigo nodular.

### **Diagnóstico**

Las manifestaciones clínicas son la base del diagnóstico, ya que ni la histología ni ninguna otra prueba de laboratorio son específicas de la enfermedad. El diagnóstico puede verse dificultado si la DA debuta en la infancia o en el adulto con alguna de las formas atípicas. Los antecedentes familiares y personales de atopia pueden ser de ayuda.<sup>232</sup>

### **Diagnóstico diferencial**

Dermatitis seborreica (DS), Dermatitis irritativa de contacto (DIC), Dermatitis alérgica de contacto (DAC), Escabiosis, Tiña, Psoriasis.<sup>233</sup>

### **Tratamiento**

El prurito se puede tratar con antihistamínicos anti H-1 clásicos o sedativos son los más empleados. Si bien su utilidad es relativa como antipruriginosos, su efecto

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

sedante condiciona un alivio de la sintomatología. En casos rebeldes se usa la asociación de anti H1 con anti H2. No deben utilizarse antihistamínicos tópicos por su carácter sensibilizante. Se puede reducir la inflamación con glucocorticoides o inhibidores de la calcineurina tópicos (Corticoides tópicos) así como cuidados de la piel como lo es la hidratación, entre otros.<sup>234</sup>

### **Pronóstico**

La dermatitis atópica suele reducir su intensidad cuando los niños tienen 5 años. Sin embargo, los brotes son comunes en la adolescencia y en la edad adulta. Las niñas, así como las personas que desarrollaron dermatitis atópica a una edad temprana, quienes tienen una enfermedad grave, antecedentes familiares y rinitis o asma son más propensos a sufrir dermatitis atópica durante un periodo prolongado.<sup>235</sup>

### **3.6.4 Síndrome de Raynaud**

Es una respuesta vascular exagerada al frío o al estrés y que se caracteriza por cambios de coloración como cianosis o palidez de la piel de manos, pies, nariz, orejas u otros.<sup>236</sup>

### **Epidemiología**

Tiene una distribución universal y afecta aproximadamente del 3 a 5% de la población.<sup>237</sup> Afecta con más frecuencia a mujeres que a varones.<sup>238</sup>

### **Etiología**

Es multifactorial y se asocia a factores genéticos implicados, en mujeres con la ingesta de alcohol y el estado civil, y en varones, con la edad avanzada y el consumo de tabaco. También se asocia con algunas enfermedades reumatológicas y vasculares, de igual forma con causas ambientales.<sup>239</sup>

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

### **Clasificación**

El fenómeno de Raynaud (FR) se clasifica en:

- Primario o idiopático (enfermedad de Raynaud) cuando se presenta aislado y no se asocia a una enfermedad de base. Son la mayor parte de los casos que acuden a consulta, 89% de los casos.<sup>240</sup>
- Secundario (síndrome de Raynaud) cuando es una manifestación más de otra enfermedad, 11% de los casos.<sup>241</sup>

### **Signos y síntomas**

Se manifiesta clínicamente por cambio de coloración de la piel, lo cual se evidencia más comúnmente en manos, aunque puede localizarse en pies, nariz, orejas u otros lugares. La descripción clásica del fenómeno se compone de tres fases que consisten en palidez, cianosis y rubor, las cuales van presentándose en orden, según van ocurriendo cambios en el flujo sanguíneo.<sup>242</sup>

### **Diagnóstico**

Se consigue con una buena anamnesis, es necesario indagar por los antecedentes patológicos, familiares, ocupacionales, laborales. En el examen físico se debe buscar evidencia de lesiones causadas por el fenómeno. Por ello, la valoración del fenómeno de Raynaud sigue basándose en datos clínicos en cuanto al número y duración de los ataques, su intensidad, que puede medirse con una escala analógica, y la cuantificación de las úlceras o zonas de necrosis digital.<sup>243</sup>

### **Diagnóstico diferencial**

- Acrocianosis: es la coloración cianótica persistente de los dedos, que afecta en forma simétrica manos y/o pies, acompañada de frialdad. Nunca presenta la fase de palidez y habitualmente no es dolorosa.

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

- Eritromelalgia: cuadro caracterizado por rubicundez, hipertermia y dolor en manos, asociado a exposición a calor, ejercicio o ingesta de alcohol.<sup>244</sup>

### **Tratamiento**

- Medidas generales: Evitar los ambientes fríos, protegerse con guantes, calcetines y ropa abrigada, evitar los medicamentos que causen o agraven el problema y suspender el cigarrillo.<sup>245</sup>
- Tratamiento farmacológico: En general se utilizan medicamentos con efecto vasodilatador. Pueden ser usados en forma tópica o por vía sistémica. Como el nifedipino, enalapril, losartán o el sildenafil.<sup>246</sup>

### **Pronóstico**

En general, el fenómeno de Raynaud primario posee un curso benigno con un pronóstico favorable al largo plazo: se ha demostrado incluso una resolución de la sintomatología en un tercio de los pacientes.<sup>247</sup>

### **3.6.5 Queilitis folicular**

La queilitis folicular es una fotodermatosis crónica caracterizado por una reacción inflamatoria anormal a la luz solar exposición. También se le conoce como prurigo actínico o prurigo solar.<sup>248</sup>

### **Epidemiología**

La queilitis folicular (QF) es una enfermedad poco común, que afecta generalmente a la población mestiza; puede aparecer en los pacientes de todas las edades y es frecuente en la población pediátrica, tiene una ligera predilección por el género femenino.<sup>249</sup>

### **Etiología**

Es multifactorial como la exposición a radiación solar, fototipo, consumo de tabaco, edad, ocupación, sexo, consumo de alcohol, reacción alérgica, infección, enfermedad sistémica y otros factores.<sup>250, 251</sup>

### **Clasificación**

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

- Fase aguda: se observan costras amarillas adheridas a la superficie
- Fase crónica: las lesiones se cubren con escamas secas y el curso generalmente se prolonga con severas recaídas asociadas a la exposición constante al sol.<sup>252</sup>

### **Signos y síntomas**

Caracterizada por la descamación de los labios con recurrencia agudas de dolor, prurito, edema, costras amarillentas, exudación, fisuras y úlceras secundarias en los labios que empeoran a la exposición solar. Tanto el labio superior como el inferior pueden verse afectados, aunque es mucho más común en el labio inferior.<sup>253</sup>

### **Diagnóstico**

El diagnóstico se obtiene por la anamnesis y la evaluación clínica, debido a que muchas veces no existe una correlación entre la apariencia clínica y la agresividad histológica, el diagnóstico definitivo debe realizarse con una biopsia incisional y se confirma con los hallazgos histopatológicos descritos previamente.<sup>254</sup> También se han probado métodos de análisis computacional, específicamente de detección del borde labial, lo que permite obtener información adicional de forma sencilla.<sup>255</sup>

### **Diagnóstico diferencial**

Queilitis actínica, eritema multiforme, queilitis glandularis, queilitis granulomatosa, queilitis por contacto e inclusive carcinoma de células escamosas en labio.<sup>256</sup>

### **Tratamiento**

El tratamiento de esta patología es importante considerar la fotoprotección, los corticosteroides tópicos, emolientes y antihistamínicos orales pueden ser útiles para el prurito. Actualmente, se ha reportado que la talidomida es el tratamiento más efectivo en la mayoría de los pacientes con prurigo actínico. Para lesiones recalcitrantes se ha empleado crioterapia e inyección tópica de esteroides. También sugieren el uso de la hidroxiclороquina.<sup>257</sup>

### **Pronóstico**

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

El pronóstico del prúrigio actínico es reservado, ya que, a pesar de existir diversas opciones de tratamiento, las lesiones pueden tener un curso crónico y son difícil de controlar si los pacientes viven en áreas soleadas, tienen ocupaciones en las cuales deben estar expuestos al sol o viven en grandes altitudes.

### **3.7 EMBARAZO**

El embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación, entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación.<sup>258</sup>

#### **Tipos**

Hay 3 tipos de embarazo dependiendo del lugar en el que se implante el óvulo y empiece a formarse el embrión.

- Embarazo intrauterino: Es el embarazo más usual, se lleva a cabo dentro del útero, donde se desarrolla y crece el embrión.
- Embarazo ectópico: Es un tipo de embarazo que ocurre fuera de la matriz o útero, tiene un elevado riesgo mortal para la madre y es prácticamente imposible que el feto sobreviva.
- Embarazo Molar: También llamado mola hidatiforme, tiene lugar cuándo se produce una fecundación defectuosa con la que es imposible que se forme el feto. En este tipo de embarazo la placenta crece anormalmente y termina convirtiéndose en un cúmulo de quistes.

#### **Síntomas**

Los primeros signos y síntomas más comunes del embarazo podrían incluir:

- Falta de menstruación.
- Senos sensibles e hinchados.
- Náuseas con o sin vómitos.

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

- Aumento de la cantidad de micciones.
- Fatiga.<sup>259</sup>

### **3.8 MENSTRUACIÓN**

La menstruación es parte del ciclo menstrual, un ciclo de cambios biológicos que tienen lugar en el sistema reproductivo de una mujer o de una niña para preparar su cuerpo para un posible embarazo. Es el proceso en el cual el útero desprende sangre y tejido a través de la vagina. Es un proceso natural y sano para las niñas y las mujeres en edad reproductiva.<sup>260</sup>

#### **3.8.1 Trastornos menstruales**

##### **Cólicos**

Son dolores en la parte baja del tronco (pelvis) unos días antes, durante o después de un periodo menstrual. El dolor tiende a ser más intenso unas 24 horas después de iniciarse los periodos y desaparece en 2 a 3 días.

El dolor suele ser como calambres o agudo, intermitente, pero también puede ser sordo y constante. A veces se extiende a la parte baja de la espalda y las piernas. A menudo también se experimenta cefalea, náuseas (a veces con vómitos) y estreñimiento o diarrea. Se tiene la necesidad de orinar con frecuencia.<sup>261</sup>

##### **Quistes ováricos**

Los quistes ováricos son sacos o bolsas llenos de líquido en un ovario o en su superficie.

Patología más frecuente en términos de edad reproductiva. Esta patología es un conjunto de síntomas, signos y rasgos bioquímicos que ocurren en diversas combinaciones, ya sea desde factores genéticos hasta malos hábitos alimenticios y factores ambientales.<sup>262</sup>

##### **Hemorragias**

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

Menorragia es el término médico que se usa para denominar los períodos menstruales con sangrado anormalmente intenso o prolongado.

### **Causas**

En algunos casos, no se conoce la causa, pero diversas enfermedades pueden provocar una menorragia. Algunas de las causas más frecuentes son: Desequilibrio hormonal, disfunción de los ovarios, fibromas uterinos, pólipos, adenomiosis, dispositivo intrauterino (DIU), complicaciones en el embarazo, cáncer, trastornos hemorrágicos hereditarios, medicamentos y otras afecciones.<sup>263</sup>

### **3.9 HOSPITALIZACIÓN**

Corresponde a la permanencia de un paciente en un establecimiento asistencial público o privado (llámese hospital o clínica), cuando mediante indicación escrita, precisa y específica del médico tratante del paciente que se trate, o cuando el prestador facture la utilización de, al menos, un día de cama.

### **3.10 CIRUGÍA**

Procedimiento para extirpar o reparar una parte del cuerpo, o para determinar si hay una enfermedad. También se llama intervención quirúrgica.<sup>264</sup>

### **3.11 ADICCIÓN**

El diccionario de la Real Academia Española define la adicción como la “dependencia a sustancias o actividades nocivas para la salud o el equilibrio psíquico”.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. Se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales.

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

### **3.12 ENFERMEDADES ENDÓCRINAS**

Son un grupo de trastornos que pueden incluir problemas con una o más de las ocho glándulas principales del cuerpo, como la tiroides, la glándula pituitaria, la glándula suprarrenal, y el páncreas. Son causadas por niveles demasiado bajos o demasiado altos de las hormonas hechas una o más de estas glándulas. Los trastornos endocrinos pueden afectar el crecimiento y el desarrollo, el metabolismo, la función sexual, y el estado de ánimo. El tratamiento de los trastornos endocrinos puede incluir suplementos hormonales oralmente o recibir inyecciones.<sup>265</sup>

### **3.13 TRAUMATISMO BUCAL**

Los traumatismos dentales son lesiones que se producen en los dientes, en el hueso y demás tejidos de sostén, como consecuencia de un impacto físico en su contra.<sup>266</sup>

### **3.14 DIFICULTAD AUDITIVA**

La discapacidad auditiva la podemos entender como la falta, disminución o pérdida de la capacidad para oír en algún lugar del aparato auditivo y no se aprecia porque carece de características física que la evidencien.<sup>267</sup>

### **3.15 ENFERMEDAD AUTOINMUNE**

Afección por la que el sistema inmunitario del cuerpo ataca los tejidos sanos propios porque los confunde con tejidos ajenos. Pueden producir inflamación que afecta muchas partes del cuerpo.

Los signos y síntomas comunes son cansancio, fiebre, dolor en los músculos, dolor e hinchazón en las articulaciones, problemas de la piel, dolor en el abdomen, problemas de digestión y glándulas hinchadas. Los síntomas a menudo son intermitentes y pueden ser leves o intensos. Hay muchos tipos de enfermedades autoinmunitarias. Son más comunes en las mujeres y se pueden presentar en varios miembros de la misma familia. También se llama afección autoinmunitaria.<sup>268</sup>

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

### **3.16 ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR**

La enfermedad isquémica del corazón en general se refiere a las condiciones que implican el estrechamiento o bloqueo de los vasos sanguíneos, causada por daño al corazón o a los vasos sanguíneos por aterosclerosis.<sup>269</sup>

### **3.17 ENFERMEDAD RENAL**

La enfermedad renal crónica del riñón, también llamada insuficiencia renal crónica, describe la pérdida gradual de la función renal. Los riñones filtran los desechos y el exceso de líquidos de la sangre, que luego son excretados en la orina. Cuando la enfermedad renal crónica alcanza una etapa avanzada, niveles peligrosos de líquidos, electrolitos y los desechos pueden acumularse en el cuerpo.<sup>270</sup>

### **3.18 ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS**

Las enfermedades hematológicas son aquellas que afectan la producción de sangre y sus componentes, como los glóbulos rojos, glóbulos blancos, la hemoglobina, las proteínas plasmáticas, el mecanismo de coagulación (hemostasia), etc.

### **3.19 DISCAPACIDADES**

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una relación estrecha y al límite entre las características del ser humano y las características del entorno en donde vive.

Tipos de Discapacidad:

- Discapacidad Física o Motora
- Discapacidad Sensorial
- Discapacidad intelectual
- Discapacidad Psíquica

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

### **3.20 ENFERMEDADES ÓSEAS**

Las enfermedades óseas constitucionales son un conjunto heterogéneo de afecciones causantes de insuficiencia estatural o de anomalías de la estructura del hueso, que pueden ir acompañadas o no por deformaciones.<sup>271</sup>

#### **Fractura**

Una fractura es la solución de continuidad del tejido óseo en cualquier hueso del cuerpo, se produce como consecuencia de un esfuerzo excesivo que supera la resistencia del hueso, es decir es la consecuencia de una sobrecarga única o múltiple y se produce en milisegundos.

#### **Luxación**

Se define como la pérdida permanente de la relación anatómica de las superficies articulares, generalmente debida a un movimiento con rango mayor al normal con una dirección fuera de lo anátomo-funcional. Puede ser completa o parcial. Según el tiempo puede ser aguda como la que sigue al trauma, reciente cuando tienen días de evolución y pasando las 6 semanas se denominan inveteradas.

#### **Contusión**

Son lesiones que aparecen cuando se produce un golpe, caída o cualquier impacto sobre la piel, sin ocasionar heridas abiertas. Es necesario prestar atención, porque pueden ocasionar daños en los músculos, tendones e incluso órganos, dando como resultado hemorragias internas.

### **3.21 ENFERMEDADES MUSCULARES**

Las enfermedades musculares o miopatías se producen por una alteración en la capacidad de generar una contracción muscular eficiente. Aunque la orden motora se genera en el cerebro, el último eslabón es el propio músculo.

#### **Mialgia**

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

Dolor en un músculo o grupo de músculos.

### **Lumbalgia**

Síndrome doloroso localizado en la región lumbar (espalda baja) con irradiación eventual a la región glútea, las caderas o la parte distal del abdomen.

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

#### **4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El ser humano que en este momento juega el rol de alumno en la Licenciatura de Odontología es un grupo social, en el cual, la manera en que transita por la etapa universitaria está regulada por su estado de salud que en este caso es propicio a ser alterado por ciertas enfermedades y factores predisponentes a padecimientos sistémicos desde moderados a severos propios del fenómeno genético o autoinmune adaptativo del ser humano, que contribuye en buena medida a su supervivencia y a su adaptación en distintas actividades homogéneas propias de la carrera; repercutiendo en su rendimiento y desenvolvimiento académico y en un desempeño eficaz en muchas esferas de la vida.

Esta asociación indica que los padecimientos en el alumno son diversos, así como su factor etiológico y el grado de severidad, dañando a los diferentes sistemas y aparatos del cuerpo humano, ocasionando que no se lleve una buena práctica o un bajo desarrollo odontológico y representando un factor de riesgo para culminar la Licenciatura o meta académica y al salir a la práctica profesional privada se enfrenten a nuevas experiencias con pacientes, los cuales llegan y dejan en nuestras manos el mejorar su salud, así que como futuros odontólogos, deben tener una visión amplia y correcta de la resolución del problema de salud que presenta el paciente, tener competencia y habilidad de la situación presentada, pero para ello, se necesita tener una excelente preparación y habilidad, solo de esa manera se podrá responder a las situaciones del momento unido a una buena salud sistémica íntegra en el transcurso del desarrollo académico, que nos asegure un buen desempeño escolar para preparar odontólogos de calidad.

Considerando lo anterior, la presente investigación se centraliza en las variables educativas de Ingreso, índice de titulación, tasa de eficiencia terminal, índice de reprobación e índice de deserción.

##### **4.1 Pregunta de investigación**

¿Cuáles son las enfermedades sistémicas que afectan el desempeño académico de los alumnos de la Facultad de Odontología durante el periodo 2019A?

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

## 5. JUSTIFICACIÓN

Es de vital importancia generar odontólogos capacitados que aporten tratamientos con calidad y humanismo, para mejorar la salud bucodental que demanda la sociedad actual, por lo cual, es imprescindible que el Pasante de Cirujano Dentista cuente con las habilidades, conocimientos, actitudes y valores para poder desempeñar su práctica profesional a nivel institucional o privada.

La entrada a la Universidad o inicio y desarrollo de un curso académico, en un entorno desconocido para lograr cumplir la finalización del mismo, como cualquier circunstancia nueva, implica una serie de retos y la aparición de ciertas situaciones que pueden ser vividas desde simples problemáticas, hasta enfermedades o padecimientos severos por parte de los alumnos que se desenvuelven en esta etapa en donde se enfrenta a muchos cambios importantes personales y vitales, adaptándose así a un nuevo sistema social, educativo, ambiental y biológico.

La presente investigación tiene relevancia social en el ámbito estudiantil, ya que a causa de ciertas enfermedades sistémicas que alteran el estado de salud en los jóvenes, éstos no logran desenvolverse adecuadamente en su entorno profesional.

En el presente trabajo, se trata de hacer una recopilación bibliográfica, basada en literatura actualizada nacional e internacional, en referencia a enfermedades sistémicas y su relación como factor en el desempeño académico en la sociedad estudiantil odontológica y la problemática que se presenta a la hora del desenvolvimiento escolar que interfiere en la atención odontológica oportuna en una emergencia médico odontológicos por parte del Cirujano Dentista en sus prácticas profesionales, siendo esto de gran valor, pudiendo así prevenir complicaciones de mayor gravedad en el alumno que sufre alteraciones en su diario vivir como ser humano, se recabará información que nos ayude en el correcto y oportuno estudio.

Por lo anterior expuesto, este trabajo permitirá a la Institución le permitirá caracterizar su población en cuanto al proceso de enfermedades sistémicas específicas y su conocimiento de factores que influyan en la prevalencia de estas.

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

Por otro lado, el motivo que lleva a realizar este estudio es evaluar el estado de salud sistémico de los jóvenes, los cuales, por algunas dificultades de adaptación al medio ambiente, social, familiar y laboral, no pueden ejercer de manera adecuada su paso por la universidad.

La detección oportuna de enfermedades o factores predisponentes a padecimientos académicos en los jóvenes ayuda a afrontar sus padecimientos con éxito mediante el manejo adecuado de estrategias y habilidades a manera de aminorar o evitar estos factores y contribuir a la formación integral competitiva de la comunidad educativa y la promoción de la salud, alcanzando buenos resultados garantizando la calidad de los servicios que brindarán.

Con esta investigación, se pretende conocer los factores predominantes causantes de ciertas enfermedades o padecimientos en alumnos de la Facultad de Odontología y así poder establecer la prevalencia específica y su relación con el rendimiento escolar o su baja definitiva de la Institución.

El estudio abarcará la presencia de manifestaciones fisiológicas, conductuales y cognitivo-afectivas, las cuales se asocian, moderadamente, a variables como los resultados académicos, la edad y el sexo del estudiante.

Para la realización viable de este estudio, se cuenta con la base de datos completa de los justificantes que presentan los alumnos ante la subdirección académica. En este documento se pretende identificar las diferentes enfermedades o conductas de riesgo que influyen en el rendimiento escolar de los alumnos y por las cuales se ausentan a clases y a la práctica clínica.

Se administró una encuesta para comparar los resultados obtenidos, mediante el reporte de los cuestionarios contestados por los estudiantes y los datos obtenidos por los oficios.

En definitiva, esta investigación nos permitirá obtener los datos de indicadores de salud con mayor presencia e intensidad en ambos géneros, años de estudio y su

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

influencia acerca de los índices de reprobación, bajo rendimiento académico, baja temporal o baja definitiva en los alumnos de la Facultad de Odontología y cuál es la enfermedad sistémica que padecen en mayor prevalencia y sus variables moduladoras en las apariciones de estas.

## **6. OBJETIVOS**

### **6.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su rendimiento académico en el periodo 2019A.

### **6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Conocer el factor predisponente de ausencia escolar sobre la base de datos en los documentos oficiales de los justificantes médicos entregados por los estudiantes ante subdirección académica.
2. Identificar las enfermedades sistémicas o padecimientos predominantes en los alumnos de la Facultad de Odontología por edad y género.
3. Identificar las enfermedades sistémicas que influyen en el índice de reprobación, en los alumnos de la Facultad de Odontología.
4. Identificar las enfermedades que influyen en el índice de baja definitiva, en los alumnos de la Facultad de Odontología.
5. Identificar los factores o variables moduladoras del índice de reprobación, baja temporal o definitiva académica.
6. Conocer las manifestaciones físicas, psicológicas, de comportamiento y fisiológicas que presentan los alumnos en el transcurso de su desarrollo escolar y que influyen a padecer enfermedades sistémicas como factor de riesgo para su rendimiento académico.

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

## **7. HIPÓTESIS**

El índice alto en la prevalencia de enfermedades sistémicas o padecimientos que afectan a los alumnos de la Facultad de Odontología es la causa predominante del ausentismo y el índice elevado de reprobación, baja temporal o definitiva.

### **7.1 Hipótesis nula**

El índice alto en la prevalencia de enfermedades sistémicas o padecimientos que afectan a los alumnos de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México, no afectan directamente su rendimiento escolar, ni son la causa predominante de ausentismo y el índice elevado de reprobación, baja temporal o definitiva.

## **8. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

### **8.1 MATERIAL Y MÉTODOS**

#### **8.1.1 Tipo de estudio:**

El presente trabajo es de tipo transversal o sincrónico, prospectivo, con una estrategia teórica-metodológica. Es de tipo cuantitativo, ya que observa, mide y trabaja estadísticamente los datos obtenidos. Su alcance es descriptivo, comparativo y de observación analítica, con diseño no experimental.

#### **8.1.2 Universo de estudio:**

Se considera un universo de 656 alumnos de la Facultad de Odontología (583 de Cirujano Dentista y 73 de TSUPBD), de la Universidad Autónoma del Estado de México.

#### **8.1.3 Muestra:**

Se encuestaron un total de 200 alumnos de la Facultad de Odontología (188 de la Licenciatura de Cirujano Dentista y 12 de TSUPBD).

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

## **8.2 CRITERIOS:**

### **8.2.1 Criterios de inclusión**

Alumnos de ambos sexos inscritos en los semestres de la Licenciatura de Cirujano Dentista y TSUPBD de la Facultad de Odontología.

Alumnos con enfermedades sistémicas.

Alumnos que acepten participar en el estudio.

### **8.2.2 Criterios de exclusión**

Alumnos que no deseen participar en el estudio

## **8.3 LÍMITES DE ESPACIO Y TIEMPO**

Se realizó el estudio en las aulas y clínicas propias de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México en el periodo 2019A.

## **8.4 PROCEDIMIENTO**

1.- Recabar toda la información teórica de libros, antologías, revistas, tesis, páginas de internet, artículos, acerca de enfermedades sistémicas, así como su relación con el desempeño académico en Odontología.

2.- Análisis y comprensión de toda la información recabada para una mayor comprensión del tema.

3.- Se aplicó el cuestionario a 200 alumnos de la Facultad de Odontología.

4.- Se recolectó la información de los justificantes de la base de datos emitidos por la Subdirección Académica a los alumnos.

5.- Vaciamiento de datos en SPSS, Excel, tablas y graficas de resultados de información.

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

6.- Se realizó una prueba ANOVA o análisis de varianza de 1 factor con una significancia de  $P \leq 0.05$  Tukey para encontrar diferencias estadísticamente significativas.

7.- Se realizó correlación de análisis bivariado de Spearman.

8.- Análisis Descriptivos en las que se observan frecuencias, medias y medianas.

9.- Se analizaron los resultados para poder obtener conclusiones, comentarios y/o anexos.

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

## 9. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS

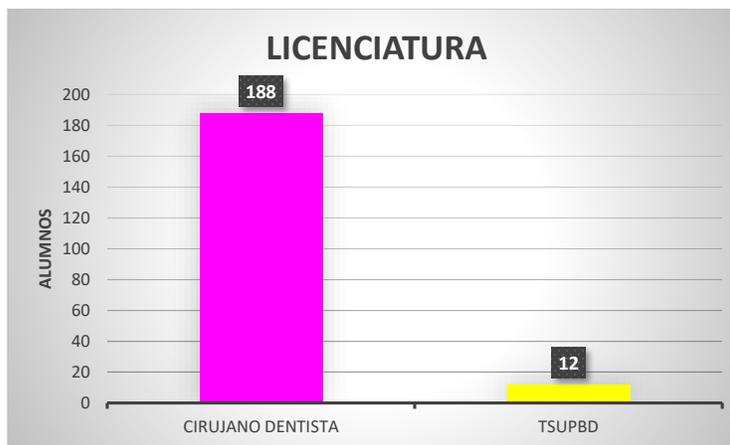
### LICENCIATURA

Tabla 9.1 Licenciatura

LICENCIATURA		
CIRUJANO DENTISTA	TSUPBD	N
188	12	200

FUENTE DIRECTA: ENCUESTA

Gráfica 9.1 Licenciatura



FUENTE DIRECTA

En la gráfica se observa que, de los 200 alumnos encuestados, 188 pertenecen a la Licenciatura de Cirujano Dentista y 12 a la de Técnico Superior en Prótesis Buco-Dental (TSUPBD).

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

**ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS:**

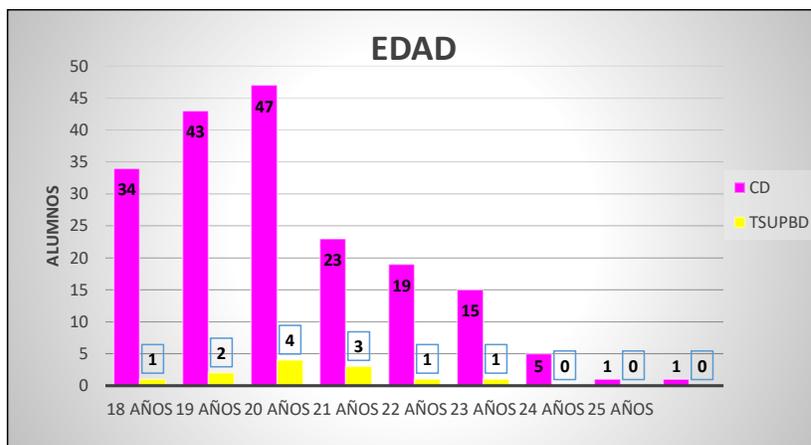
**EDAD**

**TABLA 9.2 Edad**

EDAD			
	CD	TSUPBD	N
18 años	34	1	35
19 años	43	2	45
20 años	47	4	51
21 años	23	3	26
22 años	19	1	20
23 años	15	1	16
24 años	5	0	5
25 años	1	0	1
31 años	1	0	1
<b>TOTAL</b>	188	12	200

FUENTE DIRECTA: ENCUESTA

**Gráfica 9.2 Edad**



FUENTE DIRECTA

En la gráfica se observa que la edad predominante tanto en la Licenciatura de Cirujano Dentista con 47 alumnos, como en la de TSUPBD con 4 alumnos, es de 20 años.

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

### ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS:

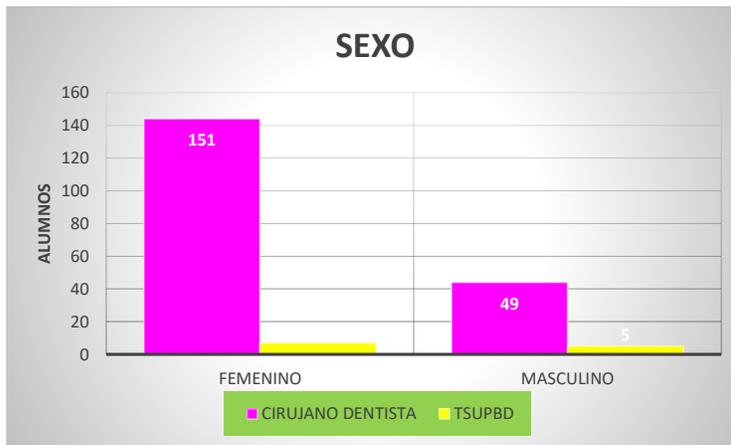
#### SEXO

Tabla 9.3 Sexo

SEXO			
	FEMENINO	MASCULINO	N
CIRUJANO DENTISTA	144	34	188
TSUPBD	7	5	12
TOTAL	151	49	200

FUENTE DIRECTA ENCUESTA

Gráfica 9.3 Sexo



FUENTE DIRECTA

En la gráfica se observa que el género predominante tanto en la Licenciatura de Cirujano como en la de TSUPBD es el femenino con 151 alumnas.

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

**ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS:**

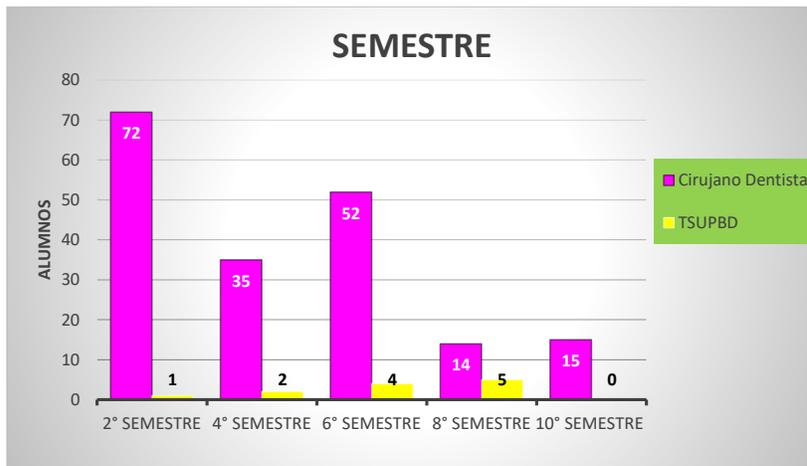
**SEMESTRE**

**Tabla 9.4 Semestre**

SEMESTRE			
	Cirujano Dentista	TSUPBD	N
2	72	1	73
4	35	2	37
6	52	4	56
8	14	5	19
10	15	0	15
<b>Total</b>	188	12	200

FUENTE DIRECTA ENCUESTA

**Gráfica 9.4 Semestre**



FUENTE DIRECTA

Observamos en la gráfica que de los 200 encuestados; se encuentran 72 alumnos del 2° semestre predominando así en la carrera de Cirujano Dentista y 5 alumnos del 8° semestre predominando en la carrera de TSUPBD.

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

## INTERROGANTES

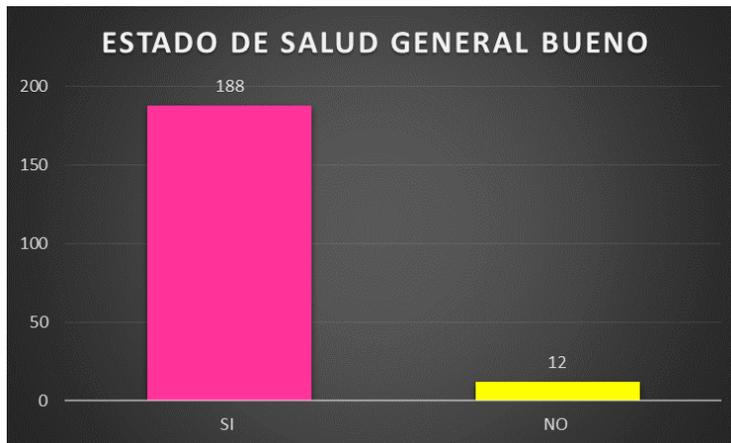
### PREGUNTA 1: ¿TU ESTADO DE SALUD GENERAL ES BUENO?

Tabla 9.5 Estado de salud general bueno

ESTADO DE SALUD GENERAL BUENO		
SI	NO	N
188	12	200

FUENTE DIRECTA ENCUESTA

Grafica 9.5 Estado de salud general bueno



FUENTE DIRECTA

En la gráfica se muestra que 188 alumnos refieren que su estado de salud general es con pronóstico bueno.

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

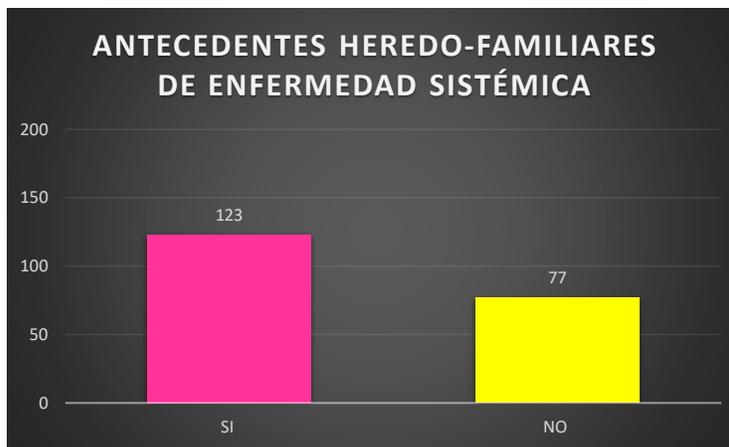
**PREGUNTA 2: ¿TIENES ANTECEDENTE HEREDO-FAMILIARES DE ALGUNA ENFERMEDAD SISTÉMICA?**

**Tabla 9.6 Antecedentes Heredo-Familiares**

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES		
SI	NO	N
123	77	200

FUENTE DIRECTA ENCUESTA

**Gráfica 9.6 Antecedentes Heredo-Familiares**



FUENTE DIRECTA

En la gráfica se muestra que 123 alumnos tienen antecedentes heredo-familiares de alguna enfermedad sistémica.

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

**PREGUNTA 3: ¿PRESENTAS ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD (FÍSICA-SENSORIAL- PSICOLÓGICA), QUE LÍMITE LA REALIZACIÓN DE ALGUNAS ACTIVIDADES?**

**Tabla 9.7 Presencia de discapacidad**

PRESENCIA DE DISCAPACIDAD QUE LIMITAN ACTIVIDADES		
SI	NO	N
7	193	200

FUENTE DIRECTA ENCUESTA

**Grafica 9.7 Presencia de discapacidad**



En la gráfica se observa que 7 alumnos presentan una discapacidad que limita la realización de sus actividades escolares.

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

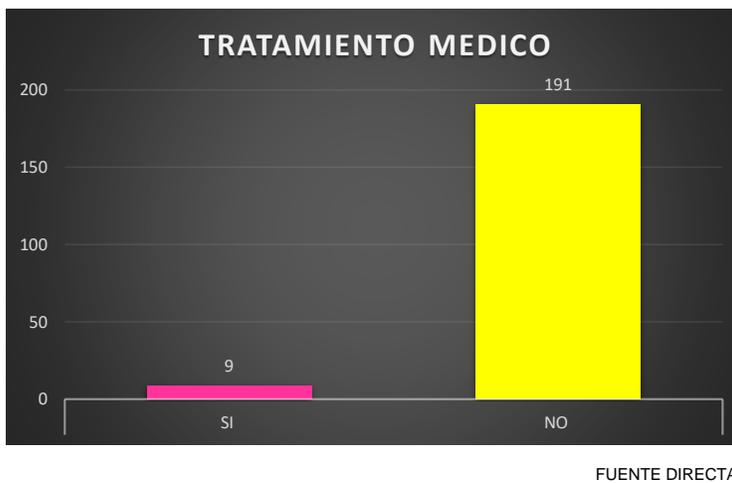
#### PREGUNTA 4: ¿ACTUALMENTE TE ENCUENTRAS EN TRATAMIENTO MÉDICO?

Tabla 9.8 Tratamiento médico

TRATAMIENTO MÉDICO		
SI	NO	N
9	191	200

FUENTE DIRECTA ENCUESTA

Gráfica 9.8 Tratamiento médico



Se observa en la gráfica que 9 alumnos reciben tratamiento médico.

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

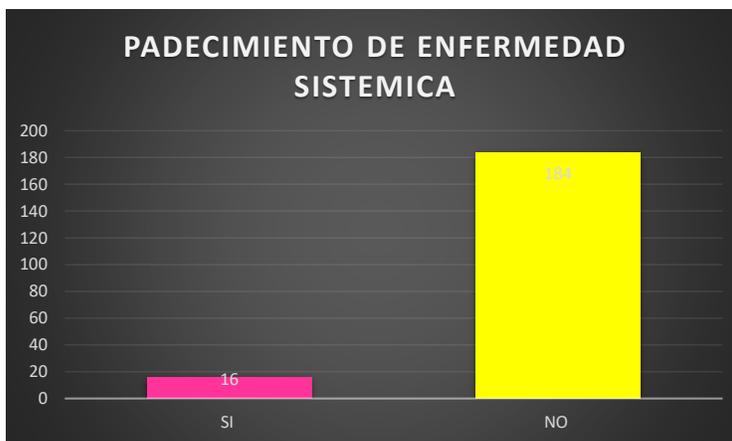
### PREGUNTA 5: ¿HAS PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD SISTÉMICA?

Tabla 9.9 Padecimiento de enfermedad sistémica

PADECIMIENTO DE ENFERMEDAD SISTEMICA		
SI	NO	N
16	184	200

FUENTE DIRECTA ENCUESTA

Gráfica 9.9 Padecimiento de enfermedad sistémica



FUENTE DIRECTA

En la gráfica se observa que 16 alumnos han padecido una enfermedad sistémica.

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

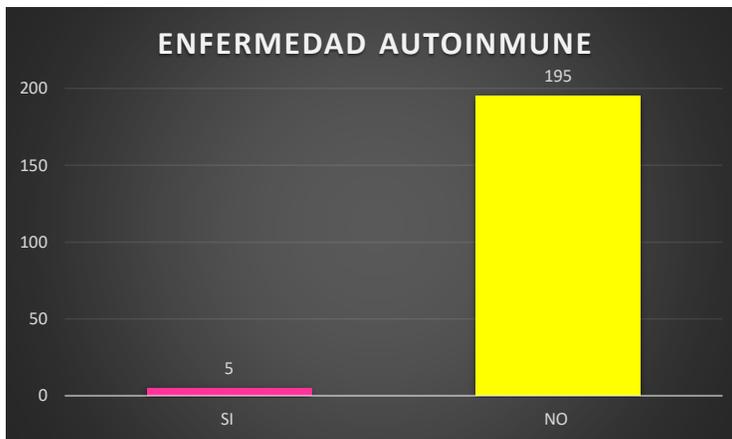
**PREGUNTA 6: ¿HAS PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD AUTOINMUNE?**

**Tabla 9.10 Enfermedad autoinmune**

ENFERMEDAD AUTOINMUNE		
SI	NO	N
5	195	200

FUENTE DIRECTA ENCUESTA

**Gráfica 9.10 Enfermedad autoinmune**



FUENTE DIRECTA

En la gráfica se observa que 5 alumnos han padecido o padecen una enfermedad autoinmune.

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

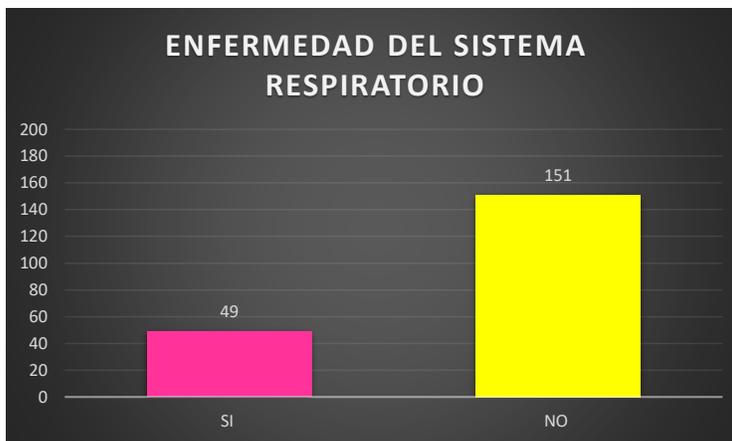
**PREGUNTA 7: ¿HAS PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD DEL SISTEMA RESPIRATORIO?**

**Tabla 9.11 Enfermedad del sistema respiratorio**

ENFERMEDAD RESPIRATORIA		
SI	NO	N
49	151	200

FUENTE DIRECTA ENCUESTA

**Gráfica 9.11 Enfermedad del sistema respiratorio**



FUENTE DIRECTA

En la gráfica se observa que son 5 alumnos los que han padecido alguna enfermedad del Sistema Respiratorio.

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

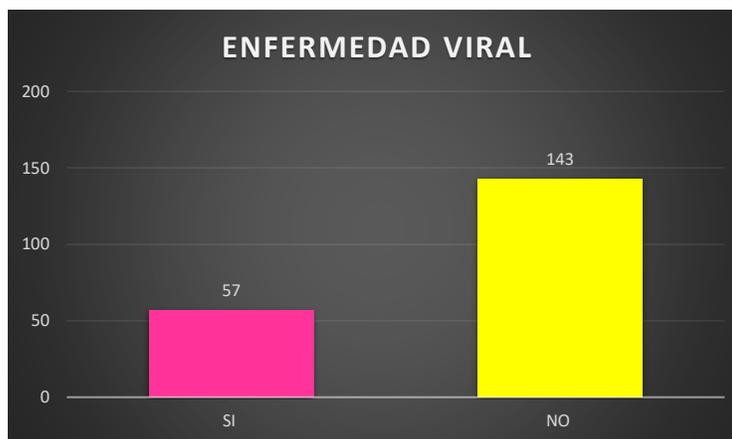
### PREGUNTA 8: ¿HAS PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD VIRAL?

Tabla 9.12 Enfermedad viral

ENFERMEDAD VIRAL		
SI	NO	N
57	143	200

FUENTE DIRECTA ENCUESTA

Gráfica 9.12 Enfermedad viral



FUENTE DIRECTA

En la gráfica se observa que 57 alumnos reportaron haber padecido alguna enfermedad viral.

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

**PREGUNTA 9: ¿HAS PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD DEL SISTEMA DIGESTIVO?**

**Tabla 9.13 Enfermedad del sistema digestivo**

ENFERMEDAD DEL SISTEMA DIGESTIVO		
SI	NO	N
85	115	200

FUENTE DIRECTA ENCUESTA

**Gráfica 9.13 Enfermedad del sistema digestivo**



FUENTE DIRECTA

Se observa en la gráfica, que 85 alumnos han padecido de alguna enfermedad del sistema digestivo.

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

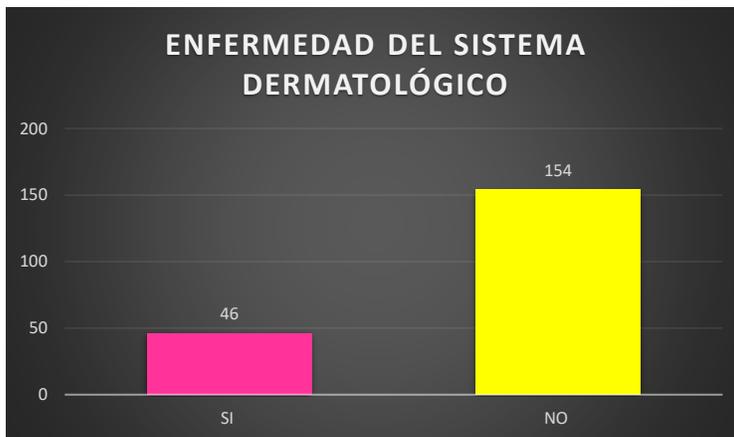
**PREGUNTA 10: ¿HAS PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD DERMATOLÓGICA?**

**Tabla 9.14 Enfermedad dermatológica**

ENFERMEDAD DEL SISTEMA DERMATOLÓGICO		
SI	NO	N
46	154	200

FUENTE DIRECTA ENCUESTA

**Gráfica 9.14 Enfermedad dermatológica**



FUENTE DIRECTA

En la gráfica se observa que 46 alumnos han padecido alguna enfermedad dermatológica.

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

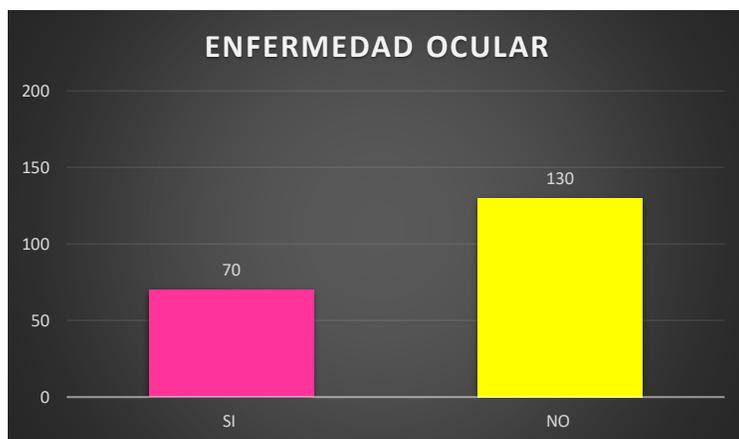
### PREGUNTA 11: ¿HAS PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD OCULAR?

Tabla 9.15 Enfermedad ocular

ENFERMEDAD OCULAR		
SI	NO	N
70	130	200

FUENTE DIRECTA ENCUESTA

Gráfica 9.15 Enfermedad ocular



FUENTE DIRECTA

En la gráfica se observa que 70 alumnos padecen de alguna enfermedad ocular.

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

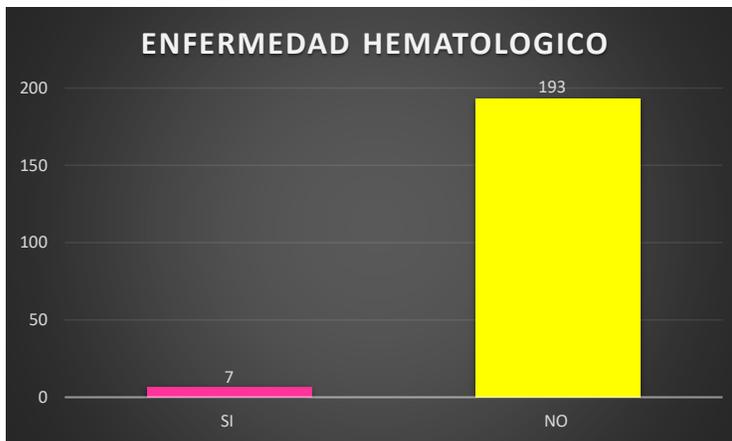
**PREGUNTA 12: ¿HAS PADECIDO ALGÚN TRASTORNO HEMATOLOGICO?**

**Tabla 9.16 Trastorno hematológico**

ENFERMEDAD HEMATOLOGICO		
SI	NO	N
7	193	200

FUENTE DIRECTA ENCUESTA

**Gráfica 9.16 Trastorno hematológico**



FUENTE DIRECTA

En la gráfica se observa que 7 alumnos han padecido algún trastorno hematológico.

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

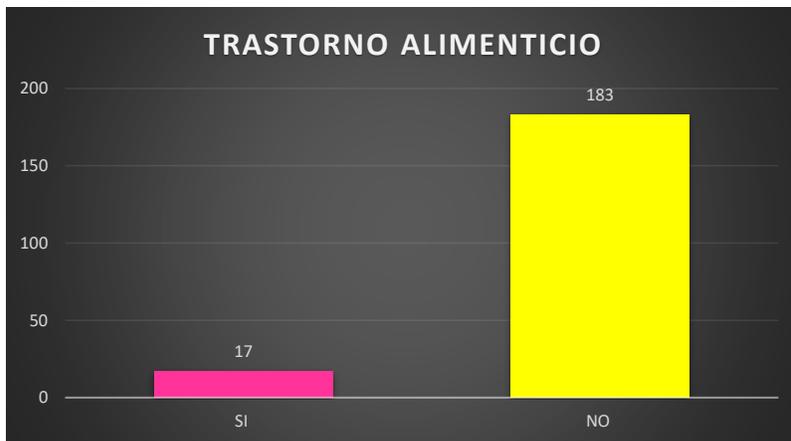
**PREGUNTA 13: ¿HAS PADECIDO ALGÚN TRASTORNO ALIMENTICIO?**

**Tabla 9.17 Trastorno alimenticio**

TRASTORNO ALIMENTICIO		
SI	NO	N
17	183	200

FUENTE DIRECTA ENCUESTA

**Gráfica 9.17 Trastorno alimenticio**



FUENTE DIRECTA

En la gráfica se observa que 17 alumnos han padecido algún trastorno alimenticio.

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

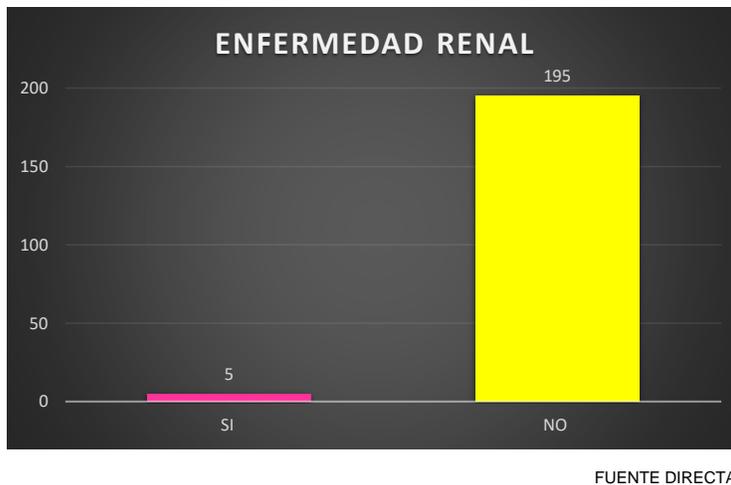
#### PREGUNTA 14: ¿HAS PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD RENAL?

Tabla 9.18 Enfermedad renal

ENFERMEDAD RENAL		
SI	NO	N
5	195	200

FUENTE DIRECTA ENCUESTA

Gráfica 9.18 Enfermedad renal



En la gráfica se observa que 5 alumnos han padecido alguna enfermedad renal.

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

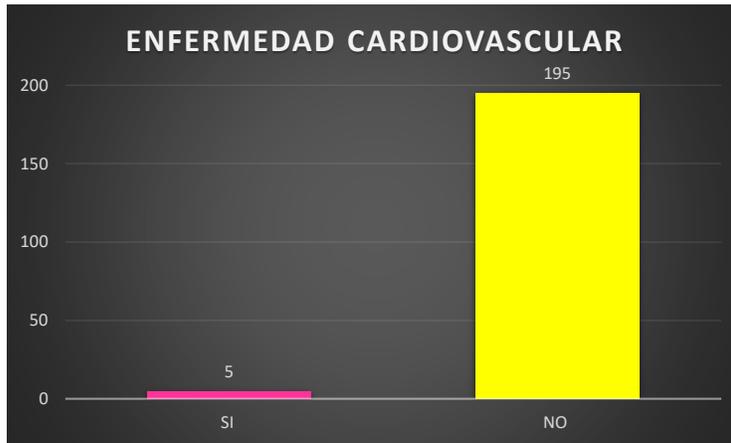
### PREGUNTA 15: ¿HAS PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR?

Tabla 9.19 Enfermedad cardiovascular

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR		
SI	NO	N
5	195	200

FUENTE DIRECTA ENCUESTA

Gráfica 9.19 Enfermedad cardiovascular



FUENTE DIRECTA

En la gráfica se observa que 5 alumnos han padecido alguna enfermedad cardiovascular.

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

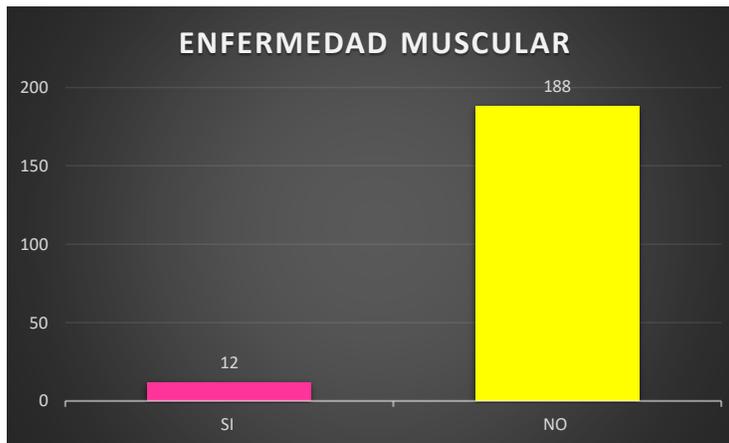
**PREGUNTA 16: ¿HAS PADECIDO ALGÚN PROBLEMA DEL SISTEMA MUSCULAR?**

**Tabla 9.20 Enfermedad muscular**

ENFERMEDAD MUSCULAR		
SI	NO	N
12	188	200

FUENTE DIRECTA ENCUESTA

**Gráfica 9.20 Enfermedad muscular**



FUENTE DIRECTA

En la gráfica se observa que 12 alumnos han padecido algún problema del sistema muscular.

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

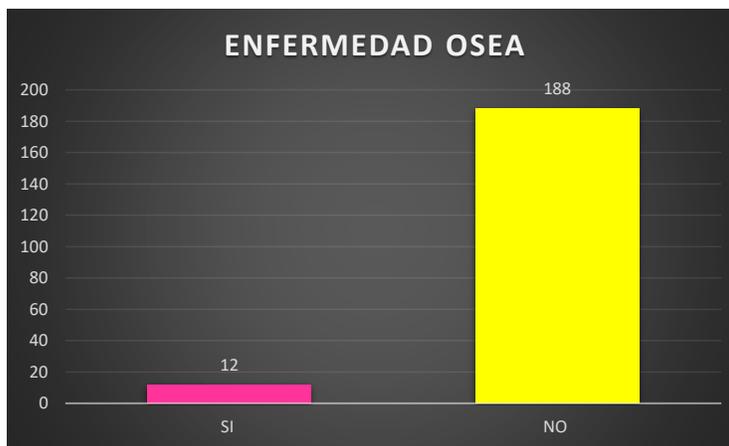
### PREGUNTA 17: ¿HAS PADECIDO ALGÚN PROBLEMA EN EL SISTEMA ÓSEO?

Tabla 9.21 Enfermedad ósea

ENFERMEDAD ÓSEA		
SI	NO	N
12	188	200

FUENTE DIRECTA ENCUESTA

Gráfica 9.21 Enfermedad ósea



FUENTE DIRECTA

En la gráfica se observa que 12 alumnos han padecido algún problema en el sistema óseo.

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

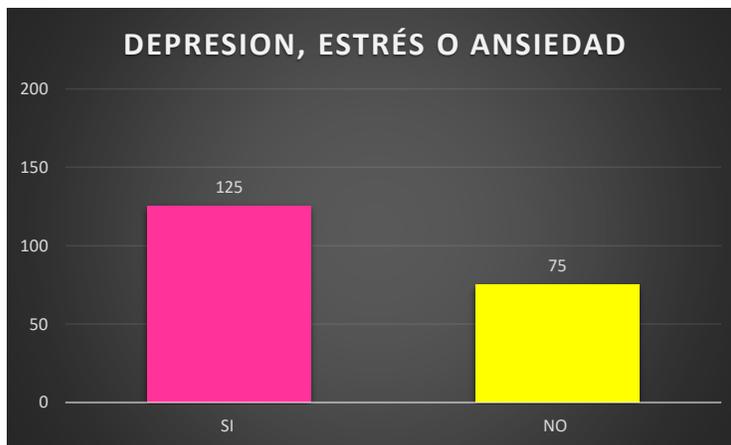
### PREGUNTA 18: ¿HAS PADECIDO DE UN ESTADO DEPRESIVO, ANSIOSO O ESTRÉS?

Tabla 9.22 Depresión, ansiedad o estrés

DEPRESIÓN, ESTRÉS, ANSIEDAD		
SI	NO	N
125	75	200

FUENTE DIRECTA ENCUESTA

Gráfica 9.22 Depresión, ansiedad o estrés



FUENTE DIRECTA

En la gráfica se observa que 125 alumnos han padecido un estado depresivo, de ansiedad o de estrés.

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

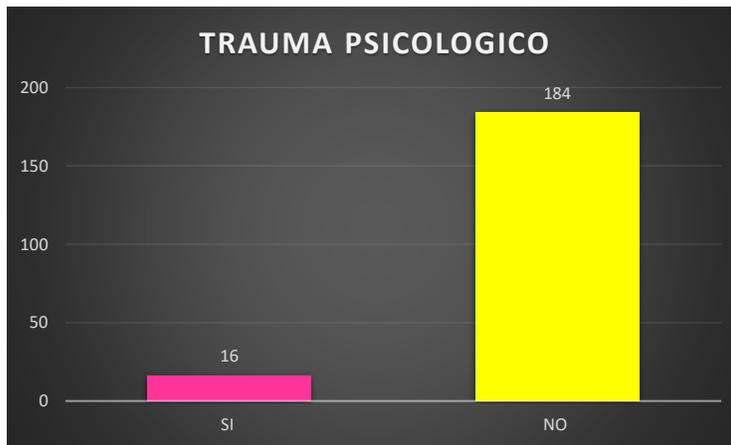
### PREGUNTA 19: ¿HAS PADECIDO ALGÚN TRAUMA PSICOLÓGICO?

Tabla 9.23 Trauma psicológico

TRAUMA PSICOLÓGICO		
SI	NO	N
16	184	200

FUENTE DIRECTA ENCUESTA

Gráfica 9.23 Trauma psicológico



FUENTE DIRECTA

En la gráfica se observa que 16 alumnos han padecido algún trauma psicológico.

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

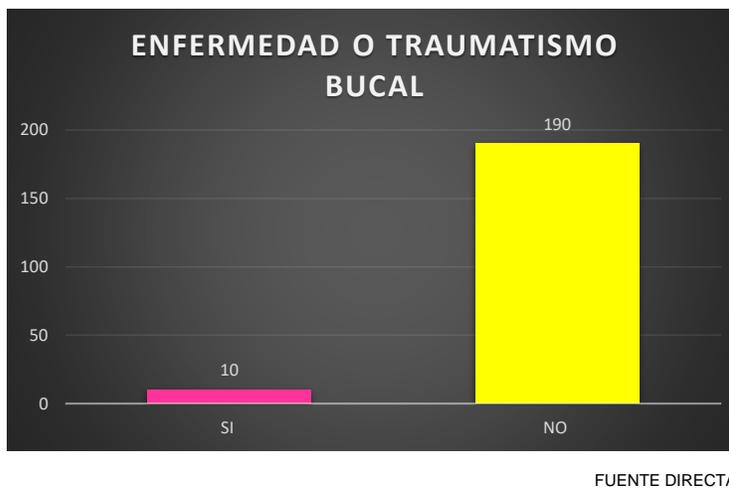
**PREGUNTA 20: ¿HAS PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD O TRAUMATISMO BUCAL QUE INTERFIERA EN TU DESENVOLVIMIENTO ESCOLAR?**

**Tabla 9.24 Traumatismo bucal**

ENFERMEDAD O TRAUMATISMO BUCAL		
SI	NO	N
10	190	200

FUENTE DIRECTA ENCUESTA

**Gráfica 9.24 Traumatismo bucal**



En la gráfica se observa que 10 alumnos han padecido de un trauma bucal.

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

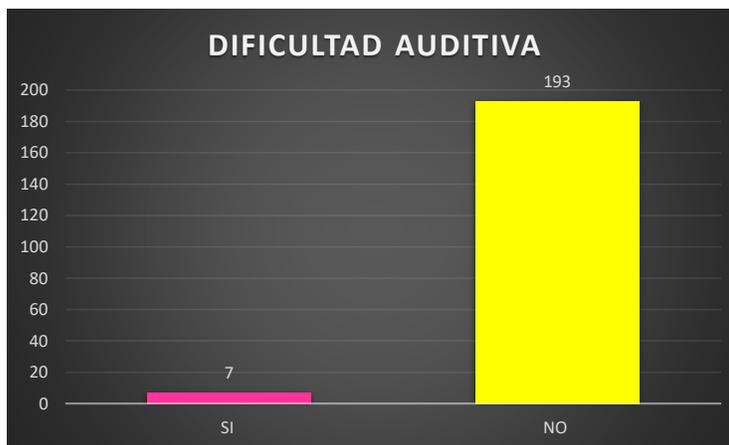
### PREGUNTA 21: ¿HAS PADECIDO DE ALGUNA DIFICULTAD AUDITIVA?

Tabla 9.25 Dificultad auditiva

DIFICULTAD AUDITIVA		
SI	NO	N
7	193	200

FUENTE DIRECTA ENCUESTA

Gráfica 9.25 Dificultad auditiva



FUENTE DIRECTA

En la gráfica se observa que 7 alumnos han padecido alguna dificultad auditiva.

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

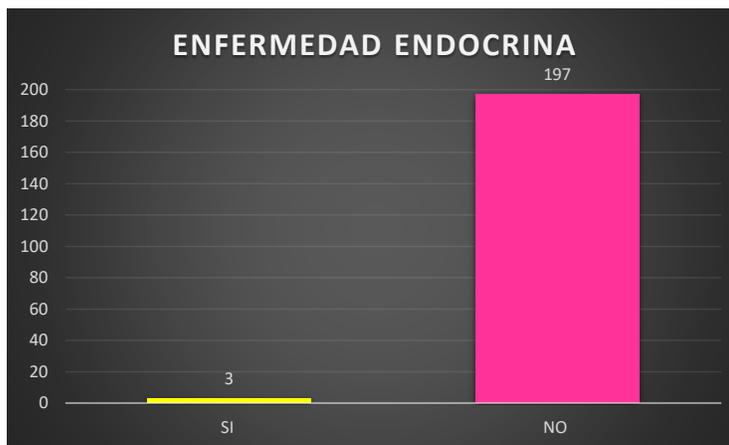
### PREGUNTA 22: ¿HAS PADECIDO ALGÚN PROBLEMA EN EL SISTEMA ENDÓCRINO?

Tabla 9.26 Problema en el sistema endócrino

ENFERMEDAD ENDOCRINA		
SI	NO	N
3	197	200

FUENTE DIRECTA ENCUESTA

Gráfica 9.26 Problema en el sistema endócrino



FUENTE DIRECTA

En la gráfica se observa que solo 3 alumnos han padecido algún problema en el sistema endócrino.

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

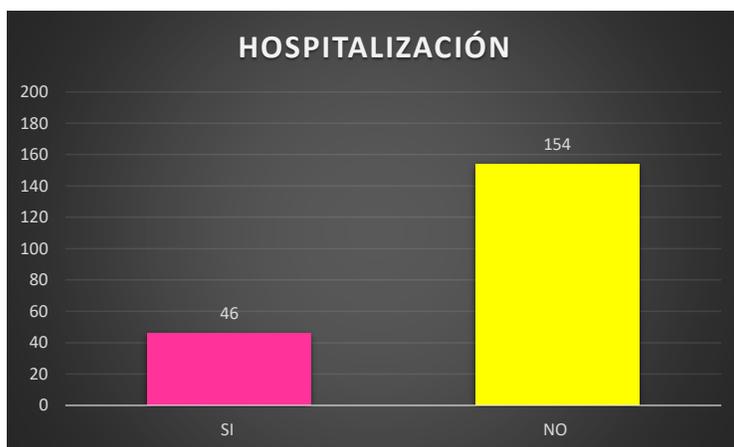
### PREGUNTA 23: ¿HAS SIDO HOSPITALIZADO ALGUNA VEZ?

Tabla 9.27 Hospitalización

HOSPITALIZACIÓN		
SI	NO	N
46	154	200

FUENTE DIRECTA ENCUESTA

Gráfica 9.27 Hospitalización



FUENTE DIRECTA

Se observa en la gráfica que 46 alumnos han sido hospitalizados alguna vez durante su trayectoria estudiantil.

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

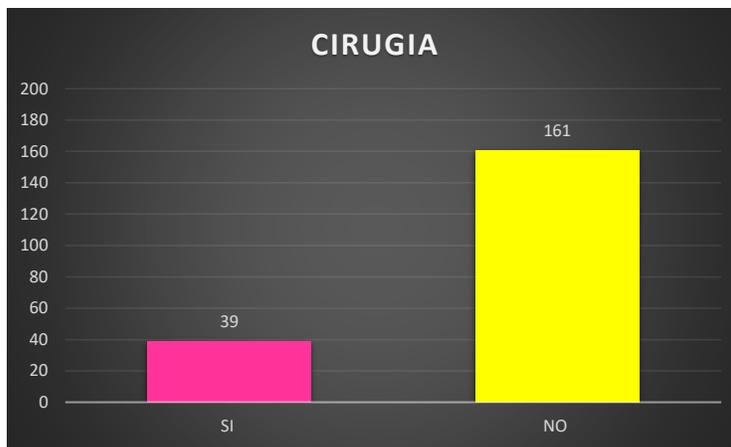
**PREGUNTA 24: ¿TE HAN PRACTICADO ALGUNA CIRUGÍA?**

**Tabla 9.28 Cirugía**

CIRUGÍA		
SI	NO	N
39	161	200

FUENTE DIRECTA ENCUESTA

**Gráfica 9.28 Cirugía**



FUENTE DIRECTA

En la gráfica se observa que a 39 alumnos les han practicado alguna cirugía.

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

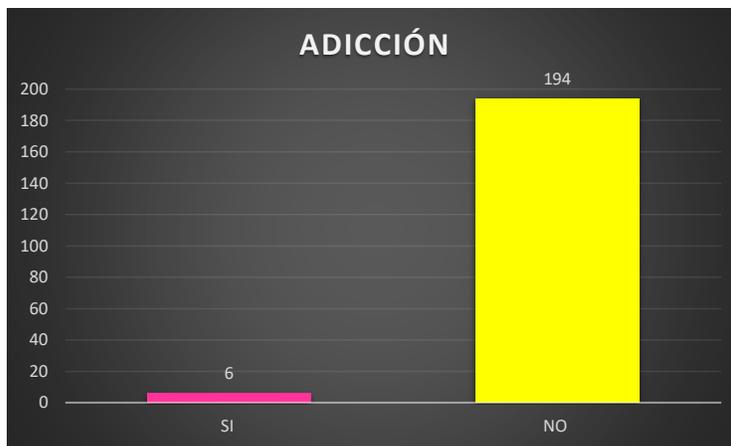
**PREGUNTA 25: ¿HAS REPROBADO ALGUNA MATERIA A CAUSA DE ALGUNA ADICCIÓN?**

**Tabla 9.29 Adicción**

ADICCIÓN		
SI	NO	N
6	194	200

FUENTE DIRECTA ENCUESTA

**Gráfica 9.29 Adicción**



FUENTE DIRECTA

En la gráfica se observa que solo 6 alumnos han reprobado alguna materia a causa de una adicción.

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

**PREGUNTA 26: ¿TE HAS DADO DE BAJA TEMPORAL A CAUSA DE ALGUNA ENFERMEDAD SISTÉMICA?**

**Tabla 9.30 Baja temporal a causa de enfermedad sistémica**

BAJA TEMPORAL POR ENFERMEDAD SISTÉMICA		
SI	NO	N
1	199	200

FUENTE DIRECTA ENCUESTA

**Gráfica 9.30 Baja temporal a causa de enfermedad sistémica**



FUENTE DIRECTA

En la gráfica se observa que solo un alumno se ha dado de baja temporal a causa de alguna enfermedad sistémica.

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

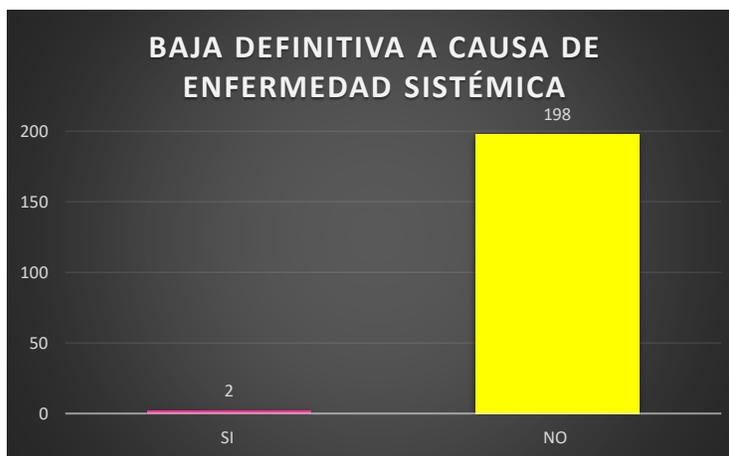
**PREGUNTA 27: ¿HAS PENSADO EN DARTE DE BAJA DEFINITIVA POR ALGUNA COMPLICACIÓN DE ALGUNA ENFERMEDAD SISTÉMICA?**

**Tabla 9.31 Baja definitiva a causa de alguna enfermedad sistémica**

BAJA DEFINITIVA A CAUSA DE ENFERMEDAD SISTÉMICA		
SI	NO	N
2	198	200

FUENTE DIRECTA ENCUESTA

**Gráfica 9.31 Baja definitiva a causa de alguna enfermedad sistémica**



FUENTE DIRECTA

En la gráfica se observa que solo 2 alumnos han pensado darse de baja definitiva a causa de alguna enfermedad sistémica.

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

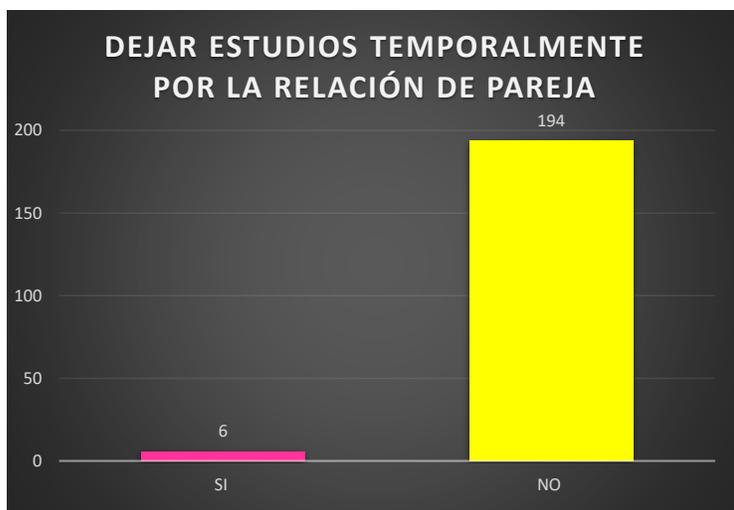
**PREGUNTA 28: ¿HAS DEJADO TUS ESTUDIOS TEMPORALMENTE A CAUSA DE TU RELACIÓN DE PAREJA?**

**Tabla 9.32 Dejar estudios temporalmente a causa de tu relación de pareja**

DEJAR ESTUDIOS TEMPORALMENTE POR LA RELACIÓN DE PAREJA		
SI	NO	N
6	194	200

FUENTE DIRECTA ENCUESTA

**Gráfica 9.32 Dejar estudios temporalmente a causa de tu relación de pareja**



FUENTE DIRECTA

En la gráfica se observan los 6 alumnos que han dejado sus estudios temporalmente a causa de su relación de pareja.

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

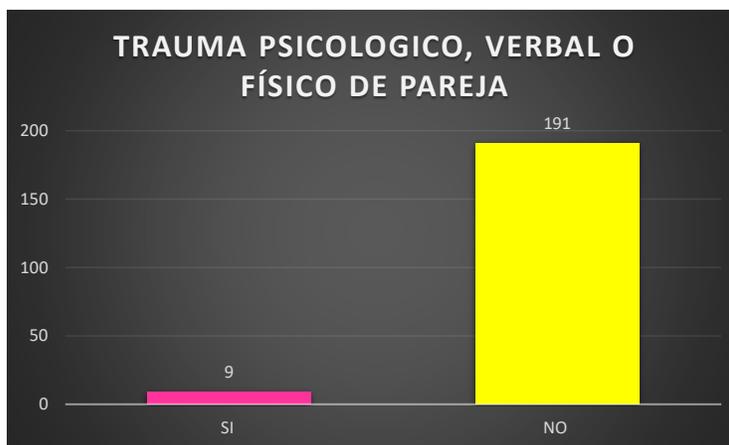
**PREGUNTA 29: ¿HAS SUFRIDO DE TRAUMA PSICOLÓGICO, VERBAL O FÍSICO DE TU PAREJA QUE DAÑEN TU DESEMPEÑO ESCOLAR?**

**Tabla 9.33 Trauma psicológico, verbal o físico de pareja**

TRAUMA PSICOLÓGICO, VERBAL O FÍSICO DE PAREJA		
SI	NO	N
9	191	200

FUENTE DIRECTA ENCUESTA

**Gráfica 9.33 Trauma psicológico, verbal o físico de pareja**



FUENTE DIRECTA

En la gráfica se observa que 9 alumnos han sufrido de trauma psicológico, verbal o físico de su pareja y esto ha dañado su desempeño escolar.

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

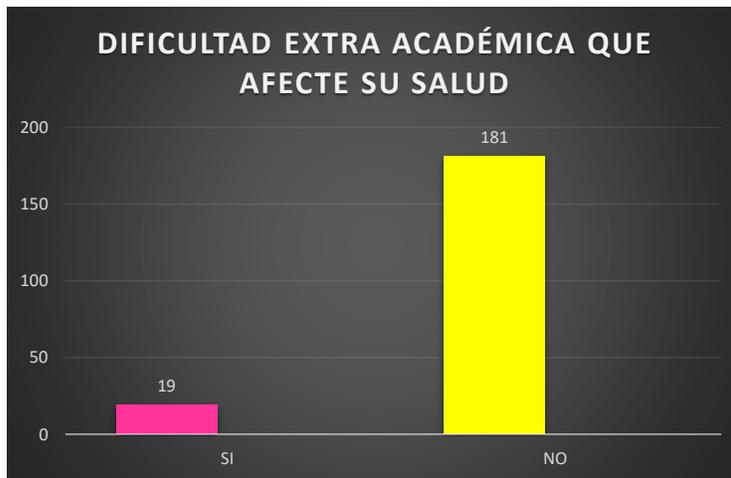
**PREGUNTA 30: ¿HAS TENIDO UNA DIFICULTAD EXTRA ACADÉMICA QUE HAYA AFECTADO EN TU SALUD?**

**Tabla 9.34 Dificultad extra académica que afectó la salud**

DIFICULTAD EXTRA ACADÉMICA QUE AFECTE SU SALUD		
SI	NO	N
19	181	200

FUENTE DIRECTA ENCUESTA

**Gráfica 9.34 Dificultad extra académica que afectó la salud**



FUENTE DIRECTA

En la gráfica se observa que 19 alumnos han tenido una dificultad extra académica que ha afectado su salud.

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

**PREGUNTA 31: ¿HAS PRESENTADO CONDUCTAS AGRESIVAS CON TUS COMPAÑEROS O SUPERIORES QUE TE HAYAN CAUSADO BAJA TEMPORAL ACADÉMICA?**

**Tabla 9.35 Conductas agresivas con compañeros o superiores causantes de baja temporal académica**

CONDUCTAS AGRESIVAS QUE HAYAN CAUSADO BAJA TEMPORAL		
SI	NO	N
4	196	200

FUENTE DIRECTA ENCUESTA

**Gráfica 9.35 Conductas agresivas con compañeros o superiores causantes de Baja temporal académico**



FUENTE DIRECTA

En la gráfica se observa que solo 4 alumnos han presentado alguna conducta agresiva hacia un compañero o superior, la cual ha causado baja temporal durante su periodo académico.

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

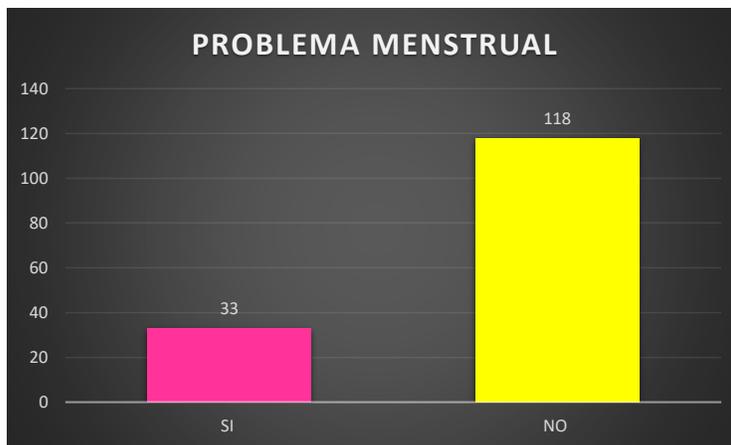
**PREGUNTA 32 (SEXO FEMENINO):**  
**¿HAS PADECIDO ALGÚN PROBLEMA MENSTRUAL?**

**Tabla 9.36 Problema menstrual**

PROBLEMA MENSTRUAL		
SI	NO	N
33	118	151

FUENTE DIRECTA ENCUESTA

**Gráfica 9.36 Problema menstrual**



FUENTE DIRECTA

En la gráfica se observa que 33 alumnas han padecido un problema menstrual

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

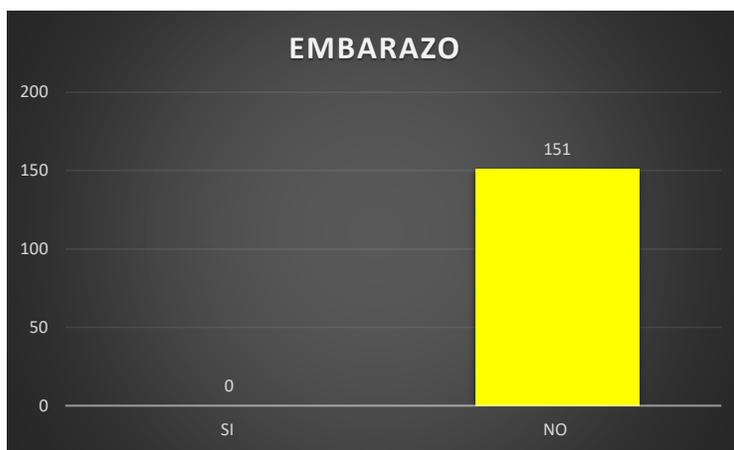
**PREGUNTA 33 (SEXO FEMENINO):**  
**¿ESTAS EMBARAZADA?**

**Tabla 9.37 Embarazo**

EMBARAZO		
SI	NO	N
0	151	151

FUENTE DIRECTA ENCUESTA

**Gráfica 9.37 Embarazo**



FUENTE DIRECTA

En la gráfica se observa que ninguna alumna está embarazada.

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

**PREGUNTA 34 (SEXO FEMENINO):**

**¿HAS TENIDO COMPLICACIONES DURANTE TU EMBARAZO QUE PROVOQUE PROBLEMAS EN TU DESEMPEÑO ESCOLAR?**

**Tabla 9.38 Complicaciones durante el embarazo**

COMPLICACIÓN DURANTE EL EMBARAZO		
SI	NO	N
0	151	151

FUENTE DIRECTA ENCUESTA

**Gráfica 9.38 Complicaciones durante el embarazo**



FUENTE DIRECTA

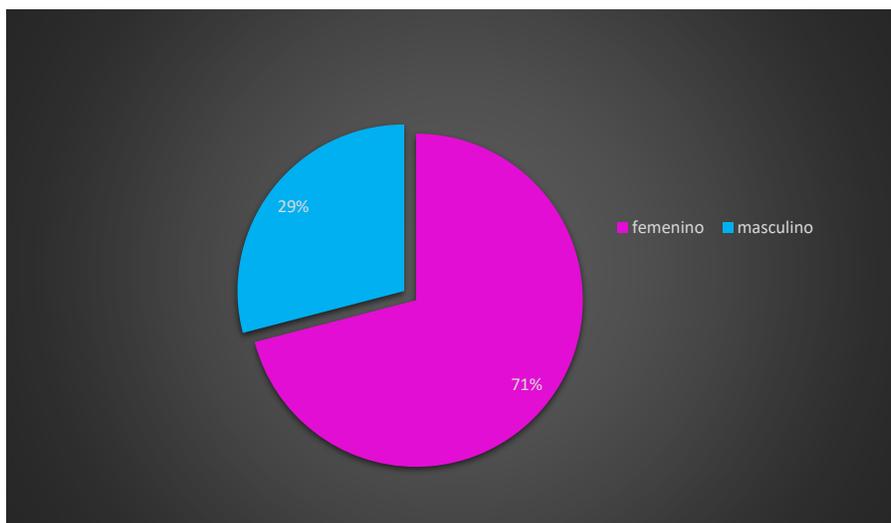
En la gráfica se observa que ninguna alumna ha tenido complicaciones durante el embarazo que haya provocado problemas en su desempeño escolar.

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

### ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS:

#### RESULTADOS ENCONTRADOS EN LOS OFICIOS EMITIDOS POR LA SUBDIRECCIÓN ACADÉMICA

Gráfica 9.39 Género de los alumnos de la Facultad de Odontología.

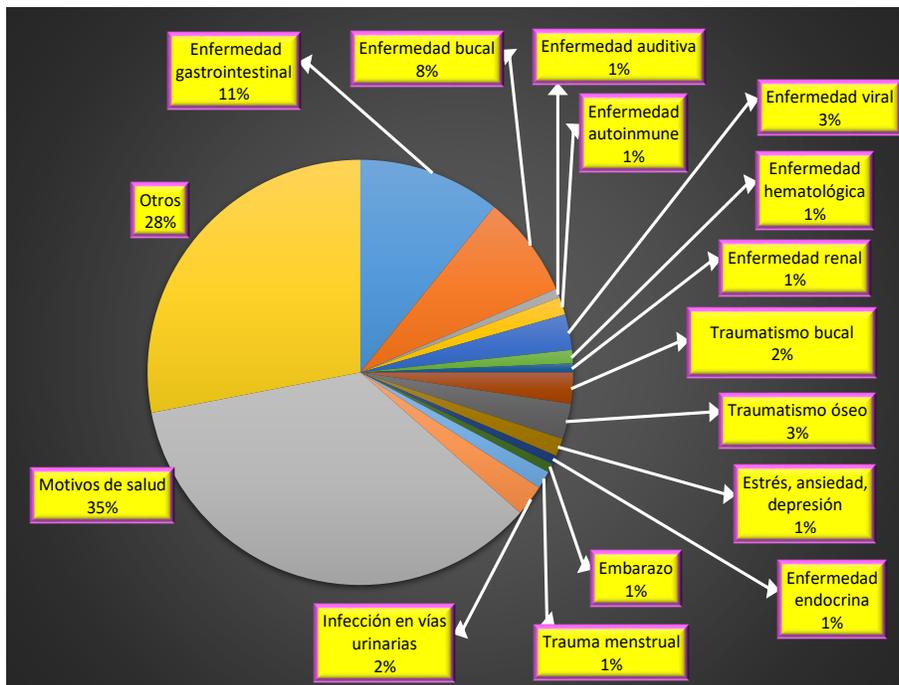


Se revisaron 303 oficios emitidos por la Subdirección Académica de justificantes presentados por los alumnos durante el periodo 2019A. Del género femenino se registraron 215 y del masculino 88.

En la gráfica se observa que el género predominante tanto en la Facultad de Odontología es el femenino con 71% de alumnas que presentaron justificantes ante la subdirección académica por situaciones de salud por lo tanto se vuelve el más susceptible a faltar a actividades o practicas dentro de la institución causando rezago en unidades de aprendizaje y en sus clínicas.

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

**Grafica 9.40 Padecimientos por los cuales los alumnos presentaron justificante**



En esta gráfica se muestran las principales enfermedades por las cuales los alumnos presentan justificantes de inasistencia ante subdirección académica, en primer lugar, se encuentran motivos de salud con 35% haciendo impacto las enfermedades gastrointestinales con 11% de los alumnos. Las enfermedades bucales se presentan en el 8% de los alumnos que presentaron justificante.

Enfermedades virales y traumatismos óseos en 3% de los alumnos. Infecciones urinarias y traumatismo muscular en el 2% de alumnos.

Algunos otros motivos así registrados en los justificantes, también abarcan una cantidad elevada de alumnos con el 28%.

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

## 10. RESULTADOS

Se consideró un universo de 656 alumnos de la Facultad de Odontología: 583 de Cirujano Dentista y 73 de TSUPBD, en la Universidad Autónoma del Estado de México.

De los 200 alumnos encuestados en la Facultad de Odontología, los resultados lograron indicar que 188 alumnos (94%) correspondieron a la Licenciatura de Cirujano Dentista y 12 alumnos (6%) a TSUPBD. (Ver gráfica 13.1).

Un dato relevante que se encontró y vale la pena distinguir es que a través de muchas generaciones ha predominado el sexo femenino en la matrícula estudiantil, ya que también en ésta lo hizo, tanto en la Facultad de Odontología como en TSUPB predominó el sexo femenino, con 151 mujeres (75.5%) de una muestra de 200 alumnos, por lo que se pudo considerar que fue de más prevalencia alguna inasistencia por parte de alumnas y sobre todo causada por una enfermedad sistémica. (Ver gráfica 13.3).

Se identificó que la mayoría de los encuestados presentaron 20 años de edad, (ver gráfica 13.2), siendo los alumnos de 2do. Semestre quienes tuvieron mayor participación en este estudio, (Ver gráfica 13.4).

Se observó que favorablemente 188 alumnos presentaron estado de salud general bueno, aun después de que 123 alumnos (61.5%) presentaron antecedentes heredofamiliares de enfermedades sistémicas. (Ver gráfica 13.5 y 13.6).

Las enfermedades sistémicas que los alumnos presentaron con mayor prevalencia son: enfermedades como estrés, ansiedad y depresión con 125 alumnos (62.5%), enfermedades del sistema digestivo con 85 alumnos (42.5%), enfermedades del sistema ocular con 70 alumnos (35%), enfermedades virales y enfermedades respiratorias con 57 alumnos (28.5%), enfermedades dermatológicas con 49 alumnos (24.5%). Teniendo como referencia un índice elevado de prevalencia en 123 alumnos (61.5%) con antecedentes heredo-familiares de enfermedad sistémica, contribuyendo así de alguna forma con la prevalencia de las antes mencionadas.

Se reportaron a 46 alumnos (23%) que fueron hospitalizados y a 39 alumnos (19.5%) de los cuales les habían practicado alguna cirugía. Lo cual afectó su asistencia completa a sus clases y prácticas escolares alterando así poder llevar su programa educativo en tiempo y forma provocando inasistencias. (Ver gráfica 13.27 y 13.28).

Una significancia importante es que 16 alumnos (8%) presentaron traumas psicológicos de los cuales en 9 alumnos (9.5%) fueron también, verbales o físicos por parte de su pareja, afectando así su desempeño académico. (Ver gráficas 13.23

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

y 13.33). Así como también 17 alumnos (8.5%) reportaron tener trastornos, pero estos últimos son alimenticios. (Ver gráfica 13.17).

Solo 1 alumno (0.5%) se dio de baja temporal a causa de enfermedad sistémica, 6 alumnos (3%) abandonaron sus estudios temporalmente a causa de situaciones desfavorables con su relación de pareja y por último 4 alumnos (2%) por presentar conductas agresivas con compañeros o superiores. (Ver gráficas 13.30, 13.32 y 13.35).

Se presenta que 16 alumnos (8%) padecieron una enfermedad sistémica y solo 2 alumnos (1%) pensaron en darse de baja definitiva por este motivo ya que ponía en peligro su rendimiento y desempeño escolar. (Ver gráficas 13.9 y 13.31).

Prevalcieron enfermedades en sistema muscular y óseo en 12 alumnos (6%). (Ver gráficas 13.20 y 13.21).

En 7 alumnos (3.5%) se presentaron enfermedades hematológicas, 7 alumnos también indicaron haber tenido discapacidades y otros 7 alumnos dificultades auditivas. (Ver gráficas 13.16, 13.7 y 13.25).

En 6 alumnos (3%) se reportaron que reprobaron a causa de alguna adicción. (Ver gráfica 13.29).

Hubo dificultades extraacadémicas que afectaron la salud en 19 alumnos (9.5%). (Ver gráfica 13.34).

En 5 alumnos (2.5%) se observó que padecieron una enfermedad cardiovascular y renal y otros 5 reportaron también enfermedad autoinmune. (Ver gráfica 13.19, 13.18 y 13.10).

Solo 3 alumnos (1.5%) refirieron enfermedad endocrina. (Ver gráfica 13.26).

En 10 alumnos (5%) se observó que padecieron alguna enfermedad o traumatismo bucal. (Ver gráfica 13.24).

Solo 9 alumnos (4.5%) se refirieron con tratamiento médico a alguna enfermedad sistémica o padecimiento en su salud. (Ver gráfica 13.8).

"Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A"

## 11. DISCUSIÓN

Las enfermedades son una de las principales causas por las cuales un estudiante se ausenta o se afecta su trayectoria académica. En este trabajo se encuentran las causas por las cuales los alumnos de la Facultad de Odontología de la UAEMex se ausentan de sus actividades académicas afectando su aprovechamiento escolar.

Con base en la información recabada de los Justificantes de la Base de Datos emitidos por Subdirección Académica, donde las principales causas fueron en un 71% los problemas de salud y en un 29% diversos motivos. Indicando así concordancia con la hipótesis planteada en la presente investigación, donde las enfermedades sistémicas son la causa predominante del ausentismo y el índice elevado de reprobación, baja temporal o definitiva.

Este estudio, identificó las enfermedades de mayor frecuencia que afectan el desempeño escolar en los alumnos y según el informe de Javier Tejedor en donde llegaron a determinar que el rendimiento académico era influenciado por factores netamente académicos (la "falta de estrategias de motivación", la "escasa comunicación con los alumnos", el "tipo de examen utilizado", la "excesiva exigencia" e, incluso, la "subjetividad del profesor en la corrección"), por lo que se puede agregar con base a la hipótesis planteada y a los resultados obtenidos; que en respuesta a éstos, la salud tiene un factor importante y de impacto que se debería tomar en cuenta con mayor énfase en la Facultad de Odontología.<sup>272</sup>

González y Guadalupe en su estudio publicado en la Revista Latinoamericana de Estudios Educativos en México reportaron factores extra académicos por los cuales los alumnos afectan su desempeño escolar desde lo personal hasta lo sociocultural como la falta de tiempo (31%), la poca preparación de algunos profesores (31%), el trabajo para solventar su estudio (16%), actividades extracurriculares (13%) y las relaciones familiares principalmente el nivel socioeconómico (8%). En relación similar con esta investigación, estos factores involucran al alumno con diferentes problemas o contratiempos que enfrentan con la familia, maestros, autoridades escolares, amigos, así como problemas sentimentales o emocionales, repercutiendo en su salud sistémica general provocando un gasto energético o mental y por ende problemas de salud que afectan su desempeño académico. Así como también, relacionó factores similares que el estudio antes mencionado ya que casi 11% de alumnos del total de encuestados tienen alguna dificultad extra académica que ha afectado significativamente su salud y por lo tanto interfiere en sus estudios o en que se den de baja temporal.<sup>273</sup>

El estado de salud mental-psicológico del alumno es una variable importante, la cual puede ser susceptible a la presión de un rendimiento académico socialmente aceptable, siendo esta la principal afectada y en este trabajo es congruente a la

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

depresión, el estrés y la ansiedad ya que son los padecimientos con el índice más alto en la prevalencia de enfermedades sistémicas en la Facultad de Odontología, provocando así, un déficit en su rendimiento académico, pero sobre todo abren paso a otras afecciones en su salud como describe Contreras *et. al*, el cual encontró datos similares a esta investigación, donde la relación entre rendimiento académico y ansiedad o problemas psicológicos podría darse de forma indirecta a través de la autoeficacia. En una relación compleja, es decir, que las personas que tienen una percepción baja de autoeficacia generan mayores niveles de ansiedad, y esta interacción entre baja autoeficacia y alta ansiedad se relacionaría directamente con un bajo rendimiento académico, que vulnera la trayectoria de los estudiantes de Odontología ya que su formación profesional requiere de interactuar con muchos seres humanos.<sup>274</sup>

Otra enfermedad relevante que padecen los alumnos de la Facultad son las dermatológicas, presentándose en 46 alumnos (23%), de igual manera las enfermedades respiratorias con el mismo número de casos, estos datos son mayores a lo reportado por el SINAVE que indica un 14 % de casos de infecciones respiratorias agudas y 4% de casos de enfermedades dermatológicas en población mexicana.<sup>275</sup>

En su estudio Rosas y López mencionan que “la salud no es un factor de riesgo en el rendimiento académico”, pero en esta investigación se observó lo contrario, demostrando que la salud es un alto factor de riesgo para el rendimiento escolar con 62.5% de estudiantes que manifestaron enfermedad psicológica, como estrés, ansiedad y depresión en su desempeño escolar; de manera similar la OMS destaca que la depresión constituye un problema importante de salud pública en los mexicanos, con más del 75% de su población que padece de estrés siendo las mujeres y jóvenes más propensos a padecerlo. Con una diferencia del 35.2% en contraste con lo reflejado en el presente trabajo, el INEGI documentó en el Estado de México 27.3% (34.85 millones), de personas se han sentido deprimidas; y reflejando que las enfermedades psicológicas se presentan en el área escolar coincidiendo así con este trabajo.<sup>276, 277, 278</sup>

La nutricionista Valdivia, nos menciona en su artículo que “los malos hábitos alimenticios no permiten restablecer el desgaste provocado por el estudio, y que el padecer asma puede afectar negativamente el rendimiento académico del estudiante, sus interacciones sociales, la autoestima y el ajuste psicológico”. Lo cual podemos decir que en esta investigación, se llegó a demostrar veracidad en lo mencionado por la nutricionista, ya que en 85 alumnos (42.5%) se presentan enfermedades digestivas y se hace mención de las dificultades extra-académicas que afectan la salud del alumno y que los problemas digestivos, contribuye a sufrir consecuencias, repercutiendo en problemas de conducta o traumas psicológicos.<sup>279</sup>

“Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A”

Huamán identificó cuáles son las enfermedades más frecuentes que padecen los estudiantes, entre las que destacan: problemas visuales (ambliopía y astigmatismo), asma crónica, asma moderado, asma leve, desnutrición aguda, desnutrición leve, migraña y dolor tensional. Los cuales también forman parte de enfermedades de mayor prevalencia en este estudio, como son: enfermedades en el sistema digestivo (trastornos alimenticios), enfermedades en el sistema ocular y padecimientos en el sistema respiratorio. También hace relación de la migraña con los estadios que se identificaron en el presente trabajo donde los estados de depresión, ansiedad y estrés son las enfermedades con más índice de prevalencia. En concordancia, este estudio reveló una proporción de enfermedades similares a las reportadas por Huamán, del mismo modo también se identificó menor prevalencia en enfermedades del sistema muscular (dolor tensional).<sup>280</sup>

González y Guadalupe, emplearon un instrumento de recolección de datos validado, el cual es citado, ya que a diferencia del cuestionario utilizado como instrumento de recolección de datos en este trabajo, aunque este proyecto de investigación no usó un instrumento validado, los hallazgos son contundentes e importantes para la valoración de los alumnos de la Facultad de Odontología, el instrumento fue ordenado por aparatos y sistemas del cuerpo humano, para que los alumnos encuestados respondieran aportando información más clara y concisa acerca de su estado de salud.<sup>281</sup>

Se observó que 188 alumnos presentaron un buen estado de salud general, en contraste, 123 alumnos presentaron antecedentes heredofamiliares de enfermedades sistémicas.

## 12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS) / Whorld Health Organizace (WHO).
2. Piedrola, G. *Medicina preventiva y salud pública*, 10ª edición.
3. A dictionary of epidemiology. 6ª edición. Nueva York: Oxford University Press, (2014).
4. Michael T. Madigan. *Biología de los microorganismos*. Pearson Educación. p. 1296.
5. J.F.Griffiths; Wessler, G.Lewontin, R. Sean B.Carroll. *Genética*. McGraw-Hill. p. 819.
6. Moreno Altamirano, A. López Moreno, S. Corcho Verdugo, (2000). A. C.D., M.C. <https://scielosp.org/article/spm/v42n4/337-348/es/#back1>.
7. Fajardo Gutiérrez, A. (2017). Medición en epidemiología: prevalencia, incidencia, riesgo, medidas de impacto. *Revista alergia México*, 64(1), 109-120. <https://doi.org/10.29262/ram.v64i1.252>.
8. Revista bibliográfica de geografía y ciencias sociales. (11 de marzo de 2002). Universidad de Barcelona ISSN: 1138-9796. Depósito Legal: B. 21.742-98 Vol. VII, nº 354.
9. UNESCO.
10. Bargavha; London, Silvia, y Temporelli, Karina, y Monterubblanesi, Pablo. (2001). "Vinculación entre salud, ingreso y educación / Un análisis comparativo para América Latina". *Economía y Sociedad*. (2009). Vol. XIV, n. 23. Págs. 125-146. Redalyc.
11. Index Mund; (2009).
12. <https://www.inee.edu.mx/wp-content/uploads/2019/04/AT10-20019.pdf>
13. <http://planeacion.uaemex.mx/docs/fichas/C1V26.pdf>.
14. Greemberg RS, Daniels SR, Flanders WD, Eley JW, Boring JR. *Medical epidemiology*. Tercera edición. New York, USA: McGraw-Hill; (2001).
15. Navarro, E. (julio- diciembre, 2003). El rendimiento académico: concepto, investigación y desarrollo REICE. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, vol. 1, núm. 2. Madrid, España.
16. Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga; Ortiz, (2007-2009).
17. González, (2003). Factores relacionados de enfermedades sistémicas que impactan el rendimiento académico.

18. Heredia Escorza, Y. Camacho Gutiérrez, F. (2014).  
[https://www.researchgate.net/publication/281294042\\_Factores\\_que\\_afectan\\_el\\_desempeno\\_academico](https://www.researchgate.net/publication/281294042_Factores_que_afectan_el_desempeno_academico).
19. Rivera, (año del manuscrito no publicado).
20. Lugo, Lara, González & Granadillo, (2004-2007); Caldera Montes, Pulido Castro & Martínez González.
21. Montero, R. E., Villalobos, P. J. y Valverde, B. A. (2007). Factores institucionales, pedagógicos, psicosociales y sociodemográficos asociados al rendimiento académico en la universidad de Costa Rica: un análisis multinivel. *Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa*. Pág. 215–234.
22. Levitz & Noel, 1989; Pratt; Figuera, Dorio & Fomer. (2000-2003).
23. Figuera; Dorio & Fomer. Cutrona, (2003).
24. Gerdes y Mallinckrodt. 1994 en Figuera, Dorio & Fomer, (2003).
25. Bedoya, L. Perea, Paz. & Martínez, O. (2006).
26. Pardo Montero, (2008). Factor de estrés académico y ansiedad
27. Morrison y O'Connor en (2005). Factor de estrés académico y depresión
28. Herrera Avilés, Rodríguez & Valverde Torres, (2003).
29. Marty, (2005). El factor de estrés de acuerdo a la carrera estudiada
30. Carmel y Bernstein. 1987 en Rocha Rodríguez, (2010).
31. Rodríguez, (2002); Smith, 1985 en Hoyos Ramírez & Ojeda Martínez, (2003).
32. Cabanach, Rodríguez, Valle, Piñero & Millán (2008).
33. Martín Monzón, (2007). La relación entre el nivel de estrés y los exámenes en los estudiantes universitarios.
34. Vengoechea, *et. al.*, (2006). Encuesta de la asociación entre estrés y variables como sexo, semestre y edad.
35. Lugo Lara González & Granadillo, (2004). Escala de depresión, ansiedad y estrés.

36. SIAD. (2021);  
<https://www.siad.cl/web/index.php/homepage/articulos/item/316-tecnicas-de-estudio-factores-ambientales-y-organizacion-para-el-estudio>.
37. Barraza, A. (2009). Variable sociodemográfica de género.  
<https://www.variablesociodemograficasysituacionaleseducativas>.
38. Misra; Castillo. (2004-2007); Citado en Martínez Díaz & Díaz Gómez.
39. Collazo, R; Rodríguez. Cuba, (2008).
40. Posada Lecompte, (2006). Estrategias de afrontamiento en estudiantes universitarios.
41. Escorza, J; Camacho, D. Gutiérrez. (2014).  
[https://www.researchgate.net/publication/281294042\\_Factores\\_que\\_afectan\\_el\\_desempeno\\_academico](https://www.researchgate.net/publication/281294042_Factores_que_afectan_el_desempeno_academico).
42. García, (2003- 2008); Factores sociológicos.
43. Cobo, C. y Pardo, H. (2007); Planeta Web 2.0. Inteligencia colectiva y medios fast food. Grups de Recerca de Interaccions Digitals Vic: Universidad de Vic.
44. Esteve. (2009); Espuny, González y Mercá, (2011). Las redes sociales en la educación universitaria.
45. Fernández, (2003-2010). La familia como factor psicológico y psicosocial en los estudiantes.
46. Brunner, J.J. y Elacqua, G. (2004): Factores que inciden en una educación efectiva; evidencia internacional. La educación, pág. 139-140.
47. Montero, Villalobos y Valverde, (2007). Variables de motivación, ansiedad, autoestima asociadas al rendimiento académico.
48. Backhoff, E., Bouzas, A., González, M., Andrade, E., Hernández, E. y Contreras, C, (2008); Factores asociados al aprendizaje de estudiantes de 3º de primaria en México. 1a. ed. México D.F., Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación.
49. Pena, Extremera, (2012). Factor relacionado con la escuela y liderazgo directivo.

50. Adams, R. Wu, M. (2002). PISA, Technical report; Organization for Economic Cooperation and Development. <http://www.oecd.org/document.com>
51. Hernández, E. (2007). Marco de referencia. Cuestionario de contexto para directores. Preescolar. México D.F., Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación.
52. Ceballos, E. (2006). Dimensiones de análisis del diagnóstico en educación: El diagnóstico del contexto familiar. Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa, pág, 33–47. <http://www.uv.es/RELIEVE.com>
53. Balfanz, R. Legters, N. y Jordan, W. (2004). Catching up: Effect of the talent development ninth grade instructional interventions in reading and mathematics in high poverty high schools. NASSP, Bulletin. pág. 88-641, Estados Unidos.
54. DELORS, Jacques. La educación encierra un tesoro, pág. 148.
55. Cascon, (2010). Calificaciones escolares que permiten la aprobación o reprobación de las materias que componen el curriculum.
56. Organización Mundial de la Salud (OMS), 2004.
57. Asociación Americana de Psicología, (APA)
58. Nogareda, S. (2007); Fisiología del estrés. [http://www.mtas.es/insh/ntp/ntp\\_355.htm](http://www.mtas.es/insh/ntp/ntp_355.htm).
59. Ortega J. Estrés y trabajo. MedSpain. [http://www.medspain.com/n3\\_feb99/stress.htm](http://www.medspain.com/n3_feb99/stress.htm)
60. Smith M, Jaffe-Gill E, Segal J, Segal R. (2007); Burn out: signs, symptoms, and prevention. [http://www.helpguide.org/mental/burn\\_out\\_signs\\_symptoms.htm](http://www.helpguide.org/mental/burn_out_signs_symptoms.htm).
61. First, M; Frances, A.; Pincus H.A. (2002). DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona. Ed. Masson.
62. Néstor A. Burn out. Síndrome de agotamiento profesional. (2007); <http://www.monografias.com/trabajos11/burn/burn.shtml>.
63. Smith M, Jaffe-Gill E, Segal J, Segal R. Burn out: signs, symptoms, and prevention. [http://www.helpguide.org/mental/burn\\_out\\_signs\\_symptoms.htm](http://www.helpguide.org/mental/burn_out_signs_symptoms.htm).

64. Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria. (2019-2021); Global Health Data Exchange (GHDx). <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-permalink/d780dffbe8a381b25e1416884959e>.
65. Benjet, G. Borges, M.E. Medina-Mora, C. Fleiz-Bautista, J. Zambrano-Ruiz. (2004); Early onset depression: prevalence, course, and treatment seeking delay. *Salud Publica Mex.*, 46, pp. 417-424.
66. Bromet, L.H. Andrade, I. Hwang, N.A. Sampson, J. Alonso, G. de Girolamo, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med.*, 9 (2011), pp. 1-16 <http://dx.doi.org/10.1186/1741-7015-9-1>.
67. Benjet, D. Hernández-Montoya, G. Borges, E. Méndez, M.E. Medina-Mora, S. Aguilar-Gaxiola. Youth who neither study nor work: mental health, education and employment. *Salud Publica Mex.*, 54 (2012), pp. 410-417.
68. Berenzon, M.A. Lara, R. Robles, M.E. Medina-Mora. Depression: state of the art and the need for public policy and action plans in Mexico. *Salud Publica Mex.*, 55 (2013), pp. 74-80.
69. Reed GM, J. M-C, Esparza P, Saxena S, Maj M. The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification. *World Psychiatry*. (2011); pág. 118-31.
70. Patten SB, Kennedy SH, Lam RW, O'Donovan C, Filteau MJ, Parikh SV, et al. (2019); Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical Guidelines for the Management of Major Depressive Disorder in Adults. I. Classification, Burden and Principles of Management. *J Affect Disord*.117.
71. Sánchez-García, T. Juárez-Cedillo, K. Gallegos-Carrillo, J.J. Gallo, F.A. Wagner, C. García-Peña. Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México. *Salud Ment.*, 35 (2012), pp. 71-77.
72. American Psychiatric Association. (2003); Diagnostic and statistical manual of mental disorders.
73. Cruz Fuentes, C. Benjet, G.A. Martínez-Levy, A. Pérez-Molina, M. Briones-Velasco, J. Suárez-González. (2014); BDNF Met66 modulates the cumulative

- effect of psychosocial childhood adversities on major depression in adolescents. *Brain Behav*; pp. 290-297.
74. National Collaborating Centre for Mental Health. (2009); Depression. The treatment and management of depression in adults. London: The British Psychological Society; Informe No: 90.
75. World Health Organization. Depression. Geneva: World Health Organization; (10-12-2013). <http://www.who.int/topics/depression/en/>
76. Cano Vindel, A. Dongil Collado, E. Salguero JM; (2011). et al. Intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad: Una actualización. *Información Psicológica*. Pág. 1:4-27.
77. Somers JM, Goldner EM, Waraich P. (2006); et al. Prevalence and incidence studies of anxiety disorders. A systematic review of literature. *Can J Psychiatry*; pág. 51: 100-113.
78. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional de las enfermedades, décima versión. CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento. (1992); Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid, España: MEDITOR.
79. Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 1ª Edición. Barcelona, España: Elsevier Masson; (2002).
80. Téllez Lapeira JM. López-Torres Hidalgo J, Boix Gras C, et al. Revisión clínica del tratamiento de los trastornos de ansiedad. *Rev Clin Med Fam*. (2007); pág.: 76-83
81. Ebert M, Loosen P, Nurcombe B, et al. *Current Diagnosis and treatment: Psychiatry*. 2ª Edición. Estados Unidos: McGrawHill Companies; (2008).
82. Hyman SE, Rudorfer MV. Anxiety disorders. Folleto del Instituto Nacional de Salud Mental. Estados Unidos. (2009); [www.nimh.nih.gov](http://www.nimh.nih.gov).
83. Escobar F. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad. Asociación Colombiana de Neurología. [www.acnweb.org](http://www.acnweb.org)
84. Taber's Medical Dictionary Online. (April-15-2021); website. [www.tabers.com/tabersonline](http://www.tabers.com/tabersonline).

85. Travieso Fernández JC. Incidencia actual de gastritis: una breve revisión. Revista CENIC. (30/06/2016); Ciencias Biológicas.
86. Moreno Altamirano, A. López Moreno, S. Corcho Berdugo, A. Principales medidas en epidemiología. Salud pública de México, (2000); pág. 42:337-348.
87. Ramirez Ramos, A; GILMAN, H. Helicobacter pylori en el Perú. Capitulo VIII. B. Gastritis. (2000); Pag 129 - 134.
88. Farreraz Rosman. Medicina Interna. Decimosexta Edición (2009); Gastritis y gastropatía. Cap 17 pp 144-147.
89. Dixon MF, Genta RM, Yardley JH. Clasification and grading of gastritis. The updated Sydney System. Internacional Workshop on the histopathology of gastritis, Houston (1994-1996); Am J Surg Pathol.
90. Stephen J. Mcphee, Maxine A. Papadakis, Lawrence M, Tierney, JR. Current Medical Diagnosis & treatment. (2008); 47 Edition. Gastritis & Gastropathy. Pag 514 – 518.
91. Gonzales L. Colitis ulcerosa. Enfermedad inflamatoria crónica del intestino. Paniagua Esteves ME, Piñol Jiménez FN. Gastroenterología y hepatología clínica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; (2015). pp.1364-1408. [http://www.bvs.sld.cu/libros/gastroenterologia\\_hepatologia\\_tomo4/gastroenterologia\\_tomo4\\_completo.pdf](http://www.bvs.sld.cu/libros/gastroenterologia_hepatologia_tomo4/gastroenterologia_tomo4_completo.pdf)
92. Satsangi J, Jewel DP, Rosenberg WMC, Bell J. Genetic of inflammatory bowel disease. Gut, (1994).
93. Osterman M, Lichtenstein G .Ulcerative colitis. Small and Large intestine In: Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver diseases. 10th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; (2016); pp. 1975-2012.
94. Revista Española de Enfermedades Digestivas. Versión impresa ISSN 1130-0108 Rev. esp. enferm. dig. vol.97 no.8 Madrid, (2004-2005).
95. Edwards FC, Truelove SC. The course and prognosis of ulcerative colitis. II. Long term prognosis. Gut, (1963); CAP 4. Pag: 299-306.

96. Jia Qing. Huang, Subbaramiah Sridhar, Richard H Hunt. Role of Helicobacter pylori infection and non-steroidal antiinflammatory drugs in peptic-ulcer disease: a meta-analysis. *Lancet* (2002); cap359: pag14-22.
97. Domingo, A. Doctor en Medicina y Cirugia. (Junio 2003); Úlcera péptica. Abordaje terapéutico Especialista en Aparato Digestivo. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. Vol. 17. Núm. 6.páginas 67-73.
98. López Colombo, A. Coordinador Delegacional de Investigación en Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social. (agosto 2012); Puebla, Pue Vol. 77. Núm. S1.páginas 1-3.
99. Revista Española de Enfermedades Digestivas. versión impresa ISSN 1130-0108. Rev. esp. *enferm. dig.* vol. 99 no.12 Madrid, (2007).
100. Liacouras, G.T. Furuta, I. Hirano, et al. Eosinophilic esophagitis: updated consensus recommendations for children and adults. *J Allergy Clin Immunol*, 128 (2011), pp. 3-20 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaci.2011.02.04>.
101. Kim, R.B. Vance, N.J. Shaheen, et al. A meta-analysis of the diagnostic utility of the endoscopic features of eosinophilic esophagitis [abstract]. *Gastroenterology*, 142 (2012), pp. S-S433.
102. Ahmad, S. Kaitha, et al. The utility of obtaining biopsies for eosinophilic esophagitis (EoE) in patients with dysphagia based on endoscopic findings [abstract]. *Gastroenterology*, 142 (2012), pp. S-S437
103. J. Molina-Infante, E. Martin-Noguerol, G. Vinagre-Rodríguez, et al. Efficacy of elimination diet based on food sensitisation skin testing for adult eosinophilic esophagitis [abstract]. *Gastroenterology*, 142 (2012), pp. S-S432.
104. Dellon, A. Sheikh, O. Speck, et al. Nebulized/swallowed vs viscous/swallowed budesonide for treatment of eosinophilic esophagitis: results from a randomized, open-label, clinical trial [abstract]. *Gastroenterology*, 142 (2012), pp. S-S180.
105. Kavitt, D.F. Penson, M.F. Vaezi. Dilate or medicate. A decision analysis of initial treatment strategies in eosinophilic esophagitis [abstract]. *Gastroenterology*, 142 (2012), pp. S-434

Comentado [1]:

106. Ruth M, Mansson I, Sandberg N. (1999); The prevalence of symptoms suggestive of esophageal disorders. *Scand J Gastroenterol*; 26: 73-81.
107. Stanghellini V. (1999); Three-month prevalence rates of gastrointestinal symptoms and the influence of demographic factors: results from the Domestic International Gastroenterology Surveillance Study (DIGEST). *Scand J Gastroenterol*; 231 (Supl.): 20-28.
108. Kahrilas PJ. Anatomy and physiology of the gastroesophageal junction. *Gastroenterol Clin North Am*, (1997); 26: 467-486.
109. Kahrilas PJ. Enfermedad por reflujo gastroesofágico y sus complicaciones. En *Enfermedades Gastrointestinales y Hepáticas*. Sleisenger & Fordtran. Editorial Médica panamericana. (1998); pág. 533-557.
110. Shaheen N J, Crosby MA, Bozyski EM, Sandler RS. (2000); Is there publication bias in the reporting of cancer risk in Barrett's esophagus? *Gastroenterology*. cap119: pág. 333-338.
111. Veldhuyzen van Zanten SJ, Flook N, Chiba N, Armstrong D, Barkun A. (2000); et al. An evidence-based approach to the management of uninvestigated dyspepsia in the era of H pylori. Canadian Working Group. *CMAJ*; 162 (Supl.12): S3-S23.
112. Marzo M, Alonso P, Bonfill X, Fernández M, Ferrandiz J, Martínez G. (2002); et al. Guía de práctica clínica sobre el manejo del paciente con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) *Gastroenterol Hepatol*; cap25: pag85-110.
113. Meining A, Classen M. The role of diet and lifestyle measures in the pathogenesis and treatment of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol*. (2000); 95: 2692-2697.
114. Vigneri S, Termini R, Leandro G, Badalamenti S, Pantalena M, Savarino V et al. A comparison of five maintenance therapies for reflux esophagitis. *N Engl J Med* (1995); 333: 1106-1110.
115. Eshraghi N, Farahmand M, Soot SJ, Rand-Luby L, Deveney CW, Sheppard BC. Comparison of outcomes of open versus laparoscopic Nissen

- funduplication performed in a single practice. *Am J Surg* (1998); cap175: pag371-374.
116. Triadifilopoulos G. Endoscopic therapies for gastroesophageal reflux disease. *Curr Gastroenterol Rep*, (2002); cap4: pag200-204.
117. National Eye Institute 2019 Miopia
118. <http://www.nei.nih.gov/health/resourceSearchespanol.asp?Disp=1&srKey=Cirugía+Refractiva> (2019)
119. <http://www.nei.nih.gov/health/espanol/oculista.asp> (2019)
120. [http://www.nei.nih.gov/health/espanol/findpro\\_sp.asp](http://www.nei.nih.gov/health/espanol/findpro_sp.asp) (2019)
121. <http://www.nei.nih.gov/health/espanol/miopia/miopia.asp> (2019)
122. National Eye Institute, (2019); Astigmatismo.
123. Gold, Daniel H., Richard Alan Lewis. *Oftalmología American Medical Association*, tomo 2. Madrid: Marbán, S.L., (2005).
124. Valdés A, José M, Angel. Salmador, M. 100 preguntas frecuentes sobre salud visual. Barcelona: Colegio Nacional de Ópticos-Optometristas de España, (2006).
125. National Eye Institute 2019 Hiperopía.
126. Gil del Río, E. *Op.Cit*, (2012).
127. Brady, MD. Wilmer Eye Institute, Retina Division, Johns Hopkins University School of Medicine
128. Benjamín, W.J., Borish's clinical refraction. W.B. Saunders, (2006).
129. Kanski, Jack J. *Oftalmología Clínica*. Madrid: Elsevier, (2004).
130. <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos>
131. Dienstag JL. Hepatitis B virus infection. *N Engl J Med*, (2008); cap359: pág. 1486-1500.
132. Agudelo C, Alzate I, Restrepo JC. Infección hepática crónica por el virus de la hepatitis B: una revisión con énfasis en los aspectos terapéuticos. (2009); cap22: pag55-66.
133. World Health Organization. Hepatitis B fact sheet N° 204, (2000); Geneva: WHO. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/index.html>.

134. Kane A, Lloyd J, Zaffran M, Simonsen L, Kane M. (1999); Transmission of hepatitis B, hepatitis C and immunodeficiency viruses through unsafe injections in the developing world: model-base regional estimates. Bull World Health Organ. 77(10): 801-7.
135. World Health Organization. Expanded Programme on Immunization. Protocol for assessing prevalence of hepatitis B infection in antenatal patients. Geneva: WHO; (1990). WHO/EPI/ GEN/90.6
136. Fattovich G. Natural history of hepatitis B. J Hepatol, (2003); 39: S50-58.
137. Dienstag JL, Isselbacher KJ. Acute viral hepatitis. En Harrison´s Principles of Internal Medicine. 14th Ed. McGraw-Hill.
138. Mahoney FJ. Update on diagnosis, management and prevention of hepatitis B virus infection. Clin Microb Rev
139. Lee JY, Locarnini S. Hepatitis B virus: pathogenesis, viral intermediates and viral replication. Clin Liver Dis. (2004); cap8: pag301- 320.
140. Chung CJ, Hussain M, Lok ASF. Quantitative serum HBV DNA niveles during different stages of chronic hepatitis B infection. Hepatology, (2002); cap36: pag1408-1415.
141. Liaw YF, Leung N, Guan R, Lau GKK, Merican I et al. Asian- Pacific Consensus statement on the management of chronic hepatitis B. (2005); cap25: pag472-489.
142. International Committee on Taxonomy of Viruses. Virus Taxonomy: (2012).
143. Secretaría de Salud. Notificación de casos nuevos de varicela. En: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica SUIVE. (2000-2013); México: SSA. [www.epidemiologia.salud.gob.mx](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx)
144. Sistema de Vigilancia Centinela de Varicela. Circular N° B51 n°16. MINSAL, Departamento de Planificación Sanitaria, Departamento de epidemiología, (2006).
145. Albrecht M, Hirsch M, Mitty J. Clinical Features of varicella-zoster infection: Chickenpox. Uptodate, (Abril 2013).

146. Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson J, Loscalzo J, Harrison J. Principios de la Medicina Interna. 17 Edición. Editorial Mc Graw Hill.
147. Albrecht M, Hirsch M, Mitty J. Epidemiology of varicella-zoster virus infection: Chickenpox. Uptodate, (2013).
148. Cofré J. Varicela: Consultas frecuentes acerca de su tratamiento y el manejo de los contactos. Infectología práctica. Hospital Luis Calvo Mackenna; (21 Julio 2008).
149. Marco del Pont J. Varicela: nuevas conductas frente a una enfermedad común en pediatría. Comentario Editorial, Arch. argent. pediatr, (2004); Servicio de Infectología Departamento de Pediatría Hospital Italiano de Buenos Aires.
150. Immunizations & Infectious Diseases: An Informed Parent's Guide. (2006); Copyright American Academy of Pediatrics.
151. El instituto de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello de Madrid (IOM). <https://www.institutoorl-iom.com/amigdalitis-2/>
152. Soto G, Moreno L, Pahuja D. Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad. Rev Fac Med, (2016); 59 (6): 8-22.
153. Almeida Edigar R, Endo Luiza H, Kiss María E, Di Francesco Renata C, Zuquim Silvio L. Dilemas diagnósticos entre la amigdalitis viral y bacteriana. En: Sih T, Chinski A, Eavey R, Godhino R, editors. V Manual of Pediatric Otorhinolaryngology. São Paulo: Editora e Gráfica Vida & Conciência; (2007). p. 27-32.
154. Bisno A.L. Acute pharyngitis. N Engl J Med. (2001); cap344: pag205–211.
155. Markowitz M, Gerber MA, Kaplan EL. Treatment of streptococcal pharyngotonsillitis: reports of penicillin's demise are premature. J Pediatr, (2001); cap123: pag679-85.
156. Wetmore RF. Tonsils and adenoids. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 18th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; (2007).

157. Tos crónica en adultos [revista electrónica]. (2002); <http://www.fisterra.com/guias2/tos.htm>
158. Garrote A; Bonet R. Gripe y resfriado I. El farmacéutico. Ed. (Mayo, 2004); 329: 70-74.
159. Enciclopedia guía médica en el hogar Medline Plus Medical Encyclopedia. [revista electrónica] 2001 Oct Disponible en: <http://www.Contusalud.com>
160. Enciclopedia médica: Tos. [revista electrónica]. (2001); <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003072.htm>
161. Harrison's principles of internal medicine. Madrid: Ediciones MacGraw-Hill.
162. Archivo familia. La tos [revista electrónica], (2000). <http://www.farmaceuticonline.com>
163. Quadros C A, Izurieta H, Carrasco P, Brana M, Tambini G. Progress toward measles eradication in the region of the Americas. J Infect Dis. (2003); 187 (Suppl 1): S102-10.
164. Moss W, Griffin D. Measles. Lancet. (2012); cap 379: pag153-64.
165. Organización Mundial de la Salud. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Vacunas e inmunización: situación mundial. Ginebra, (1997); 42-7.
166. Avendaño L F, Ferrés M, Spencer E. Virología Clínica. Editorial Mediterráneo. (2011); 178-81.
167. Feigin and Cherry`s Textbook of Pediatric Infectious Diseases, 7<sup>o</sup> edition, Elsevier Saunders, (2014); Measles virus, Cherry J, Capítulo 179: 2373-95.
168. Duke T, Mgone C S. Measles: not just another viral exanthem Lancet, (2003); cap361: pag763-73.
169. Global Programme for Vaccines and Immunization/Expanded Programme on Immunization. Using Surveillance Data and Outbreak Investigations to Strengthen Measles Immunization Programmes (WHO/EPI/GEN/96.02).Geneva, Switzerland: World Health Organization.
170. Robert L. Is measles next. Science, (2015); cap348: pag959-63.
171. Measles vaccines: WHO position paper. Weekly Epidemiol Rec, (28 august 2009); 35: 349-60.

172. Habif TP. Warts, herpes simplex, and other viral infections. In: Habif TP, ed. *Clinical Dermatology*. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier, (2016).
173. Organización mundial de la salud (OMS). *Virus del herpes simple*; (2016).
174. Hupp WS. Diseases of the mouth. In: Kellerman RD, Rakel DP, eds. *Conn's Current Therapy*. (2019); Philadelphia, PA: Elsevier; pag969-975.
175. Lingen MW. Head and neck. In: Kumar V, Abbas AK, Aster JC, eds. *Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease*. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; (2015).
176. Whitley RJ, Gnann JW. Herpes simplex virus infections. In: Goldman L, Schafer AI, eds. *Goldman-Cecil Medicine*. 26th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; (2020).
177. The Global Initiative for Asthma. *Global Strategy for Asthma Management and Prevention*; (2006).
178. Liu A, Szeffler S. Advances in childhood asthma: Hygiene hypothesis, natural history and management. *J Allergy Clin Immunol*. 2003; 111: 787-92.
179. Braman SS. The global burden of asthma. *Chest*, (2006); 30 Suppl 1: 45-125.
180. Busse WW, Lemanske RF Jr. Asthma. *N Engl J Med*. (2001); 344: 350-62.
181. Lemanske RF Jr, Busse WW. Asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 2003; 111: S502-S19.
182. SEMI. *Sociedad Española de Medicina Interna*, (2015).
183. General features of pulmonary infection. En: Fraser RS, Müller NL, Colman N, Paré PD, eds. *Diagnosis of diseases of the chest*. Philadelphia: W.B. Saunders, (2009); p. 697-733.
184. Álvarez Martínez CJ. *Inf Ter Sist Nac Salud*. (2003); 27(1):1-10.
185. Escribano G, García F, et al. Neumonía adquirida en la comunidad. *Panorama Actual Med*. (2003); 27(260):146-50.

186. Farreras P, Rozman C, et al. Medicina interna. Madrid: Mosby/Doyma Libros; 2907-8.
187. Rozas I, Gómez T. Neumonía. *Jano*, (2002); 62(1421):619-21.
188. The Pharmaceutical Letter. Tratamiento de infecciones respiratorias: bronquitis infecciosa aguda y neumonía (2001); Libro III (17).
189. Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J, Bachert C, Alobid I, Baroody F, et al. European Position Paper on rhinosinusitis and Nasal Polyps, (2012); *Rhinol Suppl*.
190. Meltzer EO, Hamilos DL. Rhinosinusitis diagnosis and management for the clinician: a synopsis of recent consensus guidelines. *Mayo Clin Proc*. (2011); 86(5):427-43.
191. American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Management of Sinusitis and Committee on Quality Improvement. Clinical practice guideline: management of sinusitis. *Pediatrics*. (2001) 108(3):798-808. *Pediatrics*. (2001-2002); 109(5):40. *Pediatrics*; 108(5): A24.
192. Wald E, Kaplan S, Friedman E, Wood R. Acute bacterial rhinosinusitis in children: Clinical features and diagnosis, (2012); [www.uptodate.com/contents/acute-bacterial-rhinosinusitis-in-children-clinical-features-and-diagnosis](http://www.uptodate.com/contents/acute-bacterial-rhinosinusitis-in-children-clinical-features-and-diagnosis).
193. Pappas E, Hendley J. Sinusitis. En: Kliegman R, Behrman R, Jenson H, Stanton B. *Nelson Tratado de Pediatría*, 18.<sup>a</sup> edición española. Barcelona: Elsevier; (2009). p. 1749-52.
194. Díez O, Batista N, Bordes A, Lecuona M, Lara M. Diagnóstico microbiológico de las infecciones del tracto respiratorio superior. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. (2007); 25(6): pag387-93.
195. Chow AW, Benninger MS, Brook I, Brozek JL, Goldstein EJ, Hicks LA, et al. Infectious Diseases Society of America. IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults. *Clin Infect Dis*, (2012); 54(8): e72-112.

196. Chang AB, Glomb WB. Guidelines for evaluating chronic cough in pediatrics: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*, (2006).
197. Hansen FS, Hoffmans R, Georgalas C, Fokkens WJ. Complications of acute rhinosinusitis in The Netherlands. *Fam Pract*. (2012); 29(2): pag147-53.
198. Skoner DP. Allergic rhinitis: Definition Epidemiology, pathophysiology, detection, and diagnosis. *J Allergy Clin Immunol*, (2001).
199. Salib RJ, Drake-Lee A, Howarth PH. Allergic rhinitis: past, present and the future. *Clin Otolaryngol Allied Sci*, (2003); cap28: pag291-303.
200. Roger RA, Dordal Culla T, Martí Guadaño E. Polinosis y clasificación ARIA de la rinitis. *Polinosis II Polen y Alergia. Tomo II*. (2005); pág. 83-97.
201. Jaume Bauza G, Til Pérez G, Magri Ruíz C. Rinitis alérgica. Rinitis intrínseca. Poliposis nasosinusal. Rinitis y asma. *Manual del residente ORL y patología cérvico-facial. Tomo II*. (2002); pág. 1061-1083.
202. Plaut M, Valentine M. allergic Rhinitis. *N Engl J Med* (2005); pag 353:1934-44.
203. Prenner BM, Schenkel E. Allergic Rhinitis: Treatment Based on Patient Profiles. *Am J Med*.
204. Centros de Control y Prevención de Enfermedades, Centro Nacional de las Enfermedades Infecciosas Emergentes y Zoonóticas (NCEZID), División de Promoción de la Calidad de la Atención Médica (DHQP)
205. Cherry DK, Burt CW, Woodwell DA. National Ambulatory Medical Care Survey: 2001 summary. *Adv Data*. (2003); pag 337: 1-44.
206. Gonzales R, Sande M. Uncomplicated acute bronchitis. *Ann Intern Med*. (2000); pag 133: 981-91.
207. Aagaard E, Gonzales R. Management of acute bronchitis in healthy adults. *Infect Dis Clin North Am*. (2004); pag 18: 919-37.
208. Williamson HA Jr. Pulmonary function tests in acute bronchitis: evidence for reversible airway obstruction. *J Fam Pract*. (2007); pag 25: 251-6.

209. Guía de Diagnóstico y Tratamiento Oportuno de la Bronquitis Aguda no Complicada en el Paciente Adulto. México: Secretaría de Salud; 2010.
210. Smucny J, Fahey T, Becker L, et al. Antibiotics for acute bronchitis. *Cochrane Database Syst Rev.* (2004); pag 4: CD000245.
211. Johansson SG, Bieber T, Dahl R, Friedmann PS, Lanier BQ, Lockey RF, et al. Revised nomenclature for allergy for global use: Report of the Nomenclature Review Committee of the World Allergy Organization, October 2003. *J Allergy Clin Immunol.* (2004); pag 113(5):832-836. DOI: 10.1016/j.jaci.2003.12.591
212. Rajan TV. The Gell-Coombs classification of hypersensitivity reactions: a re-interpretation. *Trends Immunol.* (2003); pag 24(7):376-379. DOI: 10.1016/S1471-4906(03)00142-X
213. Paveglio S, Puddington L, Rafti E, Matson AP. FcRn-mediated intestinal absorption of IgG anti-IgE/IgE immune complexes in mice. *Clin Exp Allergy.* (2012); pag 42(12):1791-800. DOI: 10.1111/j.1365-2222.2012.04043.x
214. Sá DC, Festa CN. Inflammasomes and dermatology. *An Bras Dermatol.* (2016); pag 91(5):566-578. DOI: 10.1590/abd1806-4841.20165577
215. Hijnen D, Knol EF, Gent YY, Giovannone B, Beijin SJ, Kupper TS, et al. CD8(+) T cells in the lesional skin of atopic dermatitis and psoriasis patients are an important source of IFN- $\gamma$ , IL-13, IL-17, and IL-22. *J Invest Dermatol.* (2013); pag 133(4):973-979. DOI: 10.1038/jid.2012.456
216. Sánchez J, Páez B, Macías A, Olmos C, De-Falco A. Atopic dermatitis guideline. Position paper from the Latin American Society of Allergy, Asthma and Immunology. *Rev Alerg Mex.* (2014); pag 61(3):178-211.
217. Sánchez J, Sánchez A. Epidemiology of food allergy in Latin America. *Allergol Immunopathol (Madr).* (2015); pag 43(2):185-195. DOI: 10.1016/j.aller.2013.07.001
218. Catálogo de Especialidades Farmacéuticas. Consejo General de COF. Colección Consejo (2003) Plus.
219. Zaenglein, A.L., Pathy, A.L., Schlosser, B.J., Alikhan, A., Baldwin, H.E., Berson, D.S., et al. Guidelines of care for the management of acne vulgaris.

- J Am Acad Dermatol [Internet]. (2016) May 1; pag 74(5):945-973.e33. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26897386>.doi:10.1016/j.jaad.2015.12.037.
220. Nast, A., Dréno, B., Bettoli, V., et al. European evidence-based (S3) Guidelines for the treatment of acne. J Eur Acad Dermatol Venereol [Internet]. (2012); pag 26 Suppl 1:1–29. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22356611>. doi:10.1111/j.1468-3083.2011.04374.x
221. Thiboutot D, Zaenglein A. Pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis of acne vulgaris. [actualizado 12 nov 2019; citado 25 feb 2020]. En: UpToDate [Internet]. Waltham (Massachusetts, EE. UU.): UpToDate, Inc. c2020. Aprox. 46 pantallas.
222. European Academy of Dermatology and Venereology (EADV). Acne: how to treat it [Internet]. (2020). Disponible: [https://www.eadv.org/cms-admin/showfile/9635-EADV%20Acne\\_2%20How%20to%20treat%20it.pdf](https://www.eadv.org/cms-admin/showfile/9635-EADV%20Acne_2%20How%20to%20treat%20it.pdf)
223. Bordas X. Tratamiento tópico de la psoriasis. Revisión de publicaciones recientes. Piel (2003); pag 18(9):509-14.
224. Ferrándiz C. Dermatología Clínica. 2ª ed. Madrid: Harcourt, (2001); pag 165-75.
225. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolf K, et al. Dermatología en Medicina General. 5ª edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, (2001); pag 527-55.
226. Lázaro P, Suárez R. Actualización en el tratamiento de la psoriasis. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud (2001); pag 25(4):105-10.
227. Weinberg JM, Saini R. Biologic Therapy for Psoriasis: the Tumor Necrosis Factor Inhibitors- Infliximab and Etanercept. Cutis (2003); pag 71:25-9.
228. Weinberg JM, Tutrone WD. Biologic Therapy for Psoriasis: the T-cell-targeted Therapies- Efalizumab and Alefacept. Cutis (2003); pag 71:41-5.

229. Kang K, Polster AM, Nedorost ST, Stevens SR, Cooper KD. Dermatitis atópica. En: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, editores. *Dermatología*. 1ª ed. Londres: Mosby; (2003); pag 199-214.
230. Sendagorta Cudós E, Mayor Arenal M. Epidemiología de la dermatitis atópica en nuestro medio. *An Pediatr (Barc) Monogr*. (2006); pag 4: 8-12.
231. Benoit S, Hamm H. Childhood psoriasis. *Clin Dermatol*. (2007); p. 25:555-62.
232. Brennkmeijer EE, Schram ME, Leeftang MM, Bos JD, Spuls PI. Diagnostic criteria for atopic dermatitis: a systematic review. *Br J Dermatol*. 2008; p. 158:754-65.
233. Prieto-Torres, A. Dermatitis atópica y otras erupciones eczematosas Torrelo .Servicio de Dermatología. Hospital Infantil Niño Jesús, Madrid *Pediatr Integral* (2016); XX (4): 216-226
234. Irvine A, Mc Lean W. Breaking the (un) sound barrier: filaggrin is a major gene for atopic dermatitis. *J Invest Dermatol*. (2006); pag 126:1200-2.
235. Bickle K, Roark TR, Hsu S. Autoimmune bullous dermatoses: a review. *Am Fam Physician*. (2002); pag 65:1861-70.
236. F.M. Wigley. Raynaud's phenomenon. *N Engl J Med*, 347 (2002), pp. 1001-1008 <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMcp013013>
237. H.R. Maricq, M.C. Weinrich, J.E. Keil, E.C. LeRoy. Prevalence of Raynaud phenomenon in the general population. A preliminary study by questionnaire. *J Chronic Dis*, 39 (1986), pp. 423-427
238. Silman A, Holligan S, Brennan P, Maddison P. Prevalence of symptoms of Raynaud's phenomenon in general practice. *BMJ*. (1990); pag 301:590-2. <http://doi.org/cbjbd6>.
239. F.K. Tan, F.C. Arnett. Genetics factors in the etiology of systemic sclerosis and Raynaud's phenomenon. *Curr Opin Rheumatol*, 12 (2000), pp. 511-519
240. D.D. Gerbracht, V.D. Steen, G.L. Ziegler, T.A. Medsger, G.P. Rodnan. Evolution of primary Raynaud' phenomenon (Raynaud's disease) to connective tissue disease. *Arthritis Rheum*, 28 (1985), pp. 87-92

241. G. Spencer-Green. Outcomes in primary Raynaud phenomenon: a meta-analysis of the frequency, rates and predictors of transition to secondary disease. *Arch Intern Med*, 158 (1998), pp. 595-600
242. Wigley FM. Clinical manifestations and diagnosis of the Raynaud phenomenon (2012-2014), septiembre 15. <http://goo.gl/Wd7pn>.
243. Herrick A, Cutolo M. Clinical implications from capillaroscopic analysis in patients with Raynaud's phenomenon and systemic sclerosis. *Arthritis Rheum*. 2010; pag 62:2595-604. <http://doi.org/bhwfnt>.
244. Wigley FM. Raynaud phenomenon. *N Engl J Med* (2002); pag 347:1001-8. <http://doi.org/dmqfqr>.
245. Brown K, Middaugh S, Haythornthwaite J, Bielory L. The effects of stress, anxiety, and outdoor temperature on the frequency and severity of Raynaud's attacks: the Raynaud's Treatment Study. *J Behav Med*. (2001); pag 24:137-53. <http://doi.org/bcp9sc>.
246. Thompson A, Pope J. Calcium channel blockers for primary Raynaud's phenomenon: a meta-analysis. *Rheumatology Oxford*. (2005); pag 44:145-50. <http://doi.org/b6hh6g>.
247. Carpentier P, Satger B, Poensin D, Maricq H. Incidence and natural history of Raynaud phenomenon: A long-term follow-up (14 years) of a random sample from the general population. *J Vasc Surg*. (2006); pag 44:1023-8. <http://doi.org/djmwj7>.
248. Rodríguez-Carreón AA, Rodríguez-Lobato E, Rodríguez-Gutiérrez G, Cuevas- González JC, Mancheno-Valencia A, Solís-Arias MP, Vega-Memije ME, Hojyo- Tomoka MT, Domínguez-Soto L. Actinic Prurigo. *Skinmed*. 2015 Aug 1; 13(4):287-95.
249. Plaza JA, Toussaint S, Prieto VG, Mercadillo P, Diez de Medina JC, Lourenco S, Batdorf B, Sanguenza M. Actinic Prurigo Cheilitis: A Clinicopathologic Review of 75 Cases. *Am J Dermatopathol*. 2016 Jun; 38(6):418-22.

250. Puga P. Parámetros de riesgo de la queilitis actínica crónica [Tesis doctoral]. Granada. Facultad de Odontología Departamento de Estomatología, Universidad de Granada; (2009).
251. Orozco P, Vásquez S, Venegas B, Rivera C. Prevalencia de queilitis actínica en trabajadores expuestos a radiación ultravioleta en Talca, Chile. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral.* (2013); pag 6(3):127-29.
252. Chen YA, Yang CC, Ting SW, Lee JY, Chen W. Adult-onset actinic prurigo: report of 19 patients from Taiwan. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2016 Nov; 30(11):e140-e142.
253. Ker KJ, Chong WS, Theng CT. Clinical characteristics of adult-onset actinic prurigo in Asians: a case series. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2013 Nov-Dec; 79(6):783- 8.
254. Macfarlane L, Hawkey S, Naasan H, Ibbotson S. Characteristics of actinic prurigo in Scotland: 24 cases seen between 2001 and 2015. *Br J Dermatol.* 2016 Jun; 174(6):1411-4.
255. Spyridonos P, Gaitanis G, Tzaphlidou M, Bassukas ID. Spatial fuzzy c-means algorithm with adaptive fuzzy exponent selection for robust vermilion border detection in healthy and diseased lower lips. *Comp Meth Prog Biomed* 2014; pag 114(3):291-301.
256. Martínez-Luna E, Bologna-Molina R, Mosqueda-Taylor A, Cuevas-González JC, Rodríguez-Lobato E, Martínez-Velasco MA, Vega-Memije ME. Immunohistochemical detection of mastocytes in tissue from patients with actinic prurigo. *J Clin Exp Dent.* 2015 Dec 1; 7(5):e656-9.
257. Holzer A, Wolf P, Legat FJ, Kerl H, Hofer A. Successful thalidomide therapy for actinic prurigo in a European woman. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2006 Nov; 4(11):961-4.
258. Organización Mundial de la Salud. Atrash HK, Friede A, Hogue CJR. Abdominal Pregnancy in the United States: Frequency and Mortality. *Obstet Gynecol.* march: pag 333-7.
259. Foundation for Medical Education and Research (MFMER). All rights reserved. 2021 Mayo

260. La menstruación y derechos humanos - Preguntas frecuentes Resource date: Jun 2021 Autor: UNFPA.
261. (Dismenorrea; Períodos dolorosos) Por JoAnn V. Pinkerton , MD, University of Virginia Health System Última revisión completa jul. 2019.
262. Pardo Novak Antonio. El misterio de los Ovarios Poliquísticos. Rev Cient Cienc Méd [Internet]. 2012 [citado 2021 Dic 08]; 15(1): 26-28. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S181774332012000100008&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S181774332012000100008&lng=es).
263. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/ovarian-cysts/symptoms-causes/syc-20353405>.
264. Diccionario de cáncer del NCI (Insituto Nacional del Cáncer)
265. Centro de Información sobre Enfermedades Genéticas y Raras <https://rarediseases.info.nih.gov/GlossaryDescription/134/1>
266. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Guías prácticas clínicas de afecciones clínico quirúrgicas bucofaciales. La Habana: Ciencias Médicas; (2003).
267. Autor: Sistema Nacional DIF, fecha de publicación 19 de junio de 2017
268. NIH Insituto Nacional del Cáncer "Enfermedad autoinmunitaria" (2019). <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario cancer/def/enfermedad-autoinmunitaria>.
269. Organización Panamericana De La Salud (OPS/OMS) "Enfermedades cardiovasculares" <https://www.paho.org/es/temas/enfermedadescardiovasculares>.
270. Organización Panamericana De La Salud (OPS/OMS) "Enfermedad crónica del riñón" <https://www.paho.org/es/temas/enfermedad-cronica-rinon>
271. Centre de référence maladies osseuses constitutionnelles et Inserm U781, Hôpital Necker-Enfants malades, 149, rue de Sèvres, 75743 Paris cedex 15, France 26/08/11
272. "Análisis del rendimiento académico de los estudiantes de la Universidad de Salamanca", elaborado por un equipo de investigación dirigido por el catedrático de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación, Javier Tejedor
273. Revista Latinoamericana de Estudios Educativos (México), vol. XLVII, núm. 1, 2017, pp. 91-108 "Factores que inciden en el rendimiento académico de los estudiantes de la Universidad Politécnica del Valle de Toluca"; Chong González y Elizabeth Guadalupe
274. "Factores asociados al fracaso académico en estudiantes universitarios de Barranquilla (Colombia) Psicología desde el Caribe, núm. 22, julio-diciembre, 2008, pp. 110-135 en donde menciona a Contreras, Espinosa, Haikal, Esguerra, Polanía y Rodríguez (2005)

Prevalencia de enfermedades sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectan su desempeño académico durante el periodo 2019A.

275. SINAVE, año 2019 registro final de enfermedades de mayor prevalencia y de vigilancia convencional.
276. Factores de riesgo y rendimiento en estudiantes de nivel medio superior en la Facultad de Psicología de la UAEMEX, 2014, Rosas y López.
277. Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO).
278. INEGI.
279. La nutricionista del INS (Instituto Nacional de la Salud), Saraí Valdivia Zapana, nos menciona en su artículo: "Universitarios necesitan consumir vitaminas, minerales y proteínas para un buen rendimiento académico", 2006.
280. Investigación por JM Huamán Sánchez en 2018 "Relación entre las enfermedades más frecuentes con el rendimiento académico de los estudiantes ingresantes de la Universidad Nacional de Trujillo"
281. Chong González, Elizabeth Guadalupe, en su artículo denominado "Factores que inciden en el rendimiento académico de los estudiantes de la Universidad Politécnica del Valle de Toluca" y publicado en la Revista Latinoamericana de Estudios Educativos (México), vol. XLVII, núm. 1, 2017, pp. 91-108 Centro de Estudios Educativos, A.C. Distrito Federal, México;

### 13. ANEXO

#### Formato de entrevista

Este cuestionario tiene como objetivo conocer la prevalencia de Enfermedades Sistémicas en los alumnos de la Facultad de Odontología que afectaron en su desempeño académico en el periodo (2017, 2018, 2019, 2020).

**Instrucciones:** Contesta clara, sincera y cuidadosamente las siguientes preguntas, los datos que proporciones serán estrictamente confidenciales y anónimos.

NOTA. *La información de las respuestas deberá corresponder al periodo de sus estudios profesionales.*

#### Identificación personal.

Fecha: \_\_\_\_\_ Semestre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Marque Sí o No según corresponda.

- 1 ¿Tu estado de salud en general es bueno? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- 2 ¿Tienes antecedentes heredo-familiares de alguna enfermedad sistémica? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- 3 ¿Presentas algún tipo de discapacidad (física- sensorial- psicológica) que limite la realización de algunas actividades?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- 4 ¿Actualmente te encuentras en tratamiento médico?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- 5 ¿Has padecido alguna enfermedad sistémica?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- 6 ¿Has padecido alguna enfermedad autoinmune?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- 7 ¿Has padecido alguna enfermedad del sistema respiratorio?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- 8 ¿Has padecido alguna enfermedad viral?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- 9 ¿Has padecido alguna enfermedad del sistema digestivo?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- 10 ¿Has padecido alguna enfermedad dermatológica?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- 11 ¿Has padecido alguna enfermedad ocular?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- 12 ¿Has padecido algún trastorno hematológico?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- 13 ¿Has padecido algún trastorno alimenticio?

Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

- 14 ¿Has padecido alguna enfermedad renal?  
Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- 15 ¿Has padecido alguna enfermedad cardiovascular?  
Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- 16 ¿Has padecido algún problema del sistema muscular?  
Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- 17 ¿Has padecido algún problema en el sistema óseo?  
Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- 18 ¿Has padecido de un estado depresivo, ansioso o estrés?  
Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- 19 ¿Has padecido algún trauma psicológico?  
Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- 20 ¿Has padecido alguna enfermedad o traumatismo bucal que interfiera en tu desenvolvimiento escolar? Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- 21 ¿Has padecido de alguna dificultad auditiva? Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- 22 ¿Has padecido algún problema en el sistema endócrino?  
Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- 23 ¿Has sido hospitalizado alguna vez? Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_
- 24 ¿Te han practicado alguna cirugía? Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- 25 ¿Has reprobado alguna materia a causa de alguna adicción?  
Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_ ¿Cuál adicción? \_\_\_\_\_
- 26 ¿Te has dado de baja temporal a causa de alguna enfermedad sistémica?  
Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- 27 ¿Has pensado en darte de baja definitiva por alguna complicación de alguna enfermedad sistémica? Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- 28 ¿Has dejado tus estudios temporalmente a causa de tu relación de pareja? Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_
- 29 ¿Has sufrido de trauma psicológico, verbal o físico de tu pareja que dañen tu desempeño escolar? Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- 30 ¿Has tenido una dificultad extra académica que haya afectado en tu salud? Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_
- 31 ¿Has presentado conductas agresivas con tus compañeros o superiores que te hayan causado baja temporal académica? Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_

SOLO SEXO FEMENINO

- 32 ¿Has padecido algún problema menstrual? Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- 33 ¿Estas embarazada? Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_
- 34 ¿Has tenido complicaciones durante tu embarazo que provoque problemas en tu desempeño escolar? Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¡Gracias por tu colaboración!