



**UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
METROPOLITANA**
Unidad Xochimilco

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

INVESTIGACIÓN

**ABORDAJE ODONTOLÓGICO DE LA TROMBOCITOPENIA INMUNE PRIMARIA.
PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.**

INFORME DE SERVICIO SOCIAL

CLÍNICA DE ADMISIÓN

**CLÍNICA DE RECEPCIÓN, EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO.
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, UNAM.**

NOMBRE

FLORES FUENTES BRENDA SAMANTA

2193067713

PERÍODO DE SERVICIO SOCIAL

1 DE FEBRERO DE 2025 AL 31 DE ENERO DE 2026

FECHA DE ENTREGA

Febrero 2026

ASESORES

C.D.E.P. KARLA MIGUELENA MURO

MTRO. LUIS ALEJANDRO HERNÁNDEZ LÓPEZ

Abordaje odontológico de la Trombocitopenia Inmune Primaria.
Presentación de un caso clínico.



ASESOR EXTERNO

MTRO. LUIS ALEJANDRO HERNÁNDEZ LÓPEZ

Abordaje odontológico de la Trombocitopenia Inmune Primaria.
Presentación de un caso clínico

SERVICIO SOCIAL DE LA UAM-XOCHIMILCO



ASESOR INTERNO

C.D.E.P. KARLA MIGUELENA MURO



COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA

C.D.M.E CLAUDIA MARA GARCÍA CALVA

Resumen

El presente informe sobre el servicio social de la Licenciatura en Estomatología se realizó en la promoción en el periodo del 1 de febrero de 2025 al 31 de enero de 2026, en la Clínica de Recepción, Evaluación y Diagnóstico Presuntivo (CREDP) en el turno matutino de la Facultad de Odontología, UNAM, con domicilio Escolar, Ciudad Universitaria, Alcaldía Coyoacán, 04510, Ciudad de México. Ubicada en el Edificio E, planta baja, extremo norte de la Facultad de Odontología.

En el periodo del servicio social se presentó una paciente femenina de 63 años, con antecedentes personales patológicos de trombocitopenia inmune primaria PTI (por sus siglas en inglés), desde hace 18 años, actualmente la enfermedad es controlada con azatioprina; por lo tanto, se encuentra bajo observación médica de hematología en la clínica 32 del IMSS. Durante el interrogatorio refiere molestia en los dientes 14 y 47. En el diente 14 refiere que se le realizó el tratamiento de conductos y se le colocó la obturación correspondiente. En el diente 47 refiere que “se me rompió un pedazo de muela”, posteriormente empezó la molestia en dicho diente.

Debido a que su enfermedad es la que hay pocos casos o de la que se habla poco, surge el interés por conocer más acerca de este tema; por lo tanto, es importante saber cómo abordar, dar un correcto diagnóstico y tratamiento odontológico a pacientes que presenten enfermedades hematológicas.

La trombocitopenia inmune primaria PTI, es la enfermedad hematológica que se caracteriza por la presencia de un recuento bajo de plaquetas. Sin embargo, conlleva a que la piel presente hematomas; además, de un elevado riesgo de sangrado. Su tratamiento va a depender de la severidad del padecimiento, así también, el medicamento va a interferir en reducir la destrucción de plaquetas.

El presente informe de servicio social contiene información relevante acerca de la trombocitopenia inmune primaria, incluyendo la definición, diagnóstico, manifestaciones bucales y su abordaje odontológico.

Palabras clave: trombocitopenia inmune primaria, plaquetas, diagnóstico, tratamiento.

ÍNDICE

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN GENERAL.....	6
CAPÍTULO II. INVESTIGACIÓN.....	7
INTRODUCCIÓN	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
JUSTIFICACIÓN.....	8
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	8
OBJETIVOS.....	9
Objetivo general	9
Objetivos específicos	9
METODOLOGÍA	9
MARCO TEÓRICO	10
PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO	18
DISCUSIÓN	24
CONCLUSIÓN	25
ANEXOS.....	26
BIBLIOGRAFÍA	39
CAPÍTULO III. DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA.....	43
CAPÍTULO IV. INFORME NUMÉRICO NARRATIVO	48
CAPÍTULO V. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	52
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES.....	52

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN GENERAL

La investigación acerca del servicio social de la Licenciatura en Estomatología fue elaborada en la promoción del 1 de febrero de 2025 al 31 de enero de 2026, en la Clínica de Recepción, Evaluación y Diagnóstico Presuntivo (CREDP) en el turno matutino en el horario 10:00 a 14:00 horas en la Facultad de Odontología, UNAM.

En la CREDP estuve realizando las actividades de información, recepción y atención a los pacientes de primer contacto, en donde se efectuaba lo siguiente: la elaboración del expediente clínico, en la historia clínica se realiza la valoración clínica del estado de salud del paciente y dependiendo del caso, se realizan los procedimientos de interconsulta a los pacientes detectados con alteraciones de enfermedades, también se indica una ruta clínica establecida de acuerdo con las necesidades del paciente, la expedición y/o reposición de carnet y canalizar a los pacientes que requieran su atención en la División de Estudios de Posgrado e Investigación (DEPeI).

En el presente informe se destaca por capítulos, donde se abordan las actividades que se desarrollaron y mi participación en el transcurso del periodo de pasantía. A partir, del capítulo II se desarrolla la revisión que hice en el proceso de acreditación a la Licenciatura de Estomatología.

En el periodo de servicio social se elaboró el informe el cual tiene por nombre “ABORDAJE ODONTOLÓGICO DE LA TROMBOCITOPENIA INMUNE PRIMARIA. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO”. En este informe se habla de identificar mediante un caso clínico el correcto abordaje odontológico del paciente con trombocitopenia inmune primaria. La paciente acude a tramitar su carnet en la CREDP para recibir atención odontológica. Este informe es para tener un protocolo y tener más conocimiento con los pacientes que puedan padecer trombocitopenia inmune primaria PTI.

CAPÍTULO II. INVESTIGACIÓN

Caso clínico. Una actualización de la literatura.

INTRODUCCIÓN

La trombocitopenia es la disminución del número de plaquetas, por lo que es una causa importante de hemorragias generalizadas. Puede ser causada por tres mecanismos generales: un crecimiento de la destrucción de las plaquetas circulantes, un deterioro de la producción de plaquetas por la médula ósea o un aumento del secuestro esplénico de las plaquetas circulantes. Continuando con lo antes mencionado, se refiere a que una cifra menor de 150,000/mm³ plaquetas es considerada como una trombocitopenia.¹

Por otra parte, en el momento en que se da una lesión vascular, las plaquetas se van a adherir y se agrupan para formar el tapón hemostático primario, por lo que se promueve a que surjan las reacciones para la cascada de coagulación, la cual produce la hemostasia secundaria y la formación del coágulo de fibrina. Hay que mencionar que de estas hemorragias espontáneas surge gingivorragia, melena, epistaxis y hematuria.¹

La fisiopatología de la PTI (por sus siglas en inglés, "Primary Immune Thrombocytopenia" Trombocitopenia Inmune Primaria) se da por una desregulación de los linfocitos T dando resultado a una respuesta celular y humoral contra plaquetas y megacariocitos.²

El diagnóstico de PTI es de exclusión, es decir, no hay alguna prueba definitiva para establecerlo. Por lo tanto, para llegar al diagnóstico se debe contar con una historia clínica completa, exploración física, biometría hemática y extensión de sangre periférica, estos puntos son importantes para definir el diagnóstico. También se debe valorar el tipo de manifestación clínica u oral, pero en este caso se evalúa si es cutánea o en las mucosas, la gravedad, su extensión y su tiempo de evolución.³

El cirujano dentista o estomatólogo debe identificar los riesgos a los que puede enfrentarse un paciente con un trastorno de la hemostasia.

En el tratamiento de la PTI se debe evitar que haya una hemorragia y se tiene que mantener el recuento de plaquetas en un nivel estable. El tratamiento de primera línea es aquel en donde se prescribe corticoesteroides y hay una adición de IgIV en caso de una hemorragia grave. En el caso del tratamiento de segunda línea es para los pacientes que no respondieron al primer tratamiento, pero se les prescribe otros fármacos como el romiplostim (estimula la producción de plaquetas en médula ósea) o rituximab (anticuerpo monoclonal que se utiliza como terapia inmunológica) para aumentar el recuento plaquetario.³

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La PTI representa un desafío en el ámbito odontológico, ya que el cirujano dentista o estomatólogo trabaja con la cavidad bucal, una zona bastante vascularizada. Durante la práctica clínica, se pueden presentar hemorragias espontáneas o provocadas por el mismo tratamiento.

Actualmente, existe poca información que oriente y guíe al cirujano dentista o estomatólogo para un adecuado abordaje. Es necesario poner especial atención durante los tratamientos que impliquen un riesgo de hemorragia.

La falta de protocolos y de conocimiento fomenta la toma de decisiones incorrectas, poniendo en peligro la vida del paciente. Teniendo presente lo antes mencionado, es importante establecer un adecuado abordaje odontológico, en el que, mediante la presentación de un caso clínico, se describa cómo se debe manejar a un paciente con PTI.

JUSTIFICACIÓN

En el abordaje odontológico de los pacientes con PTI se describe un reto importante a causa de un alto riesgo de hemorragias y de repercusiones sistémicas. La falta de conocimiento o de protocolos establecidos en este caso genera una incorrecta atención odontológica, ya que puede poner en peligro la vida del paciente.

Por otro lado, el mayor aporte en este informe es la implementación de un protocolo basado en evidencia científica actualizada en la que se oriente a los cirujanos dentistas para el correcto abordaje odontológico de PTI. Además, en este protocolo se potencia una atención odontológica ética y responsable. Se debe agregar que, tener comunicación y una colaboración constante entre el cirujano dentista y el médico cirujano tratante, en la que se garantice un abordaje seguro y eficaz, reduciendo los posibles riesgos y mejore los resultados clínicos odontológicos.

Dicho lo anterior, los analgésicos y antiinflamatorios se deben elegir de la manera correcta; además, tener el conocimiento del recuento plaquetarios para diferentes tratamientos, se puede actuar con un mayor margen de seguridad.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el correcto abordaje odontológico del paciente con PTI?

OBJETIVOS

Objetivo general

Identificar mediante un caso clínico el correcto abordaje odontológico del paciente con trombocitopenia inmune primaria.

Objetivos específicos

- Conocer la definición de la PTI y sus causas
- Describir el diagnóstico, tratamiento médico y las manifestaciones clínicas de PTI
- Describir las manifestaciones orales del paciente con PTI
- Describir el abordaje odontológico del paciente con PTI

METODOLOGÍA

Se desarrolló una investigación documental no experimental con base en el caso clínico seleccionado, por lo tanto, se usaron las siguientes bases de datos indicados: Bidi UAM, Google académico, revistas de odontología y libros.

Dentro de la búsqueda, se incluyeron palabras claves: odontalgia, PTI, diagnóstico, tratamiento.

MARCO TEÓRICO

Hemostasia

La hemostasia se refiere al proceso en el que intervienen las plaquetas, los factores de coagulación y el endotelio, por lo que inicia en la lesión vascular y finaliza con la formación de un coágulo de sangre, a su vez esto evita que progrese la hemorragia.⁴ Se dividen los acontecimientos en los siguientes puntos:

- Vasoconstricción arteriolar: Se genera de manera rápida, por lo que disminuye el flujo sanguíneo de la lesión.
- Hemostasia primaria: Es cuando se da la formación del tapón plaquetario.
- Hemostasia secundaria: Sucede por la formación del coágulo de fibrina.
- Estabilización del coágulo: Es la formación del tapón permanente sólido el cual evita la hemorragia.⁴

I. Plaquetas y hemostasia primaria

Las plaquetas son pequeños fragmentos anucleares en forma de disco, se derivan de los megacariocitos producidos en la médula ósea. Su vida promedio es de 10 días en la circulación.⁵ Existen tres tipos:

- Gránulos alfa: Contienen selectina P, el fibrinógeno y el factor von Willebrand; factor plaquetario 4, factores de crecimiento y proteínas involucradas en la coagulación.
- Gránulos densos: Contienen ADP, serotonina y calcio, por lo que son importantes para la vasoconstricción y la activación plaquetaria.
- Gránulos lisosomas: Contienen enzimas lisosomales.⁵

Luego, de la lesión del vaso sanguíneo inicia la formación del tapón plaquetario, por lo que se divide en tres puntos importantes:

1. Adhesión: Sucede debido a la interacción de diferentes glucoproteínas de la membrana con elementos del subendotelio. Por lo que, el complejo glucoproteína Ib-V-IX se fusiona con el subendotelio mediante el factor von Willebrand, al mismo tiempo dos proteínas (glucoproteína VI e integrina $\alpha_2\beta_1$) se unen al colágeno.
2. Activación: Se da por los esenciales componentes que activan las plaquetas pueden ser débiles (adrenalina y ADP) o potentes (colágeno y trombina). Sin embargo, hay una activación de los gránulos (alfa y densos) y de glucoproteínas mediadoras en la agregación plaquetaria.
3. Agregación: Es cuando se forma el trombo plaquetario por la unión de las plaquetas. Este suceso se da por los puentes de fibrinógeno, estos se adhieren a las plaquetas mediante la glucoproteína IIb-IIIa y de trombospondina, a su vez se une a las plaquetas por medio de la glucoproteína IV.⁶

II. Hemostasia secundaria

Por otro lado, en la hemostasia secundaria inicia por la formación del coágulo de fibrina a partir del fibrinógeno plasmático para generar un equilibrio en el tapón hemostático.⁷

De esta forma, en la coagulación hay varios procesos que se desarrollan en la sangre, además, considerando que es fundamental los complejos de fosfolípidos en las membranas plasmáticas de las plaquetas activadas y iones de calcio (factor IV). Por lo tanto, en la coagulación hay dos vías: la vía del factor tisular (vía extrínseca) y la vía de activación por contacto (vía intrínseca). Y durante ambas vías, sus pasos finales son los mismos y se desarrolló una vía común.⁸ A continuación, se explica brevemente las vías:

- La vía extrínseca: Tiene un inicio rápido, por tanto, se genera en cuestión de segundos, es decir, se da luego de una lesión en la pared vascular. Se libera el factor tisular debido a las células del tejido conjuntivo y las células endoteliales.
- La vía intrínseca: Es de inicio lento, por lo que se genera en cuestión de minutos, en este caso inicia con una lesión o con la exposición en la sangre, al colágeno. Por lo tanto, las fibras del colágeno quedan expuestas al factor XII, dando un inicio a la coagulación sanguínea.
- La vía común: Es donde se conectan y se crean los monómeros de fibrina. Estos se combinan para dar el retículo de fibrina, por lo que luego se fusiona al tapón hemostático secundario y se da el retículo del coágulo.⁸

Es importante un control en el proceso de la coagulación, puesto que se delimita al lugar del trauma o lesión. Por una parte, se ejecutan diferentes inhibidores de los factores activos de la coagulación, pero, por otro lado, sucede la fibrinólisis, es decir que la acción enzimática de la plasmina rompe la red de fibrina. También, por las células endoteliales se crea la prostaciclina y esto a su vez favorece la fluidez en la sangre debido al resultado de inhibición de la agregación plaquetaria. Sin embargo, hay diferentes trastornos de la coagulación los cuales provocan un sangrado abundante, estos pueden ser adquiridos o hereditarios o inclusive por bajos niveles de plaquetas.^{7,8}

Principios básicos

I. Trombocitopenia inmune primaria (PTI, por sus siglas en inglés)

La trombocitopenia se refiere al recuento de plaquetas inferior a $150,000/\text{mm}^3$. Las plaquetas se generan constantemente en la médula ósea, por los megacariocitos. Se puede dar por una disminución en la producción de plaquetas, un aumento de la destrucción de plaquetas, un secuestro esplénico y/o una dilución.^{9,10}

La trombocitopenia inmune primaria o trombocitopenia inmunitaria PTI es la enfermedad hematológica distinguida por la presencia de un recuento bajo de plaquetas, en forma transitoria o persistente, con acontecimientos hemorrágicos

sistémicos, cuya variación clínica es determinado por la presencia de crisis agudas, retrocesos y exacerbaciones a pesar del correcto abordaje.¹¹

La patogenia no es completamente conocida. Por lo tanto, se tiene la creencia de que los anticuerpos de la IgG se trasladan contra las membranas plaquetarias son causantes de la destrucción plaquetaria por el sistema reticuloendotelial mediante los macrófagos y células T citotóxicas. También existe una disfunción de los megacariocitos con bajos niveles de trombopoyetina.¹²

A continuación, se muestran las causas:

- Asociada al embarazo
 - Trombocitopenia gestacional
 - Trombocitopenia con múltiples enfermedades sistémicas:
 - ❖ Preeclampsia
 - ❖ Insuficiencia hepática aguda del embarazo
 - ❖ Síndrome HELLP
- Congénitas:
 - Trombocitopenia hereditaria
 - Enfermedad de Von Willebrand tipo 2b
- Adquirida:
 - Mediada por mecanismos inmunitarios:
 - Trombocitopenia autoinmunitaria
 - Trombocitopenia inducida por fármacos
 - Lupus eritematoso sistémico
 - Síndrome hemolítico urémico

-No mediada por mecanismos inmunitarios:

Se encuentra asociada por infecciones: VIH, virus de Epstein-Barr, citomegalovirus

- Deficiencias nutricionales de la vitamina B₁₂ o folato
- Enfermedades de médula ósea metastásicas
- Hiperesplenismo¹³

II. Diagnóstico

En el caso de los pacientes con PTI se les suele realizar una biometría hemática o hemograma en el que su resultado es normal, pero en los pacientes con trombocitopenia y con un frotis de sangre periférica se destaca el número reducido de plaquetas, por lo tanto, pueden ser más grande de lo usual. En este tipo de casos no es necesario el estudio de médula ósea ya que no hay anomalías distintas de la trombocitopenia. En caso de que se realice el estudio de la médula ósea en los pacientes con PTI, el aspirado y la biopsia, suele arrojar valores normales o mayores de megacariocitos, mientras que el resto del estudio es normal.^{14,15}

III. Tratamiento

Actualmente, hay distintos tipos de tratamiento, pero dependiendo de cada caso se debe de individualizar de acuerdo con el cuadro clínico. El objetivo primordial es obtener recuentos de plaquetas mayores a $50,000/\text{mm}^3$, por lo que se reduce el riesgo de sangrado espontáneo. Es recomendable que, para iniciar el tratamiento se tenga en cuenta el recuento plaquetario y la existencia de los síntomas. Inclusive con cifras mayores de $50,000/\text{mm}^3$, se debe de individualizar la estrategia terapéutica con un cambio en su estilo de vida, reducir comorbilidades, pero en el caso de no tener más indicaciones, no se debe iniciar el tratamiento. Sin embargo, con cifras menores de $50,000/\text{mm}^3$, se tiene que iniciar con el tratamiento, aunque el paciente se encuentre asintomático.¹⁵

A continuación, se menciona el tratamiento dividido en primera y segunda línea:

- Tratamiento de primera línea

Con respecto a este primer paso de la PTI, se guía tanto por los síntomas como por el recuento de plaquetas. Consiste en un ciclo largo de corticoesteroides. La IgIV tiene que usarse con corticoesteroides cuando se requiere un aumento más rápido del recuento de plaquetas. La IgIV o la anti-D, se emplean como un tratamiento farmacológico, en el caso de que los corticoesteroides estén contraindicados.¹⁵

El efecto de los corticoesteroides va a depender de la dosis. Por lo tanto, la administración por periodos prolongados trae consigo toxicidad y causa efectos secundarios, en donde se incluye la intolerancia a la glucosa, inmunodepresión, osteoporosis y cataratas. Los medicamentos de primera elección son la dexametasona y la prednisona. Por otra parte, el efecto de la inmunoglobulina intravenosa es mucho más rápido que con la prednisona diaria. Y con respecto a la inmunoglobulina anti-D se recomienda en pacientes que tienen un grupo sanguíneo Rh+.¹⁵

Tabla. Tratamiento de primera línea

Medicamento/ Inmunoglobulina	Dosis	Tasa de respuesta
Dexametasona	40mg/día/4 días	60-90% a 6 meses
Prednisona	1 a 2mg/kg/28 días	58- 66% a 6 meses
Hidrocortisona	10 mg/kg en infusión de 24 horas	-
Metilprednisolona	1g/día/1 a 3 días	40% a 12 meses
Inmunoglobulina intravenosa	1g/kg/ 1 a 3 días .4g/kg/día por 5 días	50 a 80%
Inmunoglobulina anti-D	50 a 75 $\mu\text{g/kg}$ por vía intravenosa	75-80%

Nota. Datos tomados de Córdova PVH, Vega LCA, Ortega CMJ. Trombocitopenia inmunitaria primaria. Rev Med Int Méx. 2020; 36(5):660–9.

- Tratamiento de segunda línea

Este segundo paso es recomendado cuando los pacientes no responden o presentan una recaída tras el ciclo inicial de corticoesteroides, por lo que se puede administrar rituximab o un agonista del receptor de trombopoyetina. Con relación al grupo de los fármacos los agonistas del receptor de trombopoyetina, se recomienda el eltrombopag y avatrombopag con una administración diariamente o romiplostim con una administración semanalmente, su efecto comienza a las 2 o 3 semanas. Por tercer paso, la esplenectomía se puede considerar cuando el tratamiento ha durado más de 1 año, puesto que puede producir respuestas favorables a lo largo de la vida de algunos pacientes.¹⁵

Tabla. Tratamiento de segunda línea

Medicamento	Dosis	Tasa de respuesta
Anticuerpos monoclonales		
Rituximab	375 mg/m ² /semana por vía intravenosa	60% a 4 semanas
Agonistas del receptor de trombopoyetina		
Azatioprina	1 a 2 mg/kg/día 150-300 mg/día por vía oral	66% de 3 a 6 meses
Eltrombopag	25-75 mg por vía oral cada 24 horas	70-81%
Romiplostim	10 µg/kg por vía subcutánea cada 7 días	79%
Danazol	400-800 mg/día por vía oral	67% de 3 a 6 meses

Nota. Datos tomados de Córdova PVH, Vega LCA, Ortega CMJ. Trombocitopenia inmunitaria primaria. Rev Med Int Méx. 2020; 36(5):660–9.

IV. Manifestaciones clínicas

Las lesiones clínicas en la PTI son la presencia de petequias, equimosis, hematomas en ausencia o con mínima hemorragia, epistaxis y hematuria o melena.¹⁶

V. Manifestaciones orales

Se originan a consecuencia de la disminución de plaquetas, sin embargo, genera que el paciente presente gingivorragias espontáneas, hematomas en áreas expuestas a trauma (mucosa bucal, bordes linguales laterales y en el límite entre el paladar duro y blando), se manifiestan vesículas hemorrágicas sobre la lengua, en los labios y en la línea oclusal, las podemos describir como vesículas hemorrágicas asintomáticas, de superficie plana, las cuales persisten a la presión y su tamaño es de 2 mm de diámetro, es una característica de la lesión.^{17,18}

La historia clínica y los estudios complementarios del paciente con PTI

I. La importancia de la historia clínica en un paciente con trombocitopenia

Es importante la historia clínica puesto que es un instrumento médico legal, nos facilita información relevante con respecto a la vida del paciente y sobre su estado de salud, por lo que es necesario recabar la información completa y obtener todos los datos necesarios.¹⁹

El interrogatorio se vuelve el primer paso, ya que es donde inicia la relación médico-paciente, de manera que el hecho de brindar la confianza con el paciente hace que responda con honestidad. Y con ello, conocer sus antecedentes y su estado de salud actual, la entrevista realizada al paciente debe estar orientada hacia un diagnóstico presuntivo, posteriormente realizar los estudios complementarios y con ello poder dar un diagnóstico definitivo al paciente.¹⁹

En la historia clínica se debe cumplir ciertos puntos, los cuales son:

- Tener un buen vínculo de confianza con el paciente
- Una ficha de identificación completa
- Su motivo de consulta
- El padecimiento actual
- Antecedentes personales no patológicos
- Antecedentes personales patológicos
- Interrogatorio por aparatos y sistemas
- Una exploración física del paciente, de manera respetuosa y ordenada
- Identificar los fármacos que el paciente tiene prescritos, así como su relación con el tratamiento odontológico
- En caso de necesitar una interconsulta mandarlo con el profesional adecuado
- En el caso de una urgencia médica, se debe agregar en el expediente clínico.¹⁹

Es de vital importancia que se identifiquen los medicamentos que el paciente toma, porque los pacientes que toman glucocorticoides con uso prolongado suelen afectar procesos anabólicos sanos en el paciente y deprimen el sistema inmunitario. Una consecuencia se ve reflejado en la remodelación y reparación del hueso.²⁰

Al finalizar la historia clínica, se debe evaluar la condición del paciente y realizar una interconsulta con el hematólogo, de esta forma valorar los tratamientos dentales que impliquen sangrado. Asimismo, es importante conocer el tratamiento farmacológico que el paciente tiene prescrito, teniendo en cuenta que haya efectos secundarios en los medicamentos se tiene que valorar si es mejor suspender o cambiarlo, este cambio se tiene que hacer con el hematólogo en la interconsulta.²¹

II. Estudios de complementarios necesarios para la atención odontológica

Los estudios o pruebas de laboratorio son de ayuda para el cuidado del paciente. Junto con la ayuda de la historia clínica y la exploración física completas, nos

proporciona un diagnóstico o nos da información con respecto a la condición de salud del paciente. Una indicación para solicitar estudios de laboratorio es para la valoración del estado sistémico del paciente.²²

En los pacientes con PTI es necesario contar con una biometría hemática puesto que analiza las células sanguíneas en la sangre circulante. Este estudio es un auxiliar ya que nos permite obtener información acerca de las tres series hemáticas (glóbulos rojos, glóbulos blancos y las plaquetas). La alteración en las plaquetas en la biometría hemática se debe referir al paciente con el hematólogo.^{23,24}

La biometría hemática se debe solicitar cuando haya tratamientos en los que puede existir un sangrado abundante o en pacientes con problemas de coagulación.^{21,24} Los valores normales de una biometría hemática son los siguientes:

Tabla. Valores normales en la biometría hemática

Biometría hemática	Valores normales de referencia	Unidad
Plaquetas	150,000-450,000	X10 ³ /μL
Eritrocitos	4,4-5	X10 ⁶ /μL
Hemoglobina	12-16	g/dL
Hematocrito	37-48	%
Leucocitos	5,000-10,000	X10 ³ /μL
Linfocitos	23-35	%
Monocitos	4-8	%
Neutrófilos	55-65	%
Eosinófilos	0.5-4	%
Basófilos	0-2	%

Nota. Datos tomados de Licéaga RR. Capítulo 15 – Estudios complementarios. En: Ibáñez MNG. Propedéutica y semiología en odontología. 2a ed. España: Elsevier; 2021. p207-219.

Otros estudios que irían de la mano son los tiempos de sangrado ya que toman de referencia la vía intrínseca y extrínseca de la hemostasia secundaria. Para obtener estos valores, se toma como referencia el tiempo de protrombina y el tiempo parcial de la tromboplastina. También se toma en cuenta el tiempo de sangrado y el *International Normalized Ratio* (INR). Estos son fundamentales para los pacientes con problemas de la coagulación, antecedentes de sangrados abundantes o frecuentes sin causa aparente, estos deben relacionarse con el recuento de plaquetas en la biometría hemática.²⁴ Los valores normales del tiempo de sangrado son:

Tabla. Valores normales de los tiempos de sangrado

Elemento	Valores normales de referencia	Unidad
TP (tiempo de protrombina)	11 a 13.5	seg
TPT (tiempo parcial de tromboplastina)	25 a 35	seg
Tiempo de sangrado	8	min
INR (international normalized ratio)	0.9 a 1.3	-

Nota. Datos tomados de Licéaga RR. Capítulo 15 – Estudios complementarios. En: Ibáñez MNG. Propedéutica y semiología en odontología. 2a ed. España: Elsevier; 2021. p 207-219.

Manejo farmacológico

A. Fármaco que no se recomienda en pacientes con PTI

I. Antiagregantes plaquetarios

Como bien sabemos las plaquetas son importantes puesto que provocan la agregación y activación para la coagulación, que a su vez genera la formación del depósito de fibrina generando un trombo. Sin embargo, existen medicamentos que intervienen en la fase de activación plaquetaria, es decir, impide que las plaquetas se agrupen para formar el tapón hemostático. El uso de estos fármacos es para el tratamiento de episodios trombóticos agudos a nivel arterial, por lo que su función es prevenir que vuelvan a suceder episodios trombóticos.^{25,26} A continuación, se muestra la clasificación de los antiagregantes:

1. Inhiben la ciclooxigenasa (COX-1):
 - Ácido acetilsalicílico, triflusal, sulfinpirazona
2. Interfieren en la función del complejo GP IIb/IIIa:

Por inhibición de mecanismos dependientes de ADP:

 - Ticlopidina, clopidogrel, prasugrel, ticagrelor, cangrelor

Antagonistas del complejo:

 - Abciximab, tirofiban, eptifibatida, lamifiban
3. Modulan mecanismos relacionados con el AMPc y el GMPc

Modulación de las ciclasas:

 - Iloprost

Inhibición de fosfodiesterasas:

 - Dipyridamol, cilostazol
4. Antagonistas del receptor de trombina:
 - Vorapaxar

5. Antagonistas del receptor de tromboxano:

- Terutrobán ^{26,27}

El AINE más conocido y que es contraindicado para los pacientes con PTI, es el ácido acetilsalicílico. Este medicamento inhibe la ciclooxigenasa, esto provoca que se bloquee la reacción de liberación de las plaquetas, asimismo tiene un efecto prolongado que dura de 7 a 9 días y durante este tiempo es la vida media de las plaquetas. Su uso es en pacientes con un riesgo elevado de trombosis arterial, de manera general se usa para el tratamiento de enfermedades cardiovasculares.²⁷

B. Fármaco que se recomienda usar en pacientes con PTI

Para controlar el dolor de intensidad leve o moderada en algunos pacientes, es recomendable el tratamiento farmacológico ya que puede ayudar a disminuir la molestia, por lo tanto, cuando no es manejado de la manera correcta genera un impacto negativo en el estado de salud del paciente, esto provoca el riesgo de cronificación, es decir, aumenta la intensidad del dolor y complica el tratamiento, entonces es fundamental dar un tratamiento que se adapte a las necesidades y que sea efectivo. Las tres acciones clínicas de los AINE dan resultado a efectos antiinflamatorios, analgésicos y antipiréticos a causa de la inhibición de la COX-2, sin embargo, la inhibición de la COX-1 provoca efectos secundarios, entre ellos se encuentra la nefropatía, gastropatía y prolonga el tiempo de sangrado. El AINE que se recomienda para el dolor es el clonixinato de lisina.^{21, 28, 29}

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 63 años acude a la Clínica de Recepción, Evaluación y Diagnóstico Presuntivo (CREDP) para tramitar su carnet de primera vez.



Imagen 1. Fotografía clínica extraoral

Antes de comenzar a realizar la historia clínica, se proporciona un consentimiento informado, para dar autorización a que el paciente nos brinde los datos necesarios para llevar a cabo el interrogatorio, en él se incluye derechos y obligaciones de los pacientes, también incurren en las que podrían suceder. (Anexo 1)

Posteriormente, una vez firmado el consentimiento informado por el paciente, se da inicio al interrogatorio para el llenado de la historia clínica. (Anexo 2)

El motivo de su consulta es una revisión, continuar con su tratamiento, el sangrado gingival y dolor dental. Refiriendo que las molestias comenzaron en los dientes 14 y 47. En el diente 14 refiere que se le realizó el tratamiento de conductos y se le colocó la obturación correspondiente. En el diente 47 refiere que “se me rompió un pedazo de muela”, posteriormente empezó la molestia en dicho diente, por lo que comenta que la amalgama tiene más de 20 años desde su colocación; sin embargo, el dolor aumenta al frío, con una sensación punzante y aparece repentinamente siendo intenso.

En sus antecedentes personales patológicos refiere trombocitopenia inmune primaria, desde hace 18 años, haciendo mención que, al momento del diagnóstico de la enfermedad, tuvo una hospitalización de varios meses por el recuento plaquetario menor de $50,000/\text{mm}^3$. Recibió una transfusión de sangre O+, puesto que no lograba subir el recuento plaquetario. Luego de meses de tratamiento médico en el hospital, hubo un incremento en el recuento plaquetario, por lo que tuvo su egreso hospitalario y continuó con el tratamiento del médico hematólogo, de primera instancia se le recetó prednisona y danazol.

Actualmente, la enfermedad es controlada con azatioprina. Y se encuentra bajo observación médica de hematología en la clínica 32 del IMSS. En el anexo 3, se encuentra la receta médica del hematólogo. Mientras que en el anexo 4, se agrega la biometría hemática reciente, con valores mayores a $50,000/\text{mm}^3$.

Durante el interrogatorio por sistemas, la paciente refiere gingivorragia, petequias y hematomas, pero menciona que estos últimos aparecen más constante cuando el recuento de plaquetas es bajo.



Imagen 2. Fotografía de cuello, en donde podemos observar una de las manifestaciones clínicas de PTI, las petequias.

En la exploración clínica, los signos vitales se encuentran dentro de los rangos normales, por lo que el pulso es de 59 min, la frecuencia respiratoria es de 16 respiraciones por minuto, la tensión arterial es de 134/76 mmHg, la talla de 157, el peso de 61 kg. En la inspección general hay valores normales, de cabeza y cuello no hay aumentos de volumen. Dentro de las alteraciones de la articulación temporomandibular, se observa dolor a la apertura, ruidos articulares y desviación mandibular.

A la exploración radiográfica, la paciente nos muestra su radiografía panorámica y una serie periapical completa.



Imagen 3. Radiografía panorámica

Se presenta radiografía panorámica de paciente femenina, bidimensional, en la cual se muestran diferentes contrastes (radiolúcidos y radiopacos). Se pueden observar estructuras anatómicas como maxilares, arcos dentarios, los dientes (coronas-raíces), asimismo podemos observar cóndilos mandibulares, escotadura sigmoidea, apófisis coronoides, tabique nasal, hueso palatino y cornetes. Las estructuras antes mencionadas se observan radiopacas debido a la densidad de la estructura ósea. Otro punto importante son las estructuras radiolúcidas como son los senos maxilares, el LPD, el espacio de la pulpa de los dientes, tejidos blandos. En la región dentoalveolar se observan restauraciones en los dientes 17,16,15,14,24,26,27, 37,36, 35, 44,45,46,47. Hay ausencia de los dientes 18, 25, 28, 34, 38, 48. En los dientes 14, 36, 37, 46, se observa una obturación muy posible a un tratamiento de conductos previo. Las crestas alveolares se observan disminuidas.

A continuación, se puede observar la serie periapical completa:

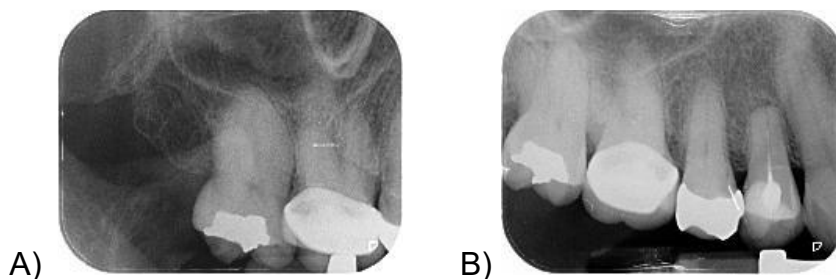


Imagen 4 y 5. Radiografías dentoalveolares de dientes posteriores superiores, correspondientes al cuadrante 1. A) Radiografía dentoalveolar de los dientes 17 y 16. B) Radiografía dentoalveolar de los dientes 17,16,15 y 14.

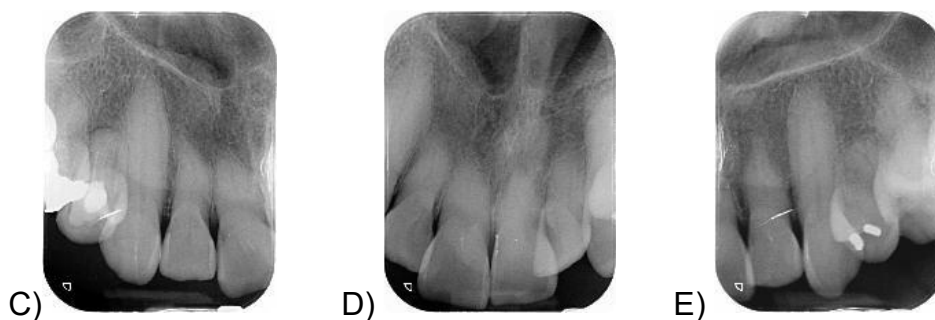


Imagen 6, 7 y 8. Radiografías dentoalveolares de dientes anteriores superiores, correspondientes a los cuadrantes 1 y 2. C) Radiografía dentoalveolar de los dientes 14, 13, 12 y 11. D) Radiografía dentoalveolar de los dientes 12, 11, 21 y 22. E) Radiografía dentoalveolar de los dientes 22,23 y 24.

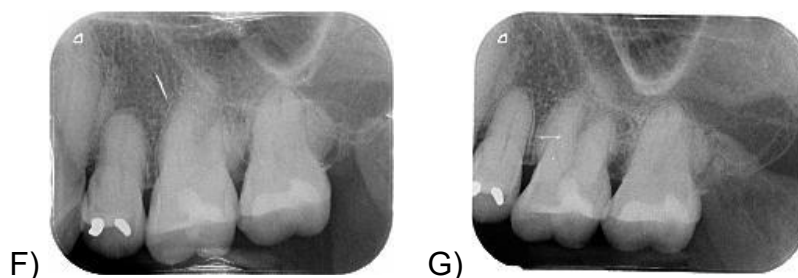


Imagen 9,10 y 11. Radiografías dentoalveolares de dientes posteriores superiores, correspondientes al cuadrante 2. F) Radiografía dentoalveolar de los dientes 24,26 y 27. G) Radiografía dentoalveolar de los dientes 26 y 27.

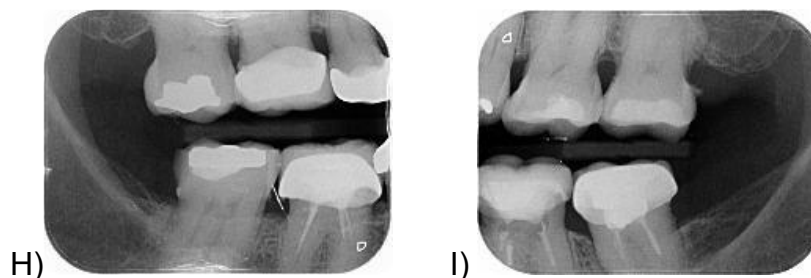


Imagen 12 y 13. Radiografías de aleta de mordida.

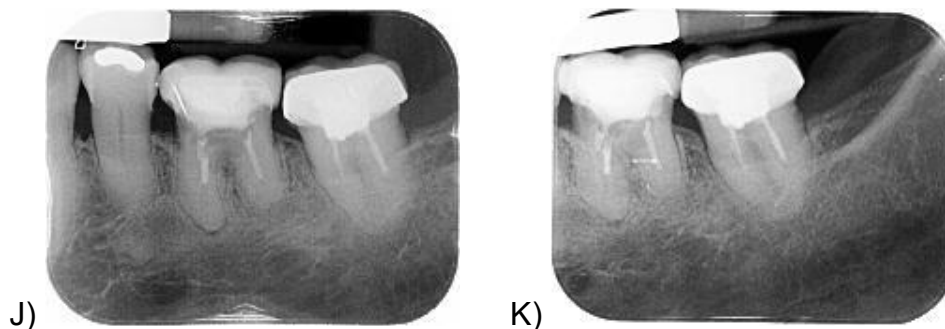


Imagen 14 y 15. Radiografías dentoalveolares de dientes posteriores inferiores. J) Radiografías dentoalveolares de los dientes 37, 36 y 35. K) Radiografías dentoalveolares de los dientes 37 y 36.

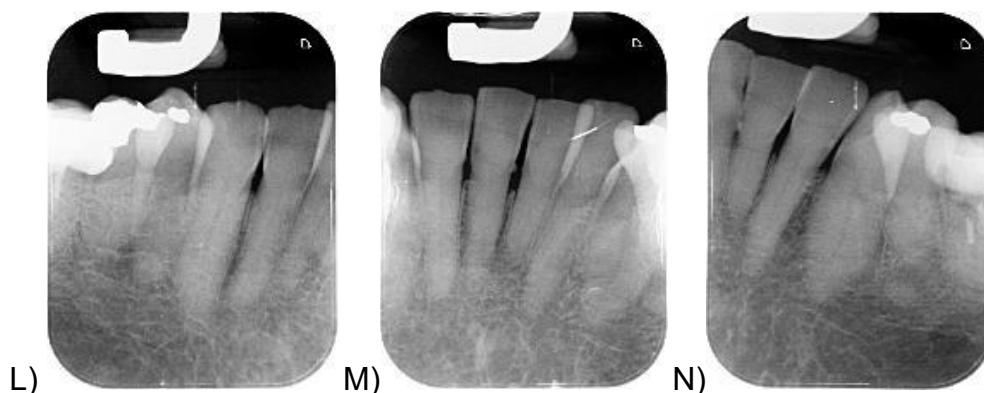


Imagen 16 y 17. Radiografías dentoalveolares de dientes anteriores inferiores. L) Radiografía dentoalveolar de dientes 44, 43, 42. M) Radiografía dentoalveolar de dientes 42, 41, 31 y 32. N) Radiografía dentoalveolar de dientes 32, 33 y 35.

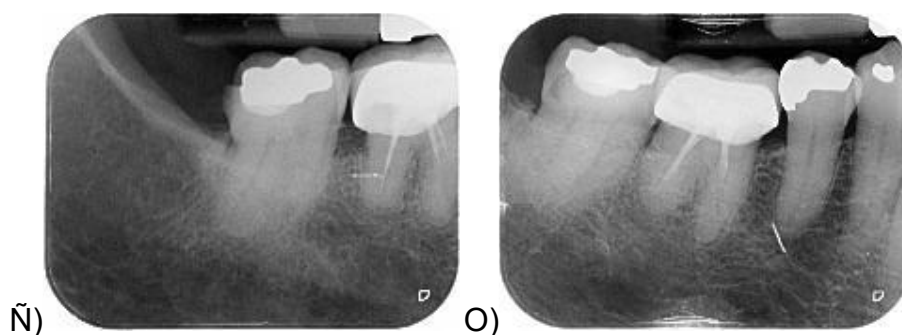


Imagen 18 y 19. Radiografías dentoalveolares de dientes posteriores inferiores. Ñ) Radiografía dentoalveolar de diente 47 y 46. O) Radiografía dentoalveolar de diente 47, 46 y 45.

Luego, se realizó el odontograma de hallazgos. En la mayoría de los dientes posteriores tienen alguna obturación, mal ajustada o con caries. Sin embargo, para el diente 14, se encontró una restauración mal ajustada. Y para el diente 47, se encontró una amalgama en oclusal, con una fractura de la pared distal. En el anexo 5, se encuentra el odontograma de hallazgos completo.



Imagen 20. Fotografía intraoral



P)



Q)

Imagen 21 y 22. Fotografía intraoral. P) Fotografía oclusal superior. Q) Fotografía oclusal inferior.



R)



S)

Imagen 23 y 24. Fotografía intraoral. R) Fotografía lateral derecha. S) Fotografía lateral izquierda.

DISCUSIÓN

Es fundamental comprender cómo funciona la hemostasia, para que podamos entender cómo funcionan las plaquetas. Teniendo en cuenta lo antes mencionado, sabemos que la trombocitopenia inmune primaria es una enfermedad hematológica en la que el recuento de plaquetas es inferior a $150,000/\text{mm}^3$, sin embargo, esto influye en los tratamientos odontológicos puesto que representan un riesgo de sangrado, de esta forma es importante tener una buena historia clínica detallada, en la que podamos realizar un interrogatorio que nos brinde los datos necesarios para permitir realizar una interconsulta dependiendo de la condición en la que se encuentre el paciente, por ello se puede solicitar una biometría hemática para valorar el recuento plaquetario. Además, un manejo farmacológico correcto puede beneficiar a que el tratamiento odontológico tenga un pronóstico favorable.

De acuerdo con Abu-khdeir y colaboradores, se sostiene que la terminología para la “púrpura trombocitopénica idiopática” se renovó por “trombocitopenia inmune primaria”, debido a que muchos pacientes no padecen de púrpura como manifestación clínica y hoy en día su patogenia se debe a un proceso inmunológico, por esta razón no es idiopática.³⁰

Sepúlveda y colaboradores mencionan que la PTI es una enfermedad que tiene como característica la destrucción de las plaquetas, en donde intervienen los anticuerpos. El argumento antes mencionado concuerda con la literatura revisada, pero un punto importante es que el recuento de plaquetas es inferior a $150,000/\text{mm}^3$.¹⁷

Como afirma Pérez y colaboradores, en su revisión bibliográfica con un reporte de caso, se sostiene que el tratamiento de primera línea es con corticoides y de inmunoglobulina. Mientras que en el tratamiento de segunda línea se recomienda el fármaco rituximab o la esplenectomía. Para los casos refractarios, se recomienda la quimioterapia o inmunosupresores.¹¹

Como afirma Alayón y colaboradores, en la exploración clínica se puede observar equimosis, petequias y vesículas hemorrágicas. Un cirujano dentista puede reconocer manifestaciones clínicas que son propias de la PTI, incluso en los pacientes que no la padecen, para este caso se podría referir a los pacientes con su médico para revisión.¹⁶

En la opinión de Ortega y colaboradores, se menciona que en la práctica diaria varios tratamientos se ven implicados con el sangrado, esto quiere decir que, se debe tener presente los valores del recuento plaquetario. Y se tiene que saber abordar la trombocitopenia, para que al momento de llenar la historia clínica en el interrogatorio se busque conocer acerca de la coagulación del paciente y de sus familiares. Por otro lado, dependiendo de la cantidad de tratamientos que impliquen sangrado se valore la posibilidad de solicitar una biometría hemática.³¹

Tal como lo expone Castellanos y colaboradores, pacientes con antecedentes de trombocitopenia o de algún trastorno plaquetario, estables o controlados, su manejo odontológico es como un paciente sano.²¹

CONCLUSIÓN

En la elaboración de este informe, nos proporcionó el conocimiento para mejorar la atención dental, obteniendo herramientas para un correcto abordaje odontológico mediante la presentación de un caso clínico, con ello obtuvimos la información acerca de cómo se debe manejar a un paciente con trombocitopenia inmune primaria. Es fundamental que tengamos siempre la historia clínica de los pacientes completa, ya que con ella podemos abordar a los pacientes de la mejor forma, sin poner en peligro o en riesgo su vida. Y siempre teniendo en cuenta que se valora el estado de salud del paciente, conforme los datos obtenidos en el interrogatorio.

La presentación del caso clínico nos permite a ser más observadores del paciente. Y mediante ello, observar manifestaciones clínicas que nos ayudaran a identificar una enfermedad. En este caso, se observó que las manifestaciones clínicas eran muy perceptibles y notorias; por tanto, se dedujo que presentaba características muy representativas de la enfermedad, las cuales son las petequias.

El manejo farmacológico es fundamental, puesto que estamos constantemente manejando la odontalgia en diferentes pacientes, para los pacientes con trombocitopenia inmune primaria es muy importante saber la dosificación que se va a prescribir del clonixinato de lisina.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado de historia clínica



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Historia Clínica
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Por medio del presente manifiesto haber dado mi consentimiento, previo el pago de derecho de admisión realizado en caja, para que el alumno/a: FLORES FUENTES BRENDA SAMANTA asignado a la CREDP de o a la Clínica Periférica de , me solicite la radiografía panorámica (en posgrado es indispensable) y tome las fotografías necesarias para la elaboración de la Historia Clínica que formarán parte de mi Expediente Clínico Único, tomando en consideración que dicho pago no será reembolsable.

Para la realización de la historia clínica, estoy consciente que realizarán preguntas sobre mis antecedentes personales, familiares, patológicos, no patológicos, así como la exploración física y bucal. Que el interrogatorio y la exploración podrán generar riesgos, molestias e inconvenientes propios de la revisión clínica. Me responsabilizo de los datos que he proporcionado, y que en caso de padecer o se sospeche de alguna enfermedad como cardiopatía, diabetes u otras enfermedades de tipo sistémico que requiera de interconsulta o análisis de laboratorio, se me notificará de forma verbal y por escrito, y de ser necesario, tendré que proporcionar la autorización o informe por escrito de mi médico tratante el Dr. o del como Institución de salud donde soy atendido.

El alumno de la CREDP o de la Clínica Periférica me ha dado la información impresa (tríptico) de forma oportuna sobre los procedimientos que debo seguir para realizar el trámite de admisión. Así como también, he tenido en su momento la oportunidad de preguntar y aclarar mis dudas sobre los procedimientos a seguir para mi admisión, de expresar de manera libre mis comentarios, y que además conservo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier momento en que lo considere pertinente antes o durante cualquier procedimiento de ingreso, deslindando de toda responsabilidad al personal académico, estudiantil y a la Institución por mi decisión tomada.

Por este medio me doy por informado, que los datos proporcionados serán tratados de forma confidencial y segura. Que en lo relacionado a radiografías, fotografías, y en caso de ser necesario la filmación de algún video, doy mi consentimiento para que la Facultad de Odontología de la UNAM utilice estos materiales con fines estrictamente académicos como Institución de enseñanza que es.

Aviso de Privacidad Simplificado de la FACULTAD DE ODONTOLOGÍA de la Universidad Nacional Autónoma de México.

La Facultad de Odontología de la UNAM, es responsable del tratamiento de sus datos personales para el registro de usted en calidad de paciente que acude solicitando los servicios de atención dental en la institución.

Para cumplir las finalidades necesarias anteriormente descritas u otras aquellas exigidas legalmente o por las autoridades competentes, la institución podrá transferir sus datos personales. Podrá ejercer sus derechos ARCO en la Unidad de Transparencia de la UNAM, o a través de la Plataforma Nacional de Transparencia (<http://www.plataformadetransparencia.org.mx/>).

El aviso de privacidad integral se puede consultar en el sitio web: www.odonto.unam.mx

Por este medio me doy por informado, que los datos proporcionados serán tratados de forma confidencial y segura. Que en lo relacionado a radiografías, fotografías, y en caso de ser necesario la filmación de algún video de enseñanza son propiedad de la UNAM y doy mi consentimiento para que la Facultad de Odontología de la UNAM utilice estos materiales con fines estrictamente académicos como Institución de enseñanza que es.

Una vez leído lo anterior, manifiesto mi conformidad para ingresar a esta institución educativa como paciente o tutor del mismo.

México, D.F. a 22/01/2026

Paciente:

Carnet:

Firma

Anexo 1. Consentimiento informado de historia clínica

En nuestras instalaciones el paciente cuenta con los siguientes derechos:

- Recibir trato respetuoso y digno por parte de la comunidad universitaria.
- Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, por parte de las personas que los atiendan, así como la orientación que sea necesaria respecto a su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen.
- Ser informado sobre el costo aproximado de cada tratamiento, el cual podrá ser aceptado o no, de manera personal. En el caso de menores de edad, corresponderá aceptarlo o no, a cualquiera de sus padres o tutor.
- Decidir libre y personalmente respecto a las propuestas de tratamiento. En el caso de menores de edad, corresponderá decidirlo a cualquiera de sus padres o tutor.
- Contar con facilidades para acceder a una segunda opinión.
- Que los datos personales que obren en el expediente clínico se resguarden en términos de los Lineamientos para la Protección de Datos Personales en Posesión de la UNAM, del Reglamento de Transparencia y Acceso a la información Pública de la UNAM y de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.
- Firmar el consentimiento informado, ya sea por paciente o su representante legal o familiar más cercano, mediante el cual se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.
- En caso de no poder o no saber firmar, otra persona lo hará a su ruego y en el documento se imprimirá la huella digital del interesado que no firmó.
- El consentimiento informado debe expresarse en lenguaje sencillo sin usar terminología técnica, es revocable mientras no inicie el procedimiento y no obliga a realizar un procedimiento cuando ello implique mayor riesgo que beneficio para el paciente.
- Contar con un expediente clínico, el cual se integrará con la información generada de la atención odontológica brindada, desde la primera hasta la última consulta.
- Recibir atención odontológica adecuada y profesional.
- Ser atendido y recibir respuesta en caso de inconformidad.
- Recibir comprobante, debidamente foliado, por cada pago que realice en las cajas de la Facultad. En casos de pago a una instancia externa (Laboratorio o casas comerciales), deberá exigir el comprobante correspondiente.

Con la finalidad de proveer a nuestras actividades clínicas de mayor eficiencia, calidad y certeza, se proponen los Derechos y Obligaciones de los pacientes de la Facultad de Odontología de acuerdo con la NOM-013-SSA2-2006, para la prevención y control de enfermedades bucales, numerales 2, 5.2, 5.3, 5.17, 9.1 y 9.2.

Aprobado por el H. Consejo Técnico de la Facultad de Odontología, acuerdo 001-Ext/11022020

Paciente:

Carnet:

Firma 

Anexo 1. Consentimiento informado de historia clínica

En nuestras instalaciones, son obligaciones de los pacientes, las siguientes:

- Acudir puntualmente a las citas programadas, portando el carnet correspondiente.
- Acceder únicamente a las áreas de atención clínica a las que sea referido o a las administrativas cuando exista razón para ello. Respetar las zonas de acceso restringido.
- Comportarse con respeto y cortesía y brindar trato digno a las personas que lo atienden. En caso contrario, acepta que se suspenda la atención odontológica, sin responsabilidad para la Facultad.
- Cubrir el costo de apertura del carnet de citas y acudir al área correspondiente a tramitarlo. Tratándose de menores de edad, deberán ser acompañados de alguno de los padres acreditando el parentesco con una identificación oficial.
- Sin excepción, en todo momento, los menores de edad deben ser acompañados por alguno de sus padres o tutor.
- Proporcionar información veraz que le sea requerida para integrarla historia clínica y las fichas en cada área. En caso de proporcionar información falsa o imprecisa, acepta que se suspenda la atención odontológica, sin responsabilidad para la Facultad, independientemente de las acciones legales que procedan ante las instancias correspondientes.
- Practicarse los estudios clínicos que le sean solicitados, en caso de no realizarlos, la Institución estará impedida para iniciar o continuar el tratamiento.
- Informar cualquier cambio o alteración en el estado de salud y/o hallazgo de alguna enfermedad crónica durante el tratamiento.
- Dar cumplimiento estricto a las indicaciones que reciban de las personas que los atiendan.
- Realizar los pagos por derecho de clínica únicamente en las cajas de la Facultad, no se reconocerán pagos realizados a docentes, alumnos y/o cualquier otra persona.
- Una vez que ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente, firmar el consentimiento informado mediante el cual se acepta el procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación.
- En caso de no poder o no saber firmar, otra persona podrá hacerlo a su ruego. En el documento se imprimirá la huella digital del interesado que no firmó.
- Respetar las normas de la Institución.
- Reportar cualquier situación irregular ante las personas que los atiendan o ante las autoridades de la Institución.

Con la finalidad de proveer a nuestras actividades clínicas de mayor eficiencia, calidad y certeza, se proponen los Derechos y Obligaciones de los pacientes de la Facultad de Odontología de acuerdo con la NOM-013-SSA2-2006, para la prevención y control de enfermedades bucales, numerales 2, 5.2, 5.3, 5.17, 9.1 y 9.2.

Aprobado por el H. Consejo Técnico de la Facultad de Odontología, acuerdo 001-Ext/11022020

Paciente:

Carnet:

Firma 

Anexo 1. Consentimiento informado de historia clínica

En nuestras instalaciones, son obligaciones de los pacientes, las siguientes:

- Acudir puntualmente a las citas programadas, portando el carnet correspondiente.
- Acceder únicamente a las áreas de atención clínica a las que sea referido o a las administrativas cuando exista razón para ello. Respetar las zonas de acceso restringido.
- Comportarse con respeto y cortesía y brindar trato digno a las personas que lo atienden. En caso contrario, acepta que se suspenda la atención odontológica, sin responsabilidad para la Facultad.
- Cubrir el costo de apertura del carnet de citas y acudir al área correspondiente a tramitarlo. Tratándose de menores de edad, deberán ser acompañados de alguno de los padres acreditando el parentesco con una identificación oficial.
- Sin excepción, en todo momento, los menores de edad deben ser acompañados por alguno de sus padres o tutor.
- Proporcionar información veraz que le sea requerida para integrarla historia clínica y las fichas en cada área. En caso de proporcionar información falsa o imprecisa, acepta que se suspenda la atención odontológica, sin responsabilidad para la Facultad, independientemente de las acciones legales que procedan ante las instancias correspondientes.
- Practicarse los estudios clínicos que le sean solicitados, en caso de no realizarlos, la Institución estará impedida para iniciar o continuar el tratamiento.
- Informar cualquier cambio o alteración en el estado de salud y/o hallazgo de alguna enfermedad crónica durante el tratamiento.
- Dar cumplimiento estricto a las indicaciones que reciban de las personas que los atiendan.
- Realizar los pagos por derecho de clínica únicamente en las cajas de la Facultad, no se reconocerán pagos realizados a docentes, alumnos y/o cualquier otra persona.
- Una vez que ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente, firmar el consentimiento informado mediante el cual se acepta el procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación.
- En caso de no poder o no saber firmar, otra persona podrá hacerlo a su ruego. En el documento se imprimirá la huella digital del interesado que no firmó.
- Respetar las normas de la Institución.
- Reportar cualquier situación irregular ante las personas que los atiendan o ante las autoridades de la Institución.

Con la finalidad de proveer a nuestras actividades clínicas de mayor eficiencia, calidad y certeza, se proponen los Derechos y Obligaciones de los pacientes de la Facultad de Odontología de acuerdo con la NOM-013-SSA2-2006, para la prevención y control de enfermedades bucales, numerales 2, 5.2, 5.3, 5.17, 9.1 y 9.2.

Aprobado por el H. Consejo Técnico de la Facultad de Odontología, acuerdo 001-Ext/11022020

Paciente:

Carnet:

Firma _____

Anexo 2. Historia clínica



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Impreso: 22/01/2026 01:09 PM

Fecha creación: 22/01/2026

Carnet:

Fecha de ingreso: 2026-01-22

Paciente:

CURP:

Genero: F

Fecha de nacimiento:

Telefono de casa:

Telefono celular:

Mail:

Autorizó: HERNANDEZ LOPEZ LUIS ALEJANDRO

No. Documento: 00625644

Alumno: FLORES FUENTES BRENDA SAMANTA

Tipos de HC: HISTORIA CLÍNICA DE ADMISIÓN

A -

OBSERVACIONES:

A1 - HABITACIÓN

Material	Concreto
No. De Cuartos	3
No. De Habitantes	5
Personas por Cuarto	2
Leche	4 (veces a la semana)
Huevo	4 (veces a la semana)
Carne	3 (veces a la semana)
Frutas	3 (veces a la semana)
Verduras	3 (veces a la semana)
Leguminosas	1 (veces a la semana)
Cereales	4 (veces a la semana)
No. De comidas al Día	3 (veces al día)
Baño	1 (veces al día)
Cambios de Ropa	1 (veces al día)
Enjuague	0
Cepillado	2 (veces al día)
Hilo Dental	0

B - MOTIVO DE CONSULTA

Continuar tratamiento
Dolor dental
Revisión
Sangrado gingival

C - ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Inmunizaciones	Neumococica Influenza Biológico anti-COVID
Especificar tipo	Pfizer
Especificar dosis	4

D - HÁBITOS TÓXICOS (CONSUME ALGUNA DE ESTAS SUSTANCIAS)

Alcoholismo	NO
Tabaco	NO

Firma 

PAGINA: 1 / 5

Anexo 2. Historia clínica

Estupefacientes	NO						
Otros							
E - ¿TIENE ALGUNA ALERGIA?							
	Ninguno						
¿Está tomando algún medicamento?	Inmunomoduladores Otro						
Especifique	Azatioprina						
F.-							
Actividad y preferencia sexual	HETEROSEXUAL						
G - ANTECEDENTES							
Heredo-Familiares							
	Padre	Madre	Abuelo Paterno	Abuelo Materno	Abuela Paterna	Abuela Materna	Otro
Ninguno	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	
Alcoholismo	Sí	No	No	No	No	No	
Alzheimer	No	No	No	No	No	No	
Artritis reumatoide	No	No	No	No	No	No	
Cáncer	Sí	No	No	No	No	No	
Cardiopatías	No	No	No	No	No	No	
Diabetes mellitus	No	No	No	No	No	No	
Enfermedades respiratorias	No	No	No	No	No	No	
Hemofilia	No	No	No	No	No	No	
Hipertensión arterial	No	Sí	No	No	No	No	
Hipotensión arterial	No	No	No	No	No	No	
Parkinson	No	No	No	No	No	No	
Problemas dermatológicos	No	No	No	No	No	No	
Problemas endocrinos	No	No	No	No	No	No	
Purpura	No	No	No	No	No	No	
VIH+/SIDA	No	No	No	No	No	No	
COVID-19	No	No	No	No	No	No	
Otra							
Personales Patológicos	Enfermedades hematológicas Otra						
Especifique	TROMBOCITOPENIA INMUNE PRIMARIA						
H - ENFERMEDADES DE LA INFANCIA							
	Ninguna						
I - EXPERIENCIAS PREVIAS(ESPECIFICAR EN CASO DE SER POSITIVO Y TIEMPO EN AÑOS/MESES)							
Hospitalización	Sí						
¿Cuál?	Partos naturales						
Quirúrgico	Sí						
¿Cuál?	APENDICECTOMIA						
Meses							
Años	40						
Experiencias dentales	No						
Transfusión	Sí						
¿Cuál?	Sangre O+						
Meses							
Años	21						
Traumatismo	Sí						
¿Cuál?	Fractura del brazo izquierdo						
Meses							
Años	5						
Trasplantes o Injertos	No						

Firma 

PAGINA: 2 / 5

Anexo 2. Historia clínica

Implante Material	No
Dispositivo	Ninguno
J - INTERROGATORIO POR SISTEMAS (ESPECIFICAR EN CASO DE SER POSITIVO)	
Paciente (Genero)	Femenino
Auditivo	Hipoacusia Tinnitus Vertigo
Cardiovascular	Ninguno
Digestivo	Ninguno
Endocrino	Ninguno
Genitourinario	Ninguno
Hemolinfático	Gingivorragia Hematomas Petequias
Musculo Esquelético	Artralgia
Nervioso	Angustia Cefalea Vértigo
Ocular	Hipermotropía Vista cansada
Respiratorio	Ninguno
Tegumentario	Hematomas Máculas Perforaciones Sequedad cutánea
Aparato Reproductor Femenino	
Embarazo	No
Semanas	
Número Embarazos	4
Aborto	No
Lactancia	No
Anticonceptivo	No
Menopausia	Si
Anomalías Menstruales	No
Descripción Anomalía	
Papanicolaou	Si
Fecha Papanicolaou	2024-08-22
Última regla	
K - EXPLORACIÓN CLÍNICA	
Signos vitales	
Pulso	59
Frecuencia Respiratoria	16
Tension arterial	
Tension sistólica	134
Tension diastólica	76
Talla	157

Firma 

PAGINA: 3 / 5

Anexo 2. Historia clínica

Peso	61
Inspección general	
Marcha	Normal
Movimientos anormales	Ninguno
Facies	Ninguna
Complexión	Media
Posición	Libre
Cuidado Personal	Regular
Cabeza y cuello	
Cara	Normal
Cráneo	Normal
Cuello	Normal
Nariz	Normal
Oído	Normales
Ojos	Normales
Cavidad bucal:	
¿Presenta alguna lesión en tejidos blandos? En caso afirmativo, seleccione solo un número de lesiones:	
Alteraciones Dentales	
Alteraciones Dentales	
Alteraciones CATM	
Dolor	Si
Dificultad o incapacidad al abrir	No
Ruidos articulares	Si
Desviación mandibular	Si
Edema	No
Exploración Radiográfica	
Tipo de Radiografía	Ortopantomografía
Características	
Especificar radiografía	
Localización	Primer cuadrante
Presencia de lesión	No
Relación con órganos dentales	No
Tipo de lesión	
Relación a proceso carioso	Si
Bordes	Bien definidos
Pérdida Ósea	Si
L.- DIAGNOSTICO	
Diagnostico Presuntivo Sistémico	PACIENTE FEMENINO REFIERE PADECER TROMBOCITOPENIA INMUNE PRIMARIA CONTROLADA CON AZATIOPRINA. BAJO OBSERVACIÓN MÉDICA DE HEMATOLOGIA EN LA CLÍNICA 32 DEL IMSS.

Firma 

PAGINA: 4 / 5

Anexo 2. Historia clínica

Padecimiento Bucal	Caries, calculo, restauraciones desajustadas, varices linguales, mordida cruzada anterior, giroversiones. Lengua saburral, exostosis, petequia en Carrillo izquierdo.
Interconsulta	No
Especifique	

M.- RUTA CLINICA

	Clinica
1.-	Posgrado Endodoncia
2.-	Posgrado Periodoncia e Implantología
3.-	Posgrado Prótesis Bucal e Implantología
4.-	Departamento de Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial
5.-	
6.-	
7.-	
8.-	

He leído y entiendo la información que he proporcionado, por lo que me responsabilizo de la veracidad y cantidad de los datos estoy en completa satisfacción sobre las respuestas otorgadas, deslindando al Alumno, Profesor y Facultad de Odontología de algún error u omisión por mi parte para completar esta Historia Clínica

Nombre del paciente o tutor (relación:)



Firma o huella dactilar

Folio: 131930-1-26

Firma 

PAGINA: 5 / 5

Anexo 3. Receta médica de hematólogo.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

RECETA INDIVIDUAL

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

NSS:	A. MÉDICO: 5F1962PE		
NOMBRE DEL PACIENTE			
SEXO:	FEMENINO	EDAD:	63 años 6 meses
CURP:			
DELEGACIÓN:	DF 4 SURESTE	CVE. PTAL.:	38A520012151
UNIDAD:	HGZ 32 VILLA COAPA	SEGUNDO NIVEL	
CONSULTORIO:	TURNO: MATUTINO		



Folio: 38A52025456988H

DOMICILIO: CLZD. DEL HUESO SIN ENTRE CALZ. DE LAS BOMBAS Y PROL. DIV. DEL NORTE, COL. EX-HACIENDA
COAPA C.P. 14310, DELEG. TLALPÁN, DISTRITO FEDERAL

ESTA RECETA NO SE SURTIRÁ DESPUÉS DE LAS 72
HORAS DE SU EXPEDICIÓN

Fecha: Viernes, 5 de Diciembre de 2025

3461 Azatioprina tableta 50 mg

Un (a) tableta (s), oral, cada 12 hora(s) durante 30 día(s) cantidad a surtir 2 env

Nombre y firma del médico

ANTONIO VINIEGRA FAJARDO

Cédula profesional Título

4319467

Univ. de Procedencia

Matrícula

11729333

PACIENTE

Anexo 4. Biometría hemática



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
DELEGACIÓN D.F. Sur

IMSS HGZ 32
RESULTADOS DE LABORATORIO

Nombre:

NSS:

Fecha de Cita Medica: 17/09/2025 12:00 a.m

Servicio: HEMATOLOGÍA

Origen: Consulta Externa Sexo: Femenino

Edad: 63 Años

Fecha de Impresión: 02/12/2025 2:34:05 p.m.

Tipo Solicitud: ORDINARIA

Cama: HEMATO

Diagnóstico: SOLICITUD SIN DIAGNÓSTICO

Médico: ANTONIO VINIEGRA FAJARDO

Admitio: CHONTAL CAMARA ROGELIO

Complemento de Diagnóstico:

Solicitud: 202509170241

Folio Muestra: 2512020191

HEMATOLOGIA				
COPIA DE LABORATORIO TIPO DE INFORME: PRELIMINAR				
Analisis	Resultado	Unidad Medida	Val. Referencia	Notas por Estudio
Citometría hemática				
ERITROCITOS	5.0	x 10 ⁶ /μL	4.04 a 6.10	
HEMOGLOBINA	15.9	g/dL	12.0 a 16.0	
HEMATOCRITO	46.0	A %	35.0 a 45.0	
MCV	91.5	fL	80.0 a 100.0	
MCH	31.6	pg	28.0 a 32.0	
MCHC	34.6	g/dL	31.8 a 35.4	
RDW	14.1	%	10 a 15	
PLAQUETAS	113	B x 10 ³ /μL	150.0 a 450.0	
MPV	10.6	fL	7.40 a 11.0	
LEUCOCITOS	6.2	x 10 ³	4.6 a 10.0	
NEUTROFILOS %	58.9	%	48.0 a 70.0	
LINFOCITOS %	30.6	%	18.0 a 42.0	
MONOCITOS %	9.7	%	1.0 a 12.0	
EOSINOFILOS %	0.0	B %	1.0 a 4.0	
BASOFILOS %	0.6	%	0.6 a 3.4	
NEUTROFILOS ABSOLUTOS	3.7	K/uL	1.5 a 6.5	
LINFOCITOS ABSOLUTOS	1.9	K/uL	0.7 a 3.5	
MONOCITOS ABSOLUTOS	0.6	K/uL	0.0 a 0.9	
EOSINOFILOS ABSOLUTOS	0.0	K/uL	0.0 a 0.7	
BASOFILOS ABSOLUTOS	0.0	K/uL	0.0 a 0.2	
OBSERVACIONES MORFOLOGICAS				

Observaciones por Area:

Resultados revisados y validados por: QFB SINTHYA VIANEY CABALLERO TERRAZAS

Fecha y Hora de Validación: 02/12/2025 08:39:47a. m.

Metodo:

EL (LOS) RESULTADO(S) DE ESTE INFORME CORRESPONDEN A LAS MUESTRAS RECIBIDAS Y ANALIZADAS CUYA IDENTIFICACIÓN DE ORIGEN ES RESPONSABILIDAD DE LA TOMA DE MUESTRA CORRESPONDIENTE.

QFB. Edith Cortés León
JEFE DE LABORATORIO CLINICO

Anexo 5. Odontograma de hallazgos.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

INFORME DE HALLAZGOS

Impreso: 22/01/2026 01:19 PM

Carnet:

Fecha de ingreso: 2026-01-22

Paciente:

Genero: Femenino

Fecha de nacimiento:

Telefono de casa:

Telefono celular:

Mail:

Fecha de impresión: 2026-01-22

FECHA	TIPO DIENTE	Cara	Odontograma Hallazgos	Alumno	AUTORIZÓ	Clinica
22/01/2026	G		CÁLCULO	FLORES FUENTES BRENDA SAMANTA	LUIS ALEJANDRO HERNANDEZ	CREDP
22/01/2026	G		RECESIÓN GINGIVAL GENERAL	FLORES FUENTES BRENDA SAMANTA	LUIS ALEJANDRO HERNANDEZ	CREDP
22/01/2026	G		PLACA DENTO BACTERIANA	FLORES FUENTES BRENDA SAMANTA	LUIS ALEJANDRO HERNANDEZ	CREDP
22/01/2026	C	17	O OBTURACIÓN MAL AJUSTADA	FLORES FUENTES BRENDA SAMANTA	LUIS ALEJANDRO HERNANDEZ	CREDP
22/01/2026	P	16	CORONA	FLORES FUENTES BRENDA SAMANTA	LUIS ALEJANDRO HERNANDEZ	CREDP
22/01/2026	C	15	O OBTURADO CON CARIES	FLORES FUENTES BRENDA SAMANTA	LUIS ALEJANDRO HERNANDEZ	CREDP
22/01/2026	C	14	O OBTURADO CON CARIES	FLORES FUENTES BRENDA SAMANTA	LUIS ALEJANDRO HERNANDEZ	CREDP
22/01/2026	P	12	GIROVERSIÓN	FLORES FUENTES BRENDA SAMANTA	LUIS ALEJANDRO HERNANDEZ	CREDP
22/01/2026	C	12	P CARIES	FLORES FUENTES BRENDA SAMANTA	LUIS ALEJANDRO HERNANDEZ	CREDP
22/01/2026	C	11	P CARIES	FLORES FUENTES BRENDA SAMANTA	LUIS ALEJANDRO HERNANDEZ	CREDP
22/01/2026	P	11	GIROVERSIÓN	FLORES FUENTES BRENDA SAMANTA	LUIS ALEJANDRO HERNANDEZ	CREDP
22/01/2026	C	27	O OBTURACIÓN MAL AJUSTADA	FLORES FUENTES BRENDA SAMANTA	LUIS ALEJANDRO HERNANDEZ	CREDP
22/01/2026	C	26	O OBTURACIÓN MAL AJUSTADA	FLORES FUENTES BRENDA SAMANTA	LUIS ALEJANDRO HERNANDEZ	CREDP
22/01/2026	C	24	O OBTURACIÓN MAL AJUSTADA	FLORES FUENTES BRENDA SAMANTA	LUIS ALEJANDRO HERNANDEZ	CREDP
22/01/2026	P	22	GIROVERSIÓN	FLORES FUENTES BRENDA SAMANTA	LUIS ALEJANDRO HERNANDEZ	CREDP
22/01/2026	C	22	P CARIES	FLORES FUENTES BRENDA SAMANTA	LUIS ALEJANDRO HERNANDEZ	CREDP
22/01/2026	C	21	P CARIES	FLORES FUENTES BRENDA SAMANTA	LUIS ALEJANDRO HERNANDEZ	CREDP
22/01/2026	C	47	O OBTURADO CON CARIES	FLORES FUENTES BRENDA SAMANTA	LUIS ALEJANDRO HERNANDEZ	CREDP
22/01/2026	P	46	CORONA	FLORES FUENTES BRENDA SAMANTA	LUIS ALEJANDRO HERNANDEZ	CREDP
22/01/2026	C	45	O OBTURACIÓN MAL AJUSTADA	FLORES FUENTES BRENDA SAMANTA	LUIS ALEJANDRO HERNANDEZ	CREDP
22/01/2026	C	44	O OBTURACIÓN MAL AJUSTADA	FLORES FUENTES BRENDA SAMANTA	LUIS ALEJANDRO HERNANDEZ	CREDP
22/01/2026	P	42	GIROVERSIÓN	FLORES FUENTES BRENDA SAMANTA	LUIS ALEJANDRO HERNANDEZ	CREDP
22/01/2026	P	41	GIROVERSIÓN	FLORES FUENTES BRENDA SAMANTA	LUIS ALEJANDRO HERNANDEZ	CREDP

PAGINA: 1 / 2

Anexo 5. Odontograma de hallazgos.

FECHA	TIPO DIENTE	Cara	Odontograma Hallazgos	Alumno	AUTORIZÓ	Clinica
22/01/2026	P	37	CORONA	FLORES FUENTES BRENDA SAMANTA	LUIS ALEJANDRO HERNANDEZ	CREDP
22/01/2026	P	36	CORONA	FLORES FUENTES BRENDA SAMANTA	LUIS ALEJANDRO HERNANDEZ	CREDP
22/01/2026	C	35	O OBTURACIÓN MAL AJUSTADA	FLORES FUENTES BRENDA SAMANTA	LUIS ALEJANDRO HERNANDEZ	CREDP
22/01/2026	P	32	GIROVERSIÓN	FLORES FUENTES BRENDA SAMANTA	LUIS ALEJANDRO HERNANDEZ	CREDP
22/01/2026	P	31	GIROVERSIÓN	FLORES FUENTES BRENDA SAMANTA	LUIS ALEJANDRO HERNANDEZ	CREDP

BIBLIOGRAFÍA

1. Kumar V, Abbas AK, Aster JC, Turner JR, Perkins JA. Capítulo 14- Trastornos de los eritrocitos y trastornos hemorrágicos. En: Kumar V, Abbas AK, Aster JC, Turner JR, Perkins JA. Robbins y Cotran. Patología estructural y funcional. 10a ed. España: Elsevier; 2021. p 635-672. Disponible en: <http://dxdoi.uam.elogim.com/10.1016/B978-84-9113-911-9.00014-4>. (<https://www.clinicalkey.com/student/content/book/3-s2.0-B9788491139119000144>)
2. Cabrera FB, Bressan V, Pablo L, Gutiérrez MI, Salvano ML, Gazzoni F. Trombocitopenia inmune primaria: reporte de casos no respondedores al tratamiento. Rev. Methodo [Internet]. 5 de enero de 2022 [citado 19 de septiembre de 2025]; 7(1): 37-41. Disponible en: <https://revistas.bibdigital.uccor.edu.ar/index.php/method/article/view/5827>
3. Maita ZAI, Hidalgo EAF, Bustamante MJF, Llivisupa MRC, Álvarez SMD. Trombocitopenia inmune primaria en paciente masculino de 70 años. Reporte de caso. Ciencia Latina [Internet]. 19 de mayo de 2023 [citado 19 de septiembre de 2025]; 7(2): 7925-33. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/5926>
4. Kumar V, Abbas AK, Aster JC, Deyrup AT, Das A. Capítulo 3 - Trastornos hemodinámicos, tromboembolia y shock. En: Kumar V, Abbas AK, Aster JC, Deyrup AT, Das A. Robbins y Kumar. Patología humana. 11a ed. España: Elsevier; 2024. p 57-78. Disponible en: <http://dxdoi.uam.elogim.com/10.1016/B978-84-1382-572-4.00003-9> (<https://www.clinicalkey.com/student/content/book/3-s2.0-B9788413825724000039>)
5. Lowe JS, Anderson PG, Anderson SI. Capítulo 7 - Células sanguíneas. En: Lowe JS, Anderson PG, Anderson SI. Stevens y Lowe. Histología humana. 6a ed. España: Elsevier; 2025. p 117-134. Disponible en: <http://dxdoi.uam.elogim.com/10.1016/B978-84-1382-786-5.00007-4> (<https://www.clinicalkey.com/student/content/book/3-s2.0-B9788413827865000074>)
6. Pérez AJL. Capítulo 62 - Fisiopatología general de la hemostasia (I). Principios generales y exploración. En: Pérez AJL. Sisinio de Castro. Manual de Patología general. 9a ed. España: Elsevier; 2024. p525-533. Disponible en: <http://dxdoi.uam.elogim.com/10.1016/B978-84-1382-278-5.00062-3> (<https://www.clinicalkey.com/student/content/book/3-s2.0-B9788413822785000623>)
7. Marcos-Jubilar M, Panizo SC, González HA. Capítulo 20 - Análisis de las alteraciones de la coagulación y fibrinólisis. En: González HA. Principios de bioquímica clínica y patología molecular. 4a ed. España: Elsevier; 2025. p 215-224. Disponible en: <http://dxdoi.uam.elogim.com/10.1016/B978-84-1382-574-8.00020-5> (<https://www.clinicalkey.com/student/content/book/3-s2.0-B9788413825748000205>)
8. Gartner LP. Capítulo 10 - Sangre y hematopoyesis. En: Gartner LP. Texto de histología. 5a ed. España: Elsevier; 2021. p 217-248. Disponible en: <http://dxdoi.uam.elogim.com/10.1016/B978-84-9113-807-5.00010-1>.

- (<https://www.clinicalkey.com/student/content/book/3-s2.0-B9788491138075000101>)
9. Tang SJ, Tang AJ, Lee A. Capítulo 33 – Trombocitopenia. En: Kelly CR, Netter FH, Machado CAG, Marzejon KW, Perkins JA, Craig JA, Kim P. Netter. Un abordaje integrado de la medicina. 1a ed. España: Elsevier; 2022. p 123-125. Disponible en: <http://dxdoi.uam.elogim.com/10.1016/B978-84-1382-222-8.00033-5> (<https://www.clinicalkey.com/student/content/book/3-s2.0-B9788413822228000335>)
 10. Wijesundera DN, Finlayson E. Capítulo 31 - Evaluación preoperatoria. En: Gropper MA, Miller RD, Cohen NH, Eriksson LI, Fleisher LA, Leslie K, Wiener-Kronish JP. Miller. Anestesia. 9a ed. España: Elsevier; 2021. p 918-998. Disponible en: <http://dxdoi.uam.elogim.com/10.1016/B978-84-9113-736-8.00031-4> (<https://www.clinicalkey.com/student/content/book/3-s2.0-B9788491137368000314>)
 11. Pérez REF, García OIE, Moya SES, Aguilar GFL, Martínez GME, Álvarez MIR. Púrpura trombocitopénica idiopática: reporte de caso y revisión de literatura. Rev. Fac. Cienc. Méd [Internet]. 2023 [citado 10 de septiembre de 2025]; 20(2): 23-31. Disponible en: <https://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2023/pdf/RFCMVol20-2-2023-5.pdf>
 12. Nassar AK, Hawn M. Capítulo 57 - Bazo. En: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Sabiston. Tratado de cirugía. 21a ed. España: Elsevier; 2022. p 1566-1582. Disponible en: <http://dxdoi.uam.elogim.com/10.1016/B978-84-1382-180-1.00057-4>. (<https://www.clinicalkey.com/student/content/book/3-s2.0-B9788413821801000574>)
 13. Aguilar HJA, Duarte MJ, Ezeta MME, Serdán GR, Gutiérrez ADA, Ulloa GJC, et al. Abordaje integral y práctico de la trombocitopenia en el embarazo. Rev Med Int Méx [Internet]. 1 de julio de 2021 [citado 10 de septiembre de 2025]; 37(4): 559–71. Disponible en: <https://researchs.uam.elogim.com/linkprocessor/plink?id=413b9a06-4421-3ac6-8962-0ddee0f7301e>
 14. Córdova PVH, Vega LCA, Ortega CMJ. Trombocitopenia inmunitaria primaria. Rev Med Int Méx [Internet]. 1 de septiembre de 2020 [citado 9 de septiembre de 2025]; 36(5): 660–9. Disponible en: <https://researchs.uam.elogim.com/linkprocessor/plink?id=2d58e5ad-d8b0-3298-a51f-4b3f870ac473>
 15. Abrams CS. Capítulo 158 - Trombocitopenia. En: Goldman L, Cooney KA. Goldman-Cecil. Tratado de medicina interna. 27a ed. España: Elsevier; 2025. p 1170-1179. Disponible en: <http://dxdoi.uam.elogim.com/10.1016/B978-84-1382-723-0.00158-X> (<https://www.clinicalkey.com/student/content/book/3-s2.0-B978841382723000158X>)
 16. Alayón RCS, Morfa VFL, Rodríguez GYC, de León HRE, Nodal DN. Manifestaciones bucales y cutáneas de la púrpura trombocitopénica inmunológica: reporte de un caso. AMC [Internet]. 2018 [citado 18 de septiembre de 2025]; 22(1): 85-93. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000100012&lng=es

17. Sepúlveda C, Pidal F, Quezada L, Núñez C. Manifestaciones orales en pacientes con Trombocitopenia inmune primaria. Reporte de caso. *Odontología Vital* [Internet]. 1 de julio de 2020 [citado 17 de septiembre de 2025]; 2(33): 57–62. Disponible en: <https://researchs.uam.elogim.com/linkprocessor/plink?id=faed8c73-0bbf-38d0-999f-488b07b0d11c>
18. Parra OI, Rodríguez OD. Manifestaciones orales de trastornos hematológicos no neoplásicos. *Rev ADM* [internet]. 1 de enero 2020 [citado 18 de septiembre de 2025]; 77(1): 28-36. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=91540>
19. Ibáñez MNG. Capítulo 1 – Interrogatorio. En: Ibáñez MNG. *Propedéutica y semiología en odontología*. 2a ed. España: Elsevier; 2021. p1-6. Disponible en: <http://dxdoi.uam.elogim.com/10.1016/B978-84-9113-786-3.00001-3>. (<https://www.clinicalkey.com/student/content/book/3-s2.0-B9788491137863000013>)
20. Resnik RR, Resnik RJ. Capítulo 10 - Evaluación médica del paciente con implante dental. En: Resnik RR. *Misch. Implantología contemporánea*. 4a ed. España: Elsevier; 2021. p 210-274. Disponible en: <http://dxdoi.uam.elogim.com/10.1016/B978-84-9113-549-4.00010-5>. (<https://www.clinicalkey.com/student/content/book/3-s2.0-B9788491135494000105>)
21. Díaz GLM. Capítulo 13 – Trastornos de la hemostasia. En: Castellanos SJL, Díaz GLM, Lee GEA. *Medicina en Odontología. Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas*. 3a ed. México: El Manual Moderno; 2015. p 247-67.
22. Rodríguez OD, Guerra DME, Cuellar GOJ. El laboratorio clínico en odontología. *Revista ADM* [Internet]. 1 de enero de 2019 [citado 11 de diciembre de 2025]; 76(1): 20–5. Disponible en: <https://researchs.uam.elogim.com/linkprocessor/plink?id=01193720-e55c-3253-a595-725e6c43ef65>
23. Cárdenas ESJ, Torres CAJ, Medina SCJ, Quezada CAK. Las enfermedades hematológicas en pediatría. Una revisión. *RECIAMUC* [Internet]. 9 de enero de 2023 [citado 9 de diciembre de 2025]; 7(1): 40-51. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/981>
24. Licéaga RR. Capítulo 15 – Estudios complementarios. En: Ibáñez MNG. *Propedéutica y semiología en odontología*. 2a ed. España: Elsevier; 2021. p 207-219. Disponible en <http://dxdoi.uam.elogim.com/10.1016/B978-84-9113-786-3.00015-3> (<https://www.clinicalkey.com/student/content/book/3-s2.0-B9788491137863000153>)
25. Expósito V, Hurlé MA. Capítulo 44 - Farmacología de la hemostasia, la coagulación y la fibrinólisis. En: Flórez J, Mediavilla A, Avendaño-Solá C. *Farmacología humana*. 7a ed. España: Elsevier; 2025. p 760-784. Disponible en: <http://dxdoi.uam.elogim.com/10.1016/B978-84-1382-765-0.00044-3> (<https://www.clinicalkey.com/student/content/book/3-s2.0-B9788413827650000443>)

26. Sánchez-Guijo MF, San-Miguel IJF. Capítulo 23 - Terapéutica antitrombótica. En: Sánchez-Guijo MF, San-Miguel IJF. Hematología. Manual básico razonado. 6a ed. España: Elsevier; 2025. p 299-310. Disponible en: <http://dxdoi.uam.elogim.com/10.1016/B978-84-1382-767-4.00023-2> (<https://www.clinicalkey.com/student/content/book/3-s2.0-B9788413827674000232>)
27. Ritter JM. Capítulo 25 - Antiinflamatorios e inmunodepresores. En: Ritter JM. Rang y Dale. Farmacología. 10a ed. España: Elsevier; 2024. p 350-370. Disponible en: <http://dxdoi.uam.elogim.com/10.1016/B978-84-1382-690-5.00025-7> (<https://www.clinicalkey.com/student/content/book/3-s2.0-B9788413826905000257>)
28. Nevot GMC. Estrategias farmacológicas en el dolor de origen dental (con especial énfasis en AINE e ibuprofeno arginina). Rev Es Ortod [Internet]. 1 de enero de 2021 [citada 16 enero 2026]; 51(1):14–8. Disponible en: <https://researchs.uam.elogim.com/linkprocessor/plink?id=d73cc93d-1cba-3a5a-b540-3c809252e3fc>
29. Varas PA, Costa SI, Kohen SG, Baistrocchi R. Manejo farmacológico del dolor en la odontología actual. Rev Asoc Odontol Argent [Internet]. 2017 [citada 16 enero 2026]; 105(3): 116-122. Disponible en: https://raoa.aoa.org.ar/img/numeros/RAOA2017V105N3M09_116122.pdf
30. Abu-khdeir MA, Rojas SEG, Sanz AH, Villegas NR. Evolución de un cuadro de hemorragia intracraneal en lactante con trombocitopenia inmune primaria. Gac Med Bol [Internet]. 1 de julio de 2017 [citado 3 de febrero de 2026]; 40(2):34–8. Disponible en: <https://researchs.uam.elogim.com/linkprocessor/plink?id=5669f93c-f00a-396e-b598-0d220c110271>
31. Ortega AP, Mendoza RM, Varela IC, Mera GA, Pontigo LA, Medina SC. Hallazgo y manejo de la trombocitopenia en la consulta odontopediátrica: Reporte de un caso clínico. Acta Bioclínica [Internet]. 2020 [citado 3 de febrero de 2026]; 10(19): 115-128. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8929555>

CAPÍTULO III. DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA

CLÍNICA DE RECEPCIÓN, EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO (CREDP)

Clínica de admisión, UNAM

La residencia de servicio social asignada es la Clínica de Admisión, la cual pertenece a la Facultad de Odontología, UNAM. Por lo tanto, el 2 de octubre de 1989 la Facultad de Odontología abrió la Clínica de Admisión, bien ahora llamada la Clínica de Recepción, Evaluación y Diagnóstico Presuntivo (CREDP), lugar en donde se da atención de primera vez para la recepción, registro, valoración y distribución de la gran parte de población que recibe atención odontológica dentro de la institución de acuerdo con las necesidades clínicas.

Las actividades por realizar son:

- a) A nivel licenciatura se brinda información, recepción y atención a los pacientes de primer contacto que solicitan y/o requieren los servicios de la Facultad.
- b) Elaboración del expediente clínico, realizar de manera completa la historia clínica.
- c) Valorar la condición sistémica del paciente.
- d) Indicar una ruta clínica establecida de acuerdo con las necesidades del paciente.
- e) Expedición y/o reposición de carnet
- f) Guiar a los pacientes a las clínicas en la Facultad.
- g) Realizar los procedimientos de interconsulta en pacientes con alteraciones de enfermedades.
- h) Guiar a los pacientes que requieran su atención en la División de Estudios de Posgrado de Especialidades e Investigación, (DEPEI).

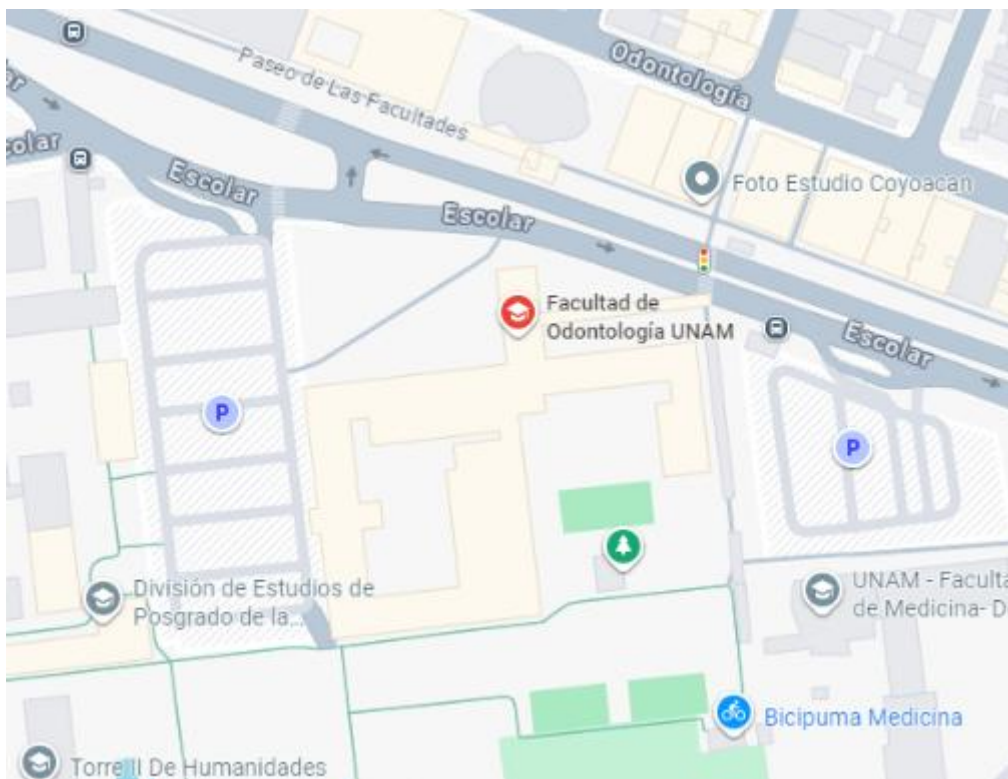
Dentro de los requisitos que se solicitan para el trámite del carnet son:

- Una identificación oficial con fotografía, es decir, INE, INAPAM, pasaporte, cédula profesional o cartilla militar.
- CURP
- Para los menores de edad se les solicita estar acompañados por su madre, padre o tutor, si es este último se deberá llenar un formato especial proporcionado en la CREDP.
- Pagar para la obtención del kit de admisión y de carnet.

SERVICIO ESTOMATOLÓGICO

Ubicación

La Clínica de Admisión se encuentra localizada en: Escolar, Universidad Nacional Autónoma de México, 04510 Coyoacán, CDMX. En el Edificio E, en la planta baja, extremo norte.



Fuente: Google maps

Organización

Turno matutino: C.D. Karina Curioca Rey

Horario de atención 7:00 a 14:00hrs de lunes a viernes.

Turno vespertino: Mtro. Humberto Navarro Hernández

Horario de atención 14:00 a 20:00hrs de lunes a viernes.

Recursos

Puerta: Es el área que comprende la entrada a la Clínica de Admisión, es el lugar donde se pide informes a los pasantes. Se explica brevemente los requisitos para la atención al público. Además, en este lugar se les da horarios de las clínicas asignadas en el carnet.



Mostrador: Espacio en el cual se hace la recolección de datos y se anota en una lista el orden de llegada de los pacientes para ser atendidos. En este sitio, al llevar el consentimiento informado y la historia clínica por los pasantes, se les toma la foto a los pacientes y se imprime su carnet. Después, se le indica al paciente que tiene que pasar al área de puerta para pedir horarios de las clínicas asignadas. **Sala de espera:** Espacio en donde los pacientes esperan su turno correspondiente.



Farmacia: Es el lugar donde se entrega el kit a los pacientes para ser atendidos.



Área clínica: Se lleva a cabo la autorización del consentimiento informado, por lo que se continúa elaborando la historia clínica, posteriormente se realiza el llenado del odontograma. Una vez realizado, se pide la supervisión a los doctores para poder continuar con el proceso de obtención del carnet. Se imprime la historia clínica y se pide firma de los datos obtenidos durante el interrogatorio. La clínica cuenta con 14 unidades dentales eléctricas disponibles y en buen estado, de las cuales 12 de ellas, son utilizadas por los pasantes para la atención.



Área de Ipad: En esta parte se prestan las ipads para la realización del expediente clínico, asimismo es donde se hace la devolución de estas. También, se realiza la impresión del consentimiento informado y la historia clínica. Por otra parte, encontramos guantes de nitrilo y de latex, cubrebocas, sanitas y sanitizante.



Área de medición: Una vez el paciente entro al área clínica, se procede a la obtención de la talla y del peso, mediante el uso de la báscula.



Área de lavamanos: Cuenta con un área para el aseo de manos, en donde podemos encontrar jabón y sanitas. Y un bote rojo para los desechos del kit.



Área de desechos RPBI: Podemos encontrar un bote rojo situado en la entrada del área clínica, en el cual se desechan guantes, bolsas de esterilizado, campos y baberos.



CAPÍTULO IV. INFORME NUMÉRICO NARRATIVO

Al inicio del servicio social, se me capacitó durante dos días, para la realización del expediente clínico en SMILE, es decir, la elaboración de historia clínica, la toma de signos vitales y realización del odontograma. Continuando con el informe numérico, en los siguientes cuadros se registran las actividades hechas durante la residencia de servicio social en la Clínica de Recepción, Evaluación y Diagnóstico Presuntivo (CREDP), cada mes.

FEBRERO		
Semana/ Día	Actividad realizada	Número de trabajos
5	Capacitación	0
6	Capacitación	0
7	Expediente clínico	1
10	Expediente clínico	2
11	Expediente clínico	2
12	Expediente clínico	2
13	Expediente clínico	2
14	Expediente clínico	2
17-21	Puerta	0
24	Expediente clínico	2
25	Expediente clínico	2
26	Expediente clínico	2
27	Expediente clínico	2
28	Expediente clínico	2

MARZO		
Semana/ Día	Actividad realizada	Número de trabajos
3	Expediente clínico	2
4	Expediente clínico	2
5	Expediente clínico	2
6	Expediente clínico	2
7	Expediente clínico	3
10	Expediente clínico	2
11	Expediente clínico	3
12	Expediente clínico	2
13	Expediente clínico	2
14	Expediente clínico	1
18	Expediente clínico	2
19	Expediente clínico	2
20	Expediente clínico	2
21	Expediente clínico	3
24	Expediente clínico	2
25	Expediente clínico	2
26	Expediente clínico	2

27	Expediente clínico	3
28	Expediente clínico	3
31	Expediente clínico	2

ABRIL		
Semana/ Día	Actividad realizada	Número de trabajos
1	Expediente clínico	3
2	Expediente clínico	3
3	Expediente clínico	2
4	Expediente clínico	1
7	Expediente clínico	2
8	Expediente clínico	1
9	Expediente clínico	0
10	Expediente clínico	0
11	Expediente clínico	1
14-18	Semana santa	0
21-25	Puerta	0
28	Expediente clínico	0
29	Expediente clínico	1

MAYO		
Semana/ Día	Actividad realizada	Número de trabajos
6	Expediente clínico	1
8	Expediente clínico	1
12	Expediente clínico	1
14	Expediente clínico	1
19	Puerta	0
22	Puerta	0
26	Mostrador	0
28	Expediente clínico	2
30	Expediente clínico	2

JUNIO		
Semana/ Día	Actividad realizada	Número de trabajos
3	Expediente clínico	2
5	Expediente clínico	2
9	Mostrador	0
11	Mostrador	0
13	Mostrador	0
17	Expediente clínico	1
19	Expediente clínico	1

JULIO		
Semana/ Día	Actividad realizada	Número de trabajos
PERIODO VACACIONAL		

AGOSTO		
Semana/ Día	Actividad realizada	Número de trabajos
11-15	Mostrador	0
18	Expediente clínico	3
19	Expediente clínico	3
20	Expediente clínico	2
21	Expediente clínico	2
22	Expediente clínico	3
25	Asistencia a curso de protección civil	0
26	IPads	0
27	IPads	0
28	Expediente clínico	2
29	Expediente clínico	2

SEPTIEMBRE		
Semana/ Día	Actividad realizada	Número de trabajos
1	Expediente clínico	2
2	Expediente clínico	2
3	Expediente clínico	3
4	Expediente clínico	1
5	Expediente clínico	1
8	Expediente clínico	2
9	Expediente clínico	1
10	Expediente clínico	3
11	Expediente clínico	3
12	Expediente clínico	3
15/16	Día festivo	0
17	Puerta	0
18	Puerta	0
19	Puerta	0
22	Expediente clínico	2
23	Expediente clínico	4
24	Expediente clínico	3
25	Expediente clínico	1
26	Expediente clínico	3
29/30	PARO DE ACTIVIDADES ESCOLARES	0

OCTUBRE/NOVIEMBRE/DICIEMBRE		
Semana/ Día	Actividad realizada	Número de trabajos
PARO DE ACTIVIDADES ESCOLARES		

Enero de 2026		
Semana/ Día	Actividad realizada	Número de trabajos
5	Expediente clínico y capacitación a nuevos compañeros	1
6	Expediente clínico y capacitación a nuevos compañeros	2
7	Capacitación a nuevos compañeros	0
8	Capacitación a nuevos compañeros	0
9	Capacitación a nuevos compañeros	1
12	Capacitación a nuevos compañeros	0
13	Capacitación a nuevos compañeros	0
14	Capacitación a nuevos compañeros	0
15	Capacitación a nuevos compañeros	0
16	Expediente clínico	2
19	Capacitación a nuevos compañeros	0
20	Capacitación a nuevos compañeros	0
21	Expediente clínico	1
22	Expediente clínico	1
23	Expediente clínico	1
26	Expediente clínico	1
27	Expediente clínico	1
28	Expediente clínico	1
29	Expediente clínico	2
30	Expediente clínico	1

CAPÍTULO V. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Durante la residencia de servicio social en la Clínica de Recepción, Evaluación y Diagnóstico Presuntivo (CREDP), la mayor parte de actividades realizadas fue la elaboración de historias clínicas y realización de odontograma. Cada historia clínica fue supervisada y autorizada por los cirujanos dentistas de la clínica. En los siguientes puntos se menciona las actividades realizadas de manera general:

- Actividad clínica, se realizó expediente clínico en SMILE, elaboración de historia clínica, se les entregó el consentimiento informado, la toma de signos vitales, peso y talla y realización de odontograma.
- Asistencia en puerta, en donde se orientó a los pacientes sobre los requisitos para tramitar su carnet, se les entregó un turno, además de indicar horarios de las clínicas mostradas en su ruta clínica, de cada paciente.
- Asistencia en mostrador, en donde se realizó la toma de foto para el carnet e impresión de este.
- Asistencia al curso de protección civil impartido por la Facultad de Odontología.
- Capacitación a compañeros para el uso de SMILE.

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES

Durante la pasantía de servicio social pude permitirme observar que muchas de las personas que asistieron para tramitar su carnet en la CREDP, son ampliamente variadas y que la gran mayoría asistieron porque buscan mejorar su salud bucal. Mi principal enfoque fue guiar y orientar a los pacientes para que pudieran atender sus necesidades. La mayor parte del tiempo me gusto ayudar a las personas que acudieron a la CREDP.

El realizar el servicio social en la Clínica de Recepción, Evaluación y Diagnóstico Presuntivo (CREDP), me dio la oportunidad de ampliar mis conocimientos en cuanto al diagnóstico presuntivo, puesto que ahora puedo fácilmente identificar qué pacientes son los que requieren el tratamiento de un cirujano dentista al de un cirujano dentista especialista. Sin embargo, puedo decir que realizar interconsultas de manera constante, me permitió identificar a los pacientes que requieren valorar su estado de salud de forma general. Y cómo esto puede influir en el tratamiento odontológico. Esta experiencia me fue agradable ya que pude atender pacientes con diferentes ideas a las personales, esto me permitió tener otro punto de vista.

Quiero agradecer ampliamente a todos los doctores de la clínica, puesto que cada uno me proporcionó un conocimiento para seguir avanzando en mis conocimientos. Y mucho más importante agradecer al maestro Luis Alejandro, por saberme asesorar en este informe y en la CREDP. También agradezco a mi familia por brindarme apoyo cuando lo necesite.