

218
2ej.

RECEBIDA EN LA SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA
SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ESTUDIO ESTADISTICO DEL PRIMER CONTACTO
DEL PACIENTE CON EL PROFESIONAL DENTAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
JORGE ONTIVEROS GARCIA

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1994.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mis papás:
Por su disciplina y ejemplo,
por su cariño para realizar
una de mis más grandes metas.

A mis hermanos:
Por su ayuda incondicional
y sincera.

A Conchita:
Por su Fe y confianza.

Al Sr. Hugo Guillermo Díaz
Velázquez:
Por el invaluable apoyo a
mi familia.

A mis amigos y a todas aquellas
personas que de una u otra manera
me ayudaron a mi formación
profesional.

Al Dr. Manuel Plata Orozco.
por su valiosa ayuda en la
realización de este trabajo,
y por su ejemplo.

INDICE GENERAL**PAGINA**

INTRODUCCION.....	1
--------------------------	----------

I: ANTECEDENTES

CARIES DENTAL.....	4
HISTORIA.....	5
FACTORES QUE LA DETERMINAN.....	6
EPIDEMIOLOGIA.....	8

II: PREVENCIÓN

PAPEL DE LA PREVENCIÓN EN LA ODONTOLOGIA ACTUAL.....	9
TECNICA DE CEPILLADO Y AUXILIARES PARA LA LIMPIEZA DENTAL.....	10
PATOGENICIDAD DE DIVERSOS MICROORGANISMOS DETECCION Y CONTROL.....	11
FLUOR Y MECANISMOS DE MINERALIZACION.....	13
LA DIETA Y SU RELACION CON LAS ENFERMEDADES BUCODENTALES.....	15
SELLADORES DE FOSETAS Y FISURAS.....	20
MORTALIDAD DE LOS DIENTES.....	21

III: ESTUDIO ESTADISTICO

MATERIALES Y METODOS.....	23
CUESTIONARIO.....	26
RESULTADOS.	
DETERMINACION DE LA EDAD DEL PRIMER CONTACTO	
CON EL PROFESIONAL DENTAL	28
MOTIVOS DEL CONTACTO.....	33
MEDIDAS DE PREVENCION DADAS A LOS (PPC).....	38
DISCUSION.....	39
CONCLUSIONES.....	41
BIBLIOGRAFIA.....	43

INTRODUCCION

El objetivo de este trabajo, es el de establecer la edad en la que los pacientes tienen el primer contacto con el profesional dental; así como el describir las razones por las que se da este primer contacto. Dicho estudio, esta dirigido a la población mexicana y concretamente a la del Distrito federal.

Es de importancia reconocer que la prevención como tal paulatinamente ha evolucionado en el campo de la odontología y sin embargo no ha avanzado acorde a los tiempos actuales; debemos reconocer que dentro de las limitaciones esta la escasa educación odontológica que en general recibe la población, por lo que se considera relevante revisar los factores que se involucran en los patrones de conducta, que conducen en considerar al odontólogo como un profesional más capacitado para llevar a cabo tratamientos restauradores o correctivos, que reconocerlo como un profesional capaz de realizar

tratamientos preventivos que evitarían mayores problemas al paciente.

Es importante determinar las condiciones en las que el paciente se presenta por primera vez frente al profesional; por ello revisaremos y describiremos las posibles enfermedades bucales que padezca dicho paciente, su grado de evolución y los factores que las desencadenan y como afecta esto al desarrollo posterior del paciente.

En términos generales, la población desconoce lo suficiente acerca de lo que es la prevención a nivel dental; quizá influye: ¿que tanta importancia se da al primer contacto con el paciente y cual es el concepto posterior que se tiene con respecto a la prevención por parte del paciente?; ¿que es lo que lleva en términos generales al paciente a acudir con el profesional dental?; ¿las instituciones, escuelas

y universidades cuentan con programas para informar y orientar acerca de la utilización de tratamientos tendientes a evitar futuros problemas y no solo la aplicación de medios correctivos que no representan una solución ideal para el paciente?.

Es evidente que la odontología moderna exige una mayor preparación tanto de la población como del estudiante y del profesional; hay que reconocer que la prevención juega un papel trascendental para el desarrollo de la odontología en México.

No solo el darse cuenta del problema lo resolverá, se tienen que implementar medidas dentro de los programas educacionales que se manejan en las escuelas y universidades; hacer llegar a los dentistas tanto de practica general, especialistas e instituciones, métodos actualizados y programas de prevención específicos basados

en los problemas reales de la población mexicana.

Antecedentes.

Sin lugar a dudas, el Padecimiento dental mas común, por su frecuencia y su altísimo porcentaje de aparición en la población es: la lesión cariosa.

La organización mundial de la salud define la caries Dental como "un proceso patológico, localizado post-eruptivo de origen externo que involucra los tejidos duros del diente y provoca la formación de una cavidad"1. "Según wilkins, la caries dental es una enfermedad de las estructuras calcificadas del diente (esmalte, dentina y cemento) la cual es caracterizada por descalcificación de los componentes minerales y la disolución de la matriz orgánica"2.

-La caries dental ha afectado al hombre desde hace mucho tiempo, por ejemplo , en los egipcios aproximadamente hace 6000 anos se han encontrado rastros de este padecimiento pero no fue hasta el siglo veinte que la presencia de la caries dental ha aumentado fuertemente. El refinamiento de la dieta y el incremento en el consumo de azúcar refinada ha sido el factor responsable de tal fenómeno.

La caries dental es producida por la interacción de cuatro factores: la susceptibilidad de la superficie del diente (huésped), microorganismos específicos (bacterias), carbohidratos que son fermentados, especialmente la sacarosa (Substrato) y el tiempo.

La placa dental esta compuesta de diversos microorganismos acidogénicos. El estreptococo mutans es el microorganismo causal específico implicado en el proceso de caries dental; así mismo, los lactobacilos

inciden en forma secundaria en la caries. Reflejan la actividad de las caries y las pautas de alimentación 9. Estos microorganismos tienen la capacidad de sintetizar carbohidratos para formar (dextranas, levanas y otros glucanos y fructanos) los cuales son almacenados y provocan la adherencia de la placa en el diente; los carbohidratos fermentables son los responsables de que los microorganismos formen en sus procesos

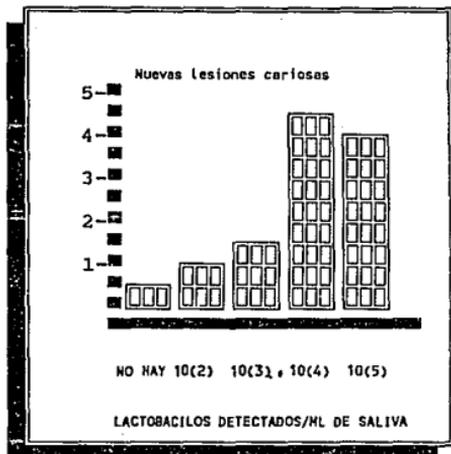
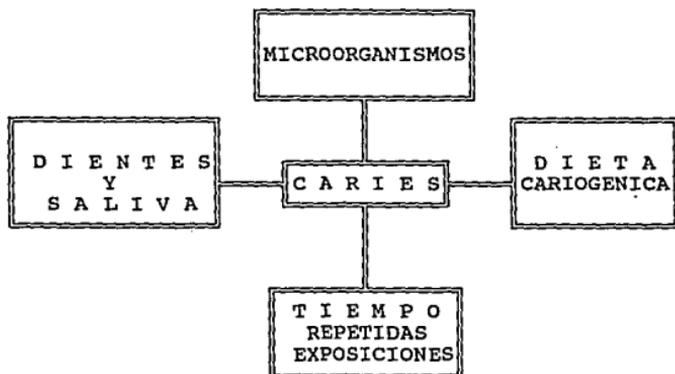


fig.1 formación de caries en relación a lactobacilos.10

metabolitos ácidos que desmineralizan la superficie del diente 3; particularmente la sacarosa.



EL PROCESO DE LA CARIES REQUIERE DE ESTOS CUATRO FACTORES PARA SU DESARROLLO. 3

La formación de ácidos empieza inmediatamente cuando la sacarosa de los alimentos se incorpora a la placa dentobacteriana. El Ph. Se torna mas ácido en aproximadamente 20 minutos después de la exposición cariogénica. Y toma de 1 a 2 años desde

el ataque inicial de los ácidos orgánicos en el diente hasta la detección clínica de la lesión cariosa 3.

Una disminución del fluido salival puede también contribuir a la formación de caries debido a que la saliva tiene entre alguna de sus funciones la capacidad natural de neutralizar los ácidos formados durante la fermentación de los carbohidratos. La cantidad de saliva es menor en mujeres, en la noche, disminuye con la edad y en climas cálidos.

Epidemiología.

No se sabe a ciencia cierta a quienes afecta mas la caries: existen numerosos factores que parecen intervenir en el desarrollo de dicha enfermedad; existen factores en el huésped como son: raza, edad, sexo, herencia y hasta las enfermedades mentales y sistémicas contribuyen.

Dichos factores son variables significativas en el desarrollo de la enfermedad dental.

Así mismo hay variables externas o del medio ambiente como la situación geográfica, nutrición, fluoración del agua e higiene oral que determinan la susceptibilidad a la caries individual o de un grupo determinado.

PREVENCION

Con el paso del tiempo los criterios en la Odontología se modifican.

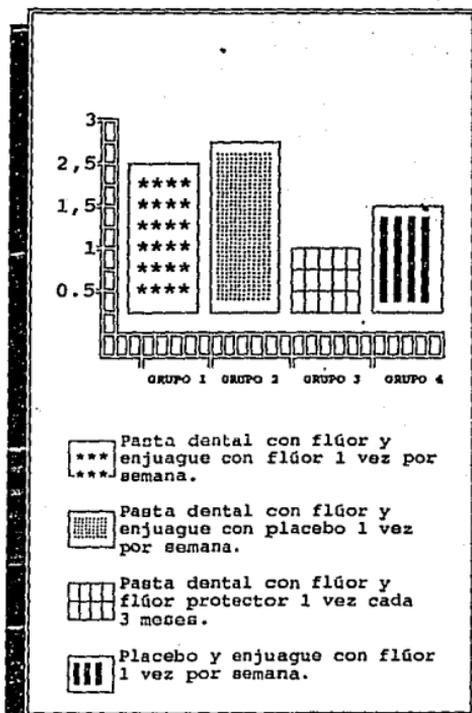
Hoy día la profilaxis, prevención y odontología conservadora cimentadas en la buena técnica de cepillado y el uso correcto de los auxiliares de limpieza dental, son indispensables para poder combatir las enfermedades de la cavidad oral 10.

El control de placa es una de las piedras angulares del ejercicio de la odontología.

Sin él no es posible conseguir ni preservar la salud bucal; en cada práctica dental, todo paciente debe encontrarse sometido a un control de placa.

Para un paciente con periodonto sano, el control de la placa significa el mantenimiento de la salud.

TECNICA DE CEPILLADO Y AUXILIARES



EFECTO DE DISMINUCION DE CARIES EN ZONAS INTERPROXIMALES MEDIANTE PASTAS CON FLÚOR Y COLUTORIOS FLUORADOS. 12

PARA LA LIMPIEZA DENTAL:

Hay muchos métodos de limpieza. Numerosos estudios han evaluado la eficacia de las técnicas de limpieza comunes y han demostrado que no existe un método claramente superior.¹¹

Lo cierto, es que independientemente del método que se utilice, el paciente debe vigilarse constantemente para detectar fallas; se debe recomendar a los pacientes que para mantener la eficacia de la limpieza del cepillo dental, hay que reemplazarlo tan pronto como las cerdas comiencen a deformarse. Con la utilización regular de un cepillo, esto debe ocurrir al cabo de tres meses.

Los dentríficos son elementos de limpieza y pulido de las superficies dentarias. Se usan generalmente en forma de pasta y se les adicionan diversos abrasivos y flúor, ya que el efecto de la disminución de caries en relación al aumento

de cantidad de flúor en esmalte ha sido comprobado por las más prestigiosas universidades 12. Debido a que un cepillado dental, no importando la técnica empleada, no elimina totalmente la acumulación de placa interdental. Por tal motivo, para un control de placa óptimo, el cepillado debe completarse con una forma más eficaz de limpieza interdental. Los auxiliares específicos requeridos para dicha operación dependen de diversos factores, como el tamaño de los espacios interdenciales, la presencia de furcaciones abiertas, la velocidad individual de formación de placa, hábitos de fumar, alineación dental y presencia de aparatología ortodóntica o prótesis fija. Entre los numerosos auxiliares disponibles tenemos: la seda dental y los limpiadores interdenciales como palillos, cepillos interproximales, colutorios con sustancias antisépticas como la clorexidina la cual

es excelente para combatir el estreptococo mutans y los lactobacilos responsables de la caries dental; si se determina la cantidad de microorganismos y la patogenia, se pueden tomar medidas específicas para cada paciente; por tanto, se han creado sencillos test para determinar el número de microorganismos por ml. de saliva (fig. 1) y la estrecha relación que guardan con la enfermedad dental.

FLUORUROS.-

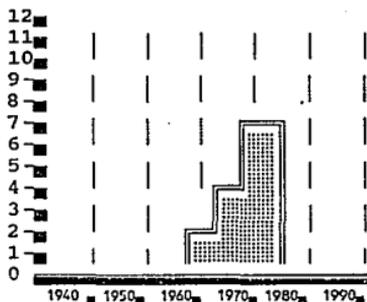
El tratamiento con fluoruros es indispensable en cualquier programa de prevención contra la caries. Los dentríficos que contienen fluoruro (0.4% de fluoruro estañoso, 0.76% de monofluorofosfato sódico o 0.22 de fluoruro sódico) se recomiendan ampliamente y por otra parte no cuestan más que la mayoría de las otras pastas dentríficas. Este tipo de productos corresponde

a la única forma de fluoruro tópico que no requiere prescripción médica para su venta y, en consecuencia, constituyen el tipo de dentrífico de mayor venta. Su uso regular llega a reducir la aparición de caries hasta en un 20%.

Otros métodos personales de aplicación para la liberación de fluoruros tópicos incluyen artículos cuya venta requiere prescripción médica y entre ellos pueden citarse los enjuagues bucales con soluciones de fluoruro y la aplicación de gel de

LA CARIES DENTAL ES TODAVIA UN GRAN PROBLEMA MUNDIAL.

Incidencia de caries alrededor del mundo

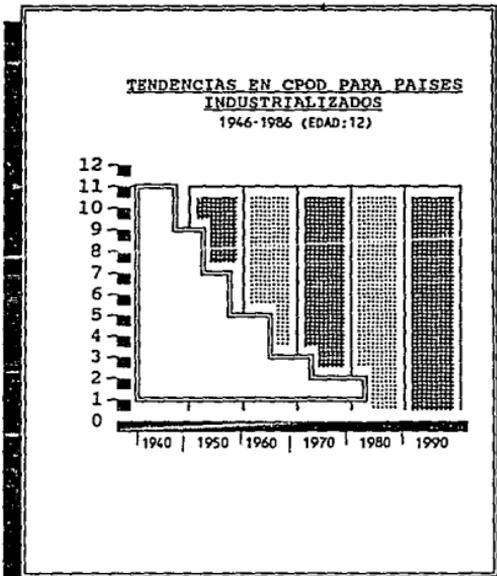


TENDENCIAS DEL CPD PARA PAISES EN DESARROLLO. 1946-1986 (EDAD 12).15

fluoruro en los dientes. Un diario enjuague bucal con una solución de fluoruro sódico al(5%) que practicado en casa durante un minuto es al mismo tiempo práctico y eficaz, ya que reduce significativamente el deterioro dental hasta en un 50%.

MODIFICACION DE LA DIETA.

El control dietético en la prevención de la caries depende en primer término y ante todo de la voluntad y tenacidad de cada paciente (o de cada padre, en el



DECREMENTO DE CPOD PARA PAISES INDUSTRIALIZADOS.15

caso de los niños). El dentista debe proporcionar información acerca de los alimentos y bebidas "sin peligro" y pueden asimismo ofrecer apoyo y ánimo, aunque en realidad la verdadera responsabilidad en cuanto a la modificación de una dieta y la limitación en el gusto por las golosinas o refrigerios azucarados entre las comidas recae en el propio individuo. Con frecuencia sucede que tales cambios en las costumbres dietéticas significan ir en contra de los hábitos sociales imperantes y, como es natural, puede resultar extremadamente difícil. En el caso de pacientes de corta edad, los padres de familia deben conocer la cariogenicidad de las galletas, los refrescos, de los dulces y de la goma de mascar, pero a pesar de ello en un estudio realizado en Suecia se observó que 66% de los padres no mostraron ningún deseo de cambiar las costumbres alimenticias de sus hijos. Por tanto, el resultado de la encuesta realizada fue que sólo uno de cada tres padres estuvo interesado en modificar las costumbres dietéticas de sus hijos.

la composición e ingredientes de muchas comidas y bebidas que se consumen en la actualidad es el fabricante, y no el consumidor quien los determina. En consecuencia el control de la caries mediante una modificación de la dieta a escala de la salud pública requiere la ayuda y cooperación de la industria alimentaria para así llegar a tener verdadera importancia. La industria no desconoce la responsabilidad que tiene en cuanto a mejorar la salud dental y, también, en cuanto a la necesidad que existe de productos no cariogénicos en el mercado.

La prevención de la caries, y no únicamente su tratamiento, debería gozar de alta prioridad en todo consultorio dental y, asimismo, en todo programa de salud pública. Sin embargo, en ellos son factores limitantes el número de profesionales que es necesario para prestar dicho servicio, así como

también el gasto que implica. En la selección de un problema de prevención siempre deben tomarse en consideración estos parámetros. Desafortunadamente en lo que se refiere a algunos métodos preventivos (como la modificación de la dieta y los complementos de fluoruro) la eficacia que se observa en la práctica no es equiparable al potencial que ofrece, debido principalmente a la falta de una aceptación completa por parte del paciente. Algunos procedimientos significan un alto costo, pero sin embargo se justifican cuando existe un alto riesgo de que se presente caries.

La importancia de seleccionar cuidadosamente a los pacientes para determinado programa en particular, se encuentra más allá de cualquier recomendación, por más insistente que ésta sea. No existe ningún programa de prevención contra la caries que pueda considerarse como modelo general,

sino que más bien cada programa debe ajustarse a cada paciente. Los pacientes que presentan caries activa con gran peligro para sus dientes necesitan, desde luego, mayor atención, de manera que en tales casos puede aplicarse cualquier procedimiento, ya sea en el propio hogar del paciente o en el consultorio dental, con tal de obtener buenos resultados. Las personas pesimistas o que no se interesan en su salud dental no aceptarán seguir en su casa un programa adecuado de higiene bucal, ni tampoco hacer cambios en su dieta; por el contrario si el paciente se muestra interesado y presta su cooperación, es posible presentarle un útil servicio. La caries puede prevenirse mediante la aplicación combinada de procedimientos en el hogar, en el consultorio dental y a nivel colectivo. Lograr que el público adopte la práctica de tales procedimientos representa un reto o una oportunidad para el odontólogo.

SELLADORES OCLUSALES:

Las fisuras y fosas de las superficies masticatorias ofrecen a los microorganismos un espacio vital muy bien protegido. Debido a sus diferentes profundidades, forman zonas propensas a la caries en pacientes jóvenes incluso con la mayor higiene. En la actualidad es posible colocar resinas capaces de adherirse a las fisuras y cuarteaduras preparadas en forma adecuada y que las protegen contra el ataque de la caries. Este tipo de resinas adhesivas debe aplicarse meticulosamente en una superficie seca, tal como lo indican las instrucciones del fabricante, por alguien con el debido entrenamiento. El índice de fracasos en el tratamiento o el desprendimiento del sellador puede alcanzar un alto nivel si la inserción no se realiza de manera correcta. La aceptación de las resinas adhesivas por el paciente es alta ya que no

requieren ningún tipo de perforación y, además su inserción es indolora. Diversas pruebas clínicas llevas a cabo con selladores que comúnmente se usan para tratar las fisuras han demostrado que ofrecen una mayor protección contra el deterioro dental de las superficies oclusales tratadas. Los selladores protegen únicamente la superficie oclusal y deben emplearse junto con el tratamiento a base de fluoruro para así proteger las demás superficies.

MORTALIDAD DE LOS DIENTES

Estadísticamente hay gran variación con lo que respecta a la morbilidad de los dientes en diferentes partes del mundo; dependiendo de la higiene oral, la susceptibilidad a la caries, la disponibilidad y efectividad de los servicios dentales, y hasta la actitud del paciente

y del dentista, esto unido a las dificultades técnicas asociadas con la provisión de tratamientos específicos en diferentes regiones, deben ser factores significativos que determinan la cantidad de extracciones que se realizan debido a caries o enfermedad parodontal. Todo esto se debe tener en mente cuando se quieran interpretar las estadísticas de mortalidad de los dientes.

En países desarrollados la principal causa de extracciones son por enfermedad parodontal, y en general son mucho menor el número de piezas que se pierden en contraste con países del tercer mundo en donde antes de los 30 años la principal causa de pérdida dental es por caries y después de esta edad lo es por enfermedad parodontal.¹⁵

Los primeros dientes que se pierden en general son los molares y después le siguen los caninos por causas parodontales. 3

Materiales y métodos.

Fueron examinados 100 dentistas mediante un cuestionario el cual se realizó de manera tal que nos revelara aspectos importantes sobre la edad y motivos principales por los que se presenta el paciente por primera vez con el profesional dental; así como las medidas preventivas o de higiene que en términos generales suministra dicho profesional. el diseño de este estudio consistió en la división de 2 grupos.

En el primer grupo se examinaron 50 profesionales, tanto Odontopediatras como Ortodoncistas; (siendo este grupo el más importante debido a que están en mayor contacto con la población infantil);

El segundo grupo comprende a 50 profesionales de

práctica general. (posteriormente se muestra el formato de la encuesta pagina 26).

A su vez, se dividieron ambos grupos en tres rangos basándonos en las variables de edad que se presentaron, dándonos:

1er. rango: Pacientes cuyas edades fluctúan entre los (2.1 a los 5.5 años).

2do. rango: Pacientes cuyas edades fluctúan entre los (4.4 a los 9 años).

3er. rango: Pacientes cuyas edades fluctúan entre los (7 a los 12 años).

Cabe señalar, que cada rango comprende los pacientes que en general son atendidos y también aquellos que son de primera vez; es decir que en cada subgrupo se tienen registrados y separados a los pacientes que tienen ya experiencias previas con el profesional y los que por primera vez llegan por atención al consultorio.

Se calificó la relación entre la edad de los pacientes de primer contacto que se obtuvieron en cada grupo y los motivos por los que se presentaron con el profesional dental, de lo cuál se derivó lo siguiente:

- a).- Por prevención, por preocupación de los padres por conocer el estado general de salud bucodental de sus hijos, profilaxis y fluoración y sellado de las superficies oclusales de los dientes.
- b).- Por caries, por establecimiento de enfermedades dentales visibles etc.
- c).- Por dolor, cuando las lesiones están completamente establecidas y avanzadas.
- d).- Por malposición y otros factores como erupción tardía, traumatismos etc.

Por último, se analizaron las instrucciones preventivas que se les proporciona a dichos pacientes,

CUESTIONARIO**ESTUDIO ESTADISTICO DEL PRIMER CONTACTO CON EL DENTISTA:****NOMBRE DEL DOCTOR:** _____
_____**ESPECIALIDAD** _____1.- ¿QUE CANTIDAD DE NIÑOS ATIENDE EN PROMEDIO AL MES? _____

A) DE PRIMER CONTACTO: _____

B) EDADES EN PROMEDIO DE DICHOS PACIENTES _____

2.- NIVEL SOCIOECONOMICO DE ESTOS PACIENTES _____

a) BAJO _____

b) MEDIO _____

c) ALTO _____

3.- ¿PORQUE MOTIVO ACUDEN A ESTA PRIMERA CITA? _____
_____4.- ¿LES INDICA LA FRECUENCIA DE LAS VISITAS? _____
_____5.- ¿SE LLEVAN A CABO DICHAS VISITAS? _____
_____6.- ¿QUE INDICACIONES DE HIGIENE LES DA? _____

las cuales están en íntima relación con la salud dental siendo esta parte la más importante del tratamiento quedando divididas de la siguiente manera:

- a).- Control de placa.
 - b).- Técnica de cepillado.
 - c).- Uso de pastas dentales con flúor, enjuagues fluorados, uso de colutorios antisépticos como la clorexidina, que inhiben la proliferación de microorganismos etc.
 - d).- Modificación de la dieta y hábitos alimenticios que no propicien las enfermedades dentales.
 - e).- Frecuencia de las citas subsecuentes.
- De estos registros se obtuvo la siguiente información:
- 1.- Edad promedio del primer contacto.
 - 2.- Cantidad de niños atendidos.
 - 3.- Niños de primer contacto.

4.- Motivos de dicha consulta.

5.- Medidas preventivas dadas a los
pacientes.

RESULTADOS

**ESTUDIO ESTADISTICO QUE MUESTRA LA EDAD
PROMEDIO EN LA QUE SE PRESENTA EL PACIENTE FRENTE AL
PROFESIONAL DENTAL POR PRIMERA VEZ.**

Del total de los 100 profesionales entrevistados y su división en dos grupos se obtuvo que la edad en la que principalmente se presenta el paciente de primer contacto (PPC) va de los 4.66 a los 9.26 años en promedio; lo que corresponde al segundo rango de edades analizadas en ambos grupos (tablas I y III).

Se determinó que la cantidad de pacientes con experiencias previas en el consultorio dental,

atendidos por el primer grupo en sus tres rangos fue de 168.1 niños por mes; teniendo que en el primer rango o subdivisión se atienden un promedio de 57.8/mes (34.40%) lo que significa que en este rango se atienden más niños con experiencia con el dentista que en los otros dos (tabla 1).

El total de (PPC) atendidos en el primer grupo fue de 52.9; es decir el (31.48%) de toda la consulta del primer grupo lo constituyen los (PPC), resultando que en el segundo rango de edades se percibió la mayor cantidad de (PPC) el (38.46%).

Los porcentajes obtenidos del análisis del primer grupo

TABLA I. RANGOS DE EDAD Y NUMERO DE PACIENTES DE PRIMER CONTACTO

GRUPOS	RANGOS DE EDAD	PACIENTES EN GRAL.	PACIENTES 1er. CONT.
GRUPO 1	2.1-5.5	57.8/MES	18.5/MES
GRUPO 2	4.4-9.2	53.7/MES	20/MES
GRUPO 3	7.3-12	56.6/MES	14.4/MES

NOTA: Estos porcentajes son en promedio de acuerdo a los datos obtenidos en los cuestionarios.

LOS MOTIVOS POR LOS QUE SE PRESENTA EL (PPC) EN EL PRIMER GRUPO: Se observó que la mayor parte de los (PPC) acudió al profesional dental por caries (aproximadamente el 47.05% en el segundo rango).

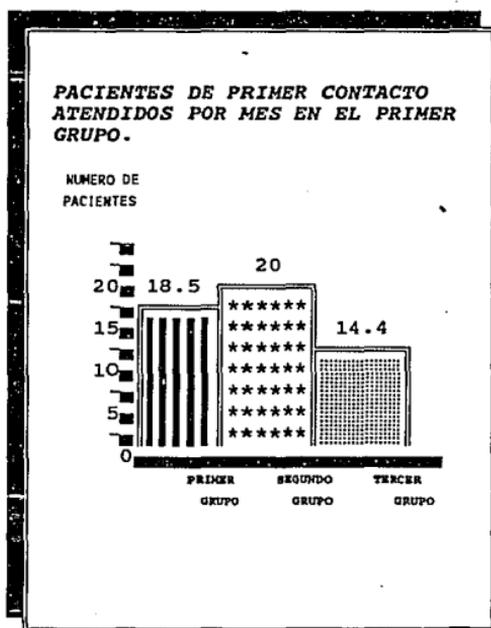
RESULTADOS DEL PRIMER GRUPO

GRUPOS	CARIES	DOLOR	MALPOSI- CION	PREVEN- CION
I	26.31%	31.57%	16.15%	25.94%
II	47.05%	29.41%	11.76%	11.76%
III	41.66%	33.33%	16.66%	8.33%

TABLA II. Distribución de resultados por edad y motivos del primer contacto.

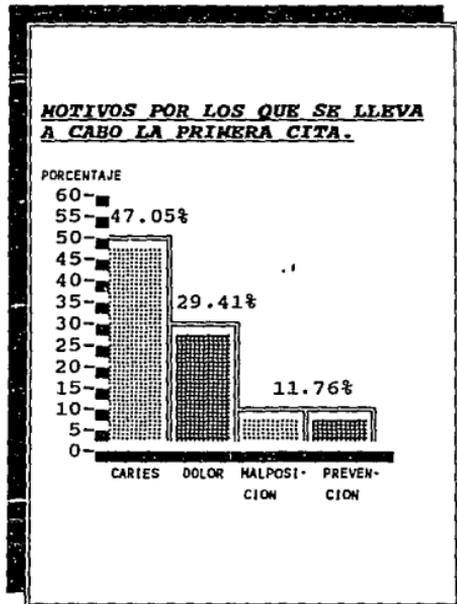
El problema principal que tiene el (PPC) es que generalmente acude al C.D. por caries y dolor (76.56%); siendo la prevención la razón por la que menos acude dicho paciente con el profesional (11.76%).

En lo que respecta al primer grupo, se pudo observar que dentro del primer rango de edad que corresponde a las edades de 2.1 a 5.5 años, es grande la preocupación de los padres por la prevención (gráfica 2); pero en el segundo y tercer rangos podemos observar que el principal motivo de visitar al dentista es por caries y por dolor, y una impresionante disminución de la



GRAFICA 1. ANALISIS DE LA CANTIDAD DE NIÑOS DE PRIMER CONTACTO QUE EL PRIMER GRUPO RECIBE EN PROMEDIO AL MES.

preocupación de los padres en lo que corresponde a prevenir problemas subsecuentes en sus hijos. Encontrando que el principal motivo por el que se da el primer contacto es por caries y dolor; lo que indica que dicha cita no se da generalmente espontánea sino es forzada por un problema establecido e incapacitante para el paciente (Gráf.2)



GRAFICA 2. MOTIVOS POR LOS QUE SE REALIZA LA PRIMERA CITA CON EL DENTISTA EN EL GRUPO I.

NOTA: SE TOMO COMO BASE EL SUBGRUPO # 2 POR SER EL MAYOR.

De acuerdo a lo anterior, podemos deducir que el (PPC) tiene que asistir generalmente con el profesional dental en el

período en el cuál surge la dentición permanente (a partir de los seis años aproximadamente) lo que significa que el proceso carioso ataca tempranamente a la dentición nueva; lo que explica lo común de las extracciones tempranas en México y en general en los países en desarrollo 15.

Otra condición que se encontró fue que a mayor edad, disminuye la preocupación de los padres por la salud bucal de sus hijos; (tabla 2, gráfica 2). Lo que nos indica que el concepto que los padres de los (PPC) tienen acerca del dentista, es que sólo es un profesional encargado de solucionar problemas establecidos, y no de prevenirlos.

TABLA 3. PROMEDIO DE PACIENTES DE PRIMER CONTACTO RESULTANTES DEL SEGUNDO GRUPO.

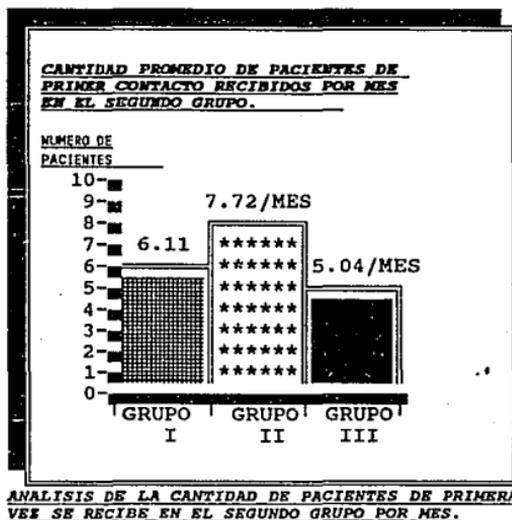
RANGOS DE EDAD Y NUMERO DE PACIENTES DE PRIMER CONTACTO.

GRUPOS	RANGOS DE EDAD.	PACIENTES EN GRAL.	PACIENTES 1er. CONT.
GRUPO 1	2.76-5.03	18.05/MES	6.11/MES
GRUPO 2	4.93-9.33	20.86/MES	6.0/MES
GRUPO 3	7.80-12	18.75/MES	7.62/MES

TABLA 4.- DISTRIBUCION DE DATOS POR EDAD Y MOTIVOS DEL PRIMER CONTACTO EN EL SEGUNDO GRUPO.

RESULTADOS DEL SEGUNDO GRUPO.

GRUPOS	CARIES	DOLOR	MALPOSICION	PREVENCIÓN
I	28.29%	34.48%	14.16%	23.07%
II	46.15%	30.34%	12.76%	10.75%
III	43.27%	35.04%	11.67%	10.02%



En esta gráfica, podemos apreciar claramente que al igual que en el primer grupo, los (PPC) corresponden a los rangos de edad que van desde los 4.66 a los 9.26 años. Esto nos demuestra que no hay gran diferencia en lo que respecta a las edades y los motivos por los que los (PPC) asisten por primera vez al consultorio dental en ambos grupos.

Por último, se revisaron las instrucciones que el odontólogo proporciona a los (PPC); y se obtuvo lo siguiente:

-El 100% de los profesionales indica la frecuencia de las visitas subsecuents al (PPC).

-En términos generales, se llevan a cabo dichas visitas de la manera siguiente:

En un 70.45% para el primer grupo.

En un 57.25% para el segundo grupo. (es oportuno mencionar que en las instituciones donde se entrevistaron dentistas; sólo se llevan a cabo el 30.25% de las citas subsecuentes).

-Con respecto al punto del cuestionario referente a las indicaciones de higiene o métodos preventivos que le refiere al paciente, el 98.43% de los profesionales refirió dar al (PPC) una técnica de cepillado; asimismo, el 62.56% realiza controles de placa a dichos pacientes; el 23.12% de los profesionales indica a los (PPC) el uso frecuente de enjuagues fluorados o algún otro colutorio

antiséptico. El 22.31% de los entrevistados, refirió dar instrucciones para modificar los hábitos alimenticios de sus pacientes; es decir disminuir la ingesta excesiva de carbohidratos responsables de la proliferación de microorganismos relacionados con las enfermedades bucodentales.

DISCUSION

Los resultados parecen sugerir que la diferencia que existe tanto en el primero como en el segundo grupo es poco significativa; aunque debemos tomar en cuenta que el número de pacientes atendidos en el primer grupo (Odontopediatras y Ortodoncistas) es mucho mayor; que los atendidos en el segundo grupo (dentistas generales).

Pareciera, dados los resultados que la cantidad de pacientes con experiencias previas que se atienden en el rango I (edades de los 2.1 a 5-5 años) del primer grupo es mayor que la de los otros dos (tabla 1); pero el número de pacientes de primer contacto es menor que el del rango II (edades de los 4.4 a 9.2 años); esto nos indica, como lo suponíamos, que los pacientes generalmente asisten

ESTA TESIS NO DEBE
QUEDAR EN LA BIBLIOTECA

con el profesional cuando tienen un problema establecido y muchas veces de irreversibles consecuencias para la dentición permanente; pero es de llamar la atención el hecho de que los padres en términos generales son más cuidadosos con los niños más pequeños y que conforme crecen se va perdiendo en cierta manera la "preocupación" por la salud bucal de sus hijos; por lo que debemos de ocuparnos más de este grupo en particular.

CONCLUSIONES

Es necesario reconocer que la parte más importante del tratamiento odontológico es la prevención; hemos determinado la edad promedio en la cuál se presenta el paciente por primera vez; es evidente dados los resultados, que no se ha establecido una educación dental adecuada. Gran cantidad de pacientes sólo solicitan atención dental cuando tienen establecida una enfermedad que cursa con dolor y no solicitan servicios o tratamientos profilácticos o preventivos que puedan evitar la pérdida de dientes a edades tempranas.

Hemos visto, que en México al igual que en todos los países en desarrollo, se han incrementado espectacularmente las cifras de caries y de diversas enfermedades bucodentales en tanto que otros países desarrollados casi han erradicado tales padecimientos, por todo ello, debemos pensar que si

realmente queremos que la Odontología en México evolucione a ritmo de los tiempos modernos, debemos preocuparnos por educar al paciente y modificar la relación que por generaciones se ha establecido con el dentista. Es grande el valor que realmente tiene el primer contacto "odontólogo-paciente", porque de este contacto, se puede tratar de modificar el concepto que se tiene de lo que es la salud y la prevención. Debemos reconocer que una sociedad con tales problemas, requiere de la cooperación tanto de las escuelas, las instituciones, que las empresas fabricantes de alimentos altamente cariogénicos instituyan programas de educación a la población encaminados a disminuir el problema creciente de la salud dental.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- **WORLD HEALTH ORGANIZATION.**
THE ETIOLOGY AND PREVENTION OF DENTAL CARIES.
TECHNICAL REPORT SERIES # 494.
GENEVA, WORLD HEALTH ORGANIZATION., 1982.

- 2.- **WILKINS, R.M..**
CLINICAL PRACTICE OF THE DENTAL HYGIENIST.
PHILADELPHIA, LEA & FEBIGER 1989., 6th. ED.

- 3.- **CHRISTINA B. DeBIASE.**
DENTAL HEALTH EDUCATION THEORY AND PRACTICE.
LEA & FEBIGER., 1991.

- 4.- **J. D. ECLES, RM GREEN.**
THE CONSERVATION OF THE TEETH.
BLACK WELL SCIENTIFIC PUBLICATIONS.
SECOND EDITION., 1990.

- 5.- **J. J. MURRAY.**
THE PREVENTION OF DENTAL DISEASE.
OXFORD MEDICAL PUBLICATIONS.
SECOND EDITION., 1989.

- 6.- **ERNEST NEMBRUN.**
CARIOLOGIA.
EDITORIAL LIMUSA., 1984.

- 7.- **S. B. FINN.**
ODONTOLOGIA PEDIATRICA.
CUARTA EDICION., 1991.
EDITORIAL INTERAMERICANA.

- 8.- DOMINIC P. DEPCOLA, H. GORDON CHENEY.
ODONTOLOGIA PREVENTIVA.
EDITORIAL MUNDI., 1989.

- 9.- C.G. GROSSNER.
SALIVARY LACTOBACILUS COUNTS IN THE
PREDICTION OF CARIES ACTIVITY.
COMMUNITY DENT. ORAL EPIDEMIOLOG.,VOL
9 (1990).

- 10.- BERMAN, C.L., HOSIOSKY, E.N., KUTSHER,
OBSERVATIONS OF THE EFFECT OF SALIVARY
FLORA.
I.A.D.R., ABSTR. No. 757,1971.

- 11.- SHEIHAN, A.
PREVENTION AND CONTROL OF PERIODONTAL DISEASE.
JOURNAL OF PERIODONT. RES. No. 153 1976.

- 12.- P. AXELSSON, J. PAULANDER, K. NORDVIST, R.
KARLSSON .
EFFECT OF FLUORIDE CONTAINING DENTRIFIC
MOUHRINSING AND VARNISH ON APROXIMAL DENTAL
CARIES. COMMUNITY DENT. ORAL EPIDEMIOLOG. VOL. 15
(4) 1990.

- 13.- W. BINUS, M. GRUBE, A. STIEFEL
REMINERALISATION OF INITIAL CARIES LESIONS BY
FLUORO SILANE. VOL. 61, No. 4, JOURNAL OF DENTAL
RES. 1989.

- 14.- G.P DE CRAENE, C MARTENS, R. DERMONT.
A CLINICAL EVALUATION OF LIGHT-CURED FISSURE SEALANT
JOURNAL OF DENTISTRY FOR CHILDREN. No.3 1990.

- 15.- TAKAGI S, CHOW LC.
ENAMEL FLUORIDE UPTAKE PRODUCED AN ACIDIC GEL
CONTAINING FLUOROSILICATE AND MONOCALCIUM PHOSPHATE
JOURNAL OF DENTAL RESEARCH 1990 VOL. 69.
- 16.- B. BLOCK, B. KRASSE.
EFFECT OF CARIES PREVENTIVE MEASURES IN CHILDREN
WITH HIGH NUMBERS OF STREPTOCOCCUS MUTANS AND
LACTOBACILLI.
JOURNAL OF DENTAL RESEARCH VOL. 86`1988.
- 17.-F.A CARRANZA
PERIODONTOLOGIA CLINICA DE GLICKMAN.
SEXTA EDICION, EDITORIAL INTERAMERICANA,
MEX., D.F., 1986.