

Universidad Nacional Autónoma de México

12

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Perfil Cariogénico en población infantil de 6 a
12 años, demandante del servicio dental de la
Facultad de Odontología de la U.N.A.M 1998
(TURNO VESPERTINO).

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

DIANA LIZBETH AYALA CORTÉS
JOSÉ DE JESÚS KRAMER QUIROGA

28/08/00

DIRECTOR: M.S.P. ARCELIA MELÉNDEZ OCAMPO
ASESORES: C.D. JESÚS DÍAZ DE LEÓN AZUARA
C.D. NANCY JACQUES MEDINA



MEXICO D.F. 2000



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 esta 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.

Agradecimientos

Gracias a Dios por otorgarme dos importantes dones: La vida y La Libertad.

Gracias a mi madre, por el constante ejemplo y ser conducto de la gracia de Dios.

Gracias a mi familia, por ser tantos y darme su amor.

Gracias a mi Universidad Nacional, por su espacio, su diversidad de pensamiento, su experiencia.

A mis compañeros de carrera, se les extraña.

A mis profesores, por compartir sus conocimientos y en especial a aquellos que despertaron en mi el deseo por aprender y enseñar, gracias Dra. Aldape y Dr. Medina.

A mis pacientes, por esa confianza ciega, en especial a Paty, Margarita, Lucía y Matilde.

Gracias a Liz, por su amor, fidelidad, confianza y por que la amo, sin tí no sería lo mismo.

Gracias a mis hermanos: Rafas, Mauri y Omar, por su eterna amistad, los quiero mucho.

J.J.K.Q.

Agradecimientos

Gracias a:

Dios,
porque en la búsqueda del conocimiento permitió que esta primera etapa en mi vida profesional pudiera concluir.

A mis padres y hermanos,
que Dios los bendiga por todo su apoyo, cariño y paciencia lo cual es suficiente para poder llegar hasta aquí.

A Lucho,
por ser mi primer conejillo de indias y poner en mis manos sus caries.

A mi Flais,
por compartir conmigo este tramo de la vida y haber podido lograr juntos esta gran satisfacción.

A mis maestros,
por sus conocimientos

A mi escuela,
por que siempre será la mejor.

A mis amigos,
porque sin su emoción y creatividad esto no hubiera podido ser tan lindo como lo es.

D.L.A.C.

Indice

Página	1	Resumen
	2	Introducción
	4	Antecedentes
	6	Planteamiento del problema
	6	Justificación del estudio
	7	Hipótesis
	7	Objetivo
	8	Metodología
	10	Resultados
	22	Conclusiones
	24	Anexos
	27	Bibliografía

Resumen

El presente trabajo se realizó con el objetivo de conocer el perfil cariogénico de la población infantil que solicitó el servicio dental a la Facultad de Odontología del turno vespertino en el año de 1998; se revisaron un total de 1991 historias clínicas correspondientes a niños de 6 a 12 años de edad.

Encontrándose 123 casos de niñas sanas y 905 con experiencia de caries, mientras que el número de casos sanos en los niños fue de 161 y 802 con experiencia de caries. Se analizaron factores como la ingesta de golosinas y refrescos, frecuencia y uso de auxiliares para la higiene bucodental, también se recopiló información del motivo de consulta, escolaridad de los padres y la distribución de la demanda por delegaciones y estados circunvecinos.

1 Introducción

La práctica profesional de la odontología en México, así como en ciertos países con desarrollo social parecido al nuestro, ha sido y es, desde hace ya varios años, una actividad profesional que dedica gran parte de la atención a resolver curativamente los problemas de salud bucal, enfocándose más a la caries dental, en razón a que se encuentra ampliamente distribuida en la población, debido en alguna forma, a la restringida efectividad de los programas de prevención comunitarios, a la limitada accesibilidad a los servicios de salud por un gran sector poblacional, o bien por el desconocimiento de los efectos de la caries y otras alteraciones en la boca.

Se sabe que, la caries dental es considerada un padecimiento, que por su magnitud y trascendencia, representa un gran problema de salud pública, siendo una enfermedad de origen bacteriano que afecta a los tejidos duros dentales y cuya etiología es multifactorial.

Se ha observado que este padecimiento ha descendido considerablemente en los países industrializados por el uso de programas preventivos a nivel poblacional en los que se emplea el fluoruro por vía sistémica o tópica y a pesar de que la industrialización conlleva la ingesta de azúcares procesados, países como Suiza, Inglaterra, España y Estados Unidos, entre otros, demuestran descenso en el índice COP (cariados, obturados y perdidos) y ceo (cariados, extraídos y obturados) de su población escolar.

Cabe señalar, que aunque los países latinoamericanos también implementan programas de carácter preventivo, el descenso de la prevalencia de los perfiles de caries es menor, y uno de los posibles factores de riesgo, probablemente ha sido siempre el compromiso de la población para el autocuidado de la salud bucal.



Las encuestas realizadas en países como Colombia, México y Costa Rica sobre caries dental, aún evidencian que los valores del COP están todavía por encima de los países del primer mundo.

La población más sensible al ataque de caries dental, son los escolares, en razón a que se exponen a diferentes factores de riesgo frecuentemente, como lo son, higiene bucal deficiente, ingesta de dietas ricas en carbohidratos además que la inaccesibilidad a los servicios de salud es palpable en una parte considerable de ellos, como lo demuestran las publicaciones que al respecto se han realizado.

Ahora bien, por otra parte, se han diseñado programas gubernamentales de prevención que son aplicados en las escuelas, y centros preescolares, las instituciones formadoras de recursos humanos como la UNAM, también proporcionan atención a este grupo poblacional, pero pocas veces se publican resultados de investigaciones epidemiológicas al respecto.

Analizando lo anterior, la presente pretende poner en relieve el perfil cariogénico de la población infantil que demanda atención en la Facultad de Odontología y reorientar si es posible, las acciones que se realizan en ella y enfatizar la necesidad de sustentarlas sobre la prevención.



2 Antecedentes

Autores como María E. Irigoyen y colaboradores, publicaron un artículo en 1995 en donde se estudiaron los cambios en los índices de caries dental, en escolares de una zona de Xochimilco (México) en un período de 1984 a 1992. (1)

En el estudio se utilizaron los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el levantamiento de los índices de caries, examinándose un total de 279 niños; 153 en 1984 y 126 en 1992, los escolares son de 6 y 7 años de edad. El promedio del índice ceo fue de 6 en 1984, y en 1992 fue de 5 piezas con experiencia de caries dental; en la dentición permanente el índice COP fué 0.51 en 1984, y en 1992 fue de 0.48.

De igual forma, en la zona metropolitana de Guadalajara Jalisco, en el año de 1995, se adelantó una investigación en la cual analizaron el estado de salud bucodental de este estado de la república; se realizó una medición epidemiológica en una población representativa de 2,540 escolares de 6 a 12 años de edad, utilizándose la metodología de investigación de la OMS. (2)

El resultado obtenido demostró un promedio de 2 dientes cariados, el promedio más bajo fue 1.7 en el sexo masculino, el promedio más alto fue a la edad de 12 años con 2.7. En el sexo femenino el promedio más bajo fue 1.6 a la edad de 6, 10 y 11 años, el promedio más alto fue de 2.6 a los 8 años.

Posteriormente en el año de 1996, en la revista ADM (Asociación Dental Mexicana) la doctora Irigoyen, publica otro artículo en donde se utilizaron dentífricos y estudios de caries dental en escolares de educación media básica del Estado de México, su propósito fue conocer la prevalencia y severidad de caries dental, y estudiar su relación con el cepillado dental y uso de dentífricos en escolares de 12 años de edad. (3)

Se examinaron 2,275 estudiantes de secundaria, y el resultado obtenido fue que la prevalencia de caries dental en la dentición



permanente fue del 89.7%. El promedio de índice de caries COP fue de 7 y se encontró que el 78.5% de estudiantes utilizaban dentífricos fluorurados, el 16.7% se cepillaba sin dentífricos y el 4.8% restante no se cepillaba.

Asímismo se encontró en otra investigación realizada por el mismo equipo de investigadores, comparando a niños mexicanos (del Estado de México) y estadounidenses (Michigan). (4). Se seleccionó un grupo de niños a los ocho años de edad, los criterios de caries utilizados para la encuesta del Estado de México fueron los de la OMS, y los criterios usados en Michigan fueron los del National Institute of Dental Research.

En Michigan se encuestaron un total de 161 niños de ocho años, el 44% fueron varones, el 66% fueron mujeres. El índice de caries en dentición primaria fue de 4. En la dentición permanente el COP fue de 1.

En el Estado de México se examinaron 906 niños de ocho años de edad, 51.2% eran varones y 48.7% mujeres, el índice de caries dental en dentición primaria fue de 11.5. Los resultados muestran un aumento en el nivel de caries dental en los niños mexiquenses, los bajos índices de caries en los niños estadounidenses se deben principalmente al empleo de fluoruros, los cuales se utilizan a través de programas masivos (fluoración del agua), programas escolares (enjuagues fluorados) y a nivel individual (aplicaciones de geles, soluciones fluoradas, etc.).

3 Planteamiento del problema

Es bien sabido que la caries dental es una enfermedad que tiene su mayor prevalencia en la edad escolar, se caracteriza por ser un padecimiento mutilante cuando ésta avanza hasta su último grado sin que se haya aplicado medida preventiva alguna. La pérdida precoz de dientes esta asociado a enfermedades sistémicas como factores de riesgo, en casos de endocarditis bacteriana, fiebre reumática, alteración en deglución y fonación.

Los prestadores de servicios en algunos casos no publican la prevalencia de enfermedad, y programan su atención en base a programas estéticos y no a las necesidades reales de atención. De igual forma, es importante saber si en realidad:

- ¿Se conocen cuáles son los factores de riesgo que están asociados con esta población para el desarrollo de este padecimiento que demanda atención dental?.
- ¿Se tiene la información que relacione el índice CPO y ceo con edad y sexo?
- ¿Se conoce la influencia que tiene la Facultad de Odontología en cuanto a la prestación de un servicio, orientado acorde a las necesidades de la población infantil demandante del servicio?

4 Justificación del estudio

Conocer la prevalencia de enfermedad bucal en los escolares que demandan atención a la facultad de odontología, permitir en primera instancia diseñar proyectos en base a necesidad de atención dental y en segunda conocer la tendencia de caries en población mexicana infantil y realizar estudios posteriores sobre el efecto del fluoruro adicional en la sal y agua a los empleados en higiene bucal.

3 Planteamiento del problema

Es bien sabido que la caries dental es una enfermedad que tiene su mayor prevalencia en la edad escolar, se caracteriza por ser un padecimiento mutilante cuando ésta avanza hasta su último grado sin que se haya aplicado medida preventiva alguna. La pérdida precoz de dientes esta asociado a enfermedades sistémicas como factores de riesgo, en casos de endocarditis bacteriana, fiebre reumática, alteración en deglución y fonación.

Los prestadores de servicios en algunos casos no publican la prevalencia de enfermedad, y programan su atención en base a programas estéticos y no a las necesidades reales de atención. De igual forma, es importante saber si en realidad:

- ¿Se conocen cuáles son los factores de riesgo que están asociados con esta población para el desarrollo de este padecimiento que demanda atención dental?
- ¿Se tiene la información que relacione el índice CPO y ceo con edad y sexo?
- ¿Se conoce la influencia que tiene la Facultad de Odontología en cuanto a la prestación de un servicio, orientado acorde a las necesidades de la población infantil demandante del servicio?

4 Justificación del estudio

Conocer la prevalencia de enfermedad bucal en los escolares que demandan atención a la facultad de odontología, permitir en primera instancia diseñar proyectos en base a necesidad de atención dental y en segunda conocer la tendencia de caries en población mexicana infantil y realizar estudios posteriores sobre el efecto del fluoruro adicional en la sal y agua a los empleados en higiene bucal.

5 Hipótesis

HIPÓTESIS 1

La prevalencia de la caries dental es mayor en el sexo femenino que en el masculino

HIPÓTESIS 2

El consumo de azúcares es mayor en el sexo femenino que en el masculino.

6 Objetivos

6.1 OBJETIVO GENERAL

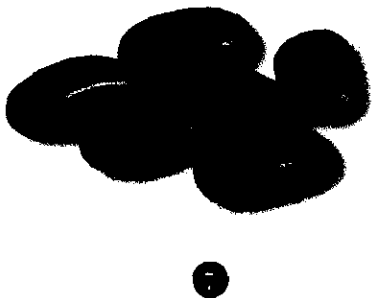
Determinar la prevalencia del COP y coe en población infantil de 6 a 12 años de edad que demandan atención dental en la Facultad de Odontología en el turno vespertino.

6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

6.2.1 Determinar la prevalencia de caries por indicadores ceo y COP y por componentes de los índices en población infantil de 6 a 12 años por edad y sexo.

6.2.2 Conocer la proporción de la demanda por delegaciones.

6.2.3 Determinar la proporción de pacientes sometidos a factores de riesgo predisponentes como la ingesta de golosinas dulces o saladas, ingesta de bebidas azucaradas, higiene bucal y escolaridad de los padres.



5 Hipótesis

HIPÓTESIS 1

La prevalencia de la caries dental es mayor en el sexo femenino que en el masculino

HIPÓTESIS 2

El consumo de azúcares es mayor en el sexo femenino que en el masculino.

6 Objetivos

6.1 OBJETIVO GENERAL

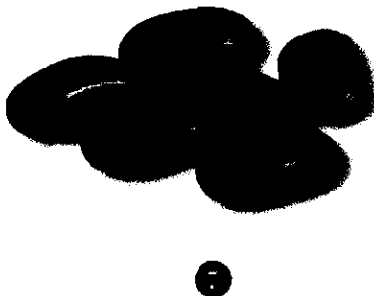
Determinar la prevalencia del COP y coe en población infantil de 6 a 12 años de edad que demandan atención dental en la Facultad de Odontología en el turno vespertino.

6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

6.2.1 Determinar la prevalencia de caries por indicadores ceo y COP y por componentes de los índices en población infantil de 6 a 12 años por edad y sexo.

6.2.2 Conocer la proporción de la demanda por delegaciones.

6.2.3 Determinar la proporción de pacientes sometidos a factores de riesgo predisponentes como la ingesta de golosinas dulces o saladas, ingesta de bebidas azucaradas, higiene bucal y escolaridad de los padres.



7 Metodología

7.1 MATERIAL Y MÉTODO

La presente investigación se realizó utilizando la información disponible en Sistema Control de Registro y Evolución de Pacientes de la Facultad de Odontología (S.I.C.O.R.E.P. de F.O.). Se revisaron las Historias Clínicas (Anexo 1), con el objeto de separar las correspondientes a escolares de 6 a 12 años de edad que demandaron atención a la clínica de admisión, durante el período 1998 y en el turno vespertino.

La información referente a caries en dientes temporales y permanentes se analizó por los indicadores de salud ceo y COP y por sus componentes.

Asímismo, se determinó la proporción de escolares sujetos a factores de riesgo como ingesta de golosinas, ingesta de bebidas endulzadas, higiene bucal, uso de otros aditamentos para la higiene bucal, y la escolaridad de los padres.

La información fue vaciada en una matriz de datos y capturada con el programa Excel.

7.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN FUERON

- a) Escolares de 6 a 12 años de edad.
- b) Historias clínicas bien elaboradas.
- c) Pacientes que demandaron atención durante el período de enero a diciembre de 1998, durante el turno vespertino.

7.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN FUERON

- a) Escolares con tratamiento de ortodoncia.
- b) Historias clínicas que no cumplan con los criterios de inclusión.

7.4 VARIABLES

7.4.2 VARIABLE INDEPENDIENTE

- * Factores de Riesgo
- * Sexo
- * Edad

7.4.2 VARIABLE DEPENDIENTE

- * Caries dental.

7.5 VARIABLES: ESCALA DE MEDICIÓN

CARIES DENTAL: es una enfermedad infecciosa con una etiología multifactorial, que incluye la susceptibilidad del huésped, la dieta y los microorganismos cariogénicos.

Se determinó tanto para dientes temporales como permanentes, a través, de los índices ceo y COP así como por sus componentes.

EDAD: se determinó en años cumplidos.

FACTOR DE RIESGO: todo hecho de diferente naturaleza que sea considerado como factor de riesgo para caries, se determinó como presente o ausente: ingesta de golosinas y bebidas endulzadas; frecuencia de higiene bucal y uso de auxiliares; y escolaridad de los padres.



8 Resultados

Para la presente investigación, se revisó un total de 1991 historias clínicas, de las que 1028 son del sexo femenino y 963 del sexo masculino; correspondientes a escolares de 6 a 12 años de edad, en los cuales se determinó la prevalencia de ceo (experiencia presente y pasada de caries) para dientes temporales y COP para dientes permanentes, asimismo se determinó la proporción de pacientes sometidos a diferentes factores de riesgo, como la ingesta de golosinas, de refrescos, la higiene bucal, el uso de pasta y otros enseres para la higiene bucal, el motivo de la consulta y también se determinó la proporción de padres con determinada preparación escolar, por último, también se determinó la proporción de pacientes que demandaron atención a la clínica de admisión en el turno vespertino de las diferentes delegaciones del área de influencia de la universidad.

La información se presenta por cuadros y por gráficos para su mejor análisis.

Cuadro 1.

DISTRIBUCIÓN PROMEDIO

DE ceo, COP Y DIENTES SANOS

EN 1991 ESCOLARES DE 6 A 12

AÑOS DEL TURNO VESPERTINO

CLÍNICA DE ADMISIÓN FACULTAD

DE ODONTOLOGÍA 1998.

Fuente S.I.C.O.R.E.P. F.O.

EDAD	DIENTES TEMPORALES				TOTAL SANOS	DIENTES PERMANENTES				TOTAL SANOS
	\bar{x}_c	\bar{x}_e	\bar{x}_o	\bar{x}_{ceo}		\bar{x}_C	\bar{x}_O	\bar{x}_P	\bar{x}_{COP}	
6	4	0	1	5	12	0.5	0	0	0.5	4
7	4	0	1	5	9	1	0	0	1	7
8	4	0	1	5	7	2	0	0	2	10
9	3	0	1	4	6	2	0	0	2	11
10	2	0	0.5	3	3	3	0.5	0	4	14
11	1	0	0	1	1	3	0	0	3	18
12	0.5	0	0	0.5	0.5	4	0.5	0	5	19

En este cuadro se presentan los diferentes grupos etáreos, y la determinación de la prevalencia de caries por indicadores, así también como por componentes; como se observa a los 6 años se determinó un ceo de 5 en promedio y 12 piezas en promedio sanas, se observa que el componente cariado es el de mayor promedio, tanto para los 6 años como para el resto de los grupos etáreos.

A esta edad el COP es muy bajo, de 0.5 en promedio con experiencia de caries permanente, y del COP en el resto de los componentes no se encuentra información. El COP por lo tanto es de 0.5, o sea, ni siquiera media pieza con experiencia de caries y el número promedio de dientes sanos es de 4. Se va observando que a medida que aumentan los grupos etáreos de 7, 8 hasta 12 años disminuye el promedio del ceo y de dientes sanos, esto es en razón de que se van perdiendo por la erupción de los dientes permanentes, así tenemos:

A los 7 años, el ceo es de 5 piezas temporales con experiencia de caries, y 9 sanas en promedio; el ceo va en decremento hasta los 12 años donde aparece como 0.5 el promedio de este índice; se puede observar, que el componente donde se presenta el mayor promedio que constituye al indicador ceo, se encuentra en el componente de caries, el cual también va en decremento a medida que aumenta la edad, la proporción de dientes temporales sanos también va disminuyendo a medida que se va aumentando la edad, por que se va presentando la erupción de los dientes permanentes.

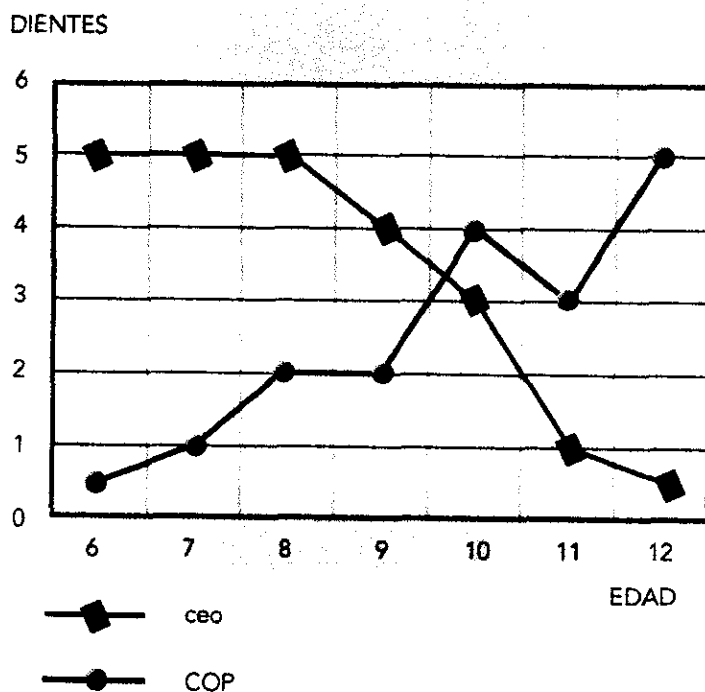
Respecto a los dientes permanentes, se observa que el componente caries al igual que en los dientes temporales, es el que va presentando el mayor cúmulo de promedio, mientras que a los 6 años es de 0.5 piezas cariadas, aumenta a 2 a los 8 y 9 años para llegar a 4 hasta los 12 años.

El componente de obturados, siempre es igual que el de perdidos, son los que tienen menores promedios, todos se van señalando como cero, hasta los 10 años que alcanza 0.5. El COP a medida que aumenta la edad, aumenta de 0.5 a los 6 años, a 1 a los 7 años, a 2 a los 8 y 9 años, aumenta a los 10 años a 4 y ahí un ligero descenso a 3 en los 11 años, probablemente debido al tamaño de la muestra para llegar a 5 en dientes permanentes.

A la edad de 12 años el promedio de dientes sanos va aumentando de 4 a los 6 años, hasta llegar a 19 a los 12 años, en donde se asume que ya no se encuentran dientes temporales presentes, como se indica en el promedio de dientes sanos temporales, por lo tanto, a los 12 años la mayoría de los escolares tienen hasta los segundos molares permanentes erupcionados o al menos alguno de ellos.

Gráfica 1.
 PREVALENCIA DE ceo Y COP
 CORRESPONDIENTE A ESCOLARES
 DE 6 A 12 AÑOS, DEMANDANTE
 DEL SERVICIO DENTAL DE LA
 FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
 DE LA U.N.A.M. 1998
 (TURNO VESPERTINO).

Fuente S.I.C.O.R.E.P. F.O.



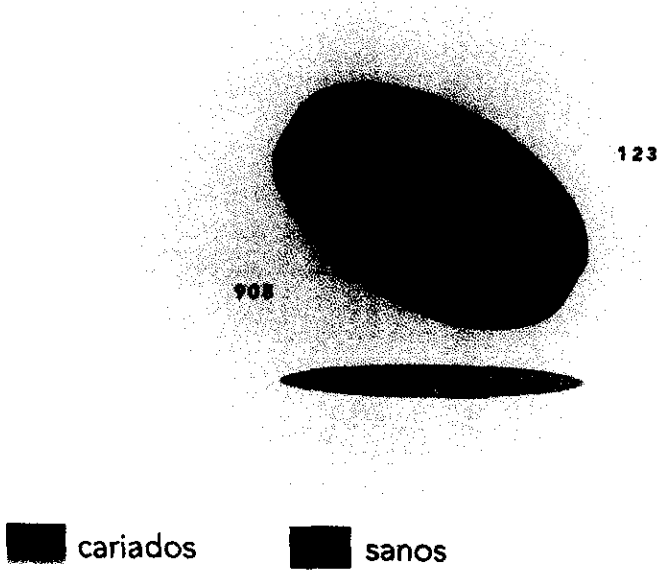
En esta gráfica se observa la tendencia de la caries dental, tanto en los dientes temporales como en los dientes permanentes. Estos son inversamente proporcionales: a mayor edad mayor es el valor del COP y menor el ceo; en cierto momento éstos índices se cruzan a los 10 años, presentando en promedio el mismo número de dientes involucrados, esto es que a los 10 años se presentan en promedio 3 piezas temporales con experiencia de caries presente y pasada, y también se presentan 3 piezas en promedio de piezas permanentes con experiencia de caries.

Las gráficas 2 y 3 representan el número de casos detectados en el período de tiempo en la población estudiada, dando como resultado una tasa de prevalencia para el sexo femenino de 88 y para el masculino de 83.

Gráfica 2

DISTRIBUCIÓN DE CASOS SANOS CONTRA CARIADOS DE LA POBLACIÓN FEMENINA

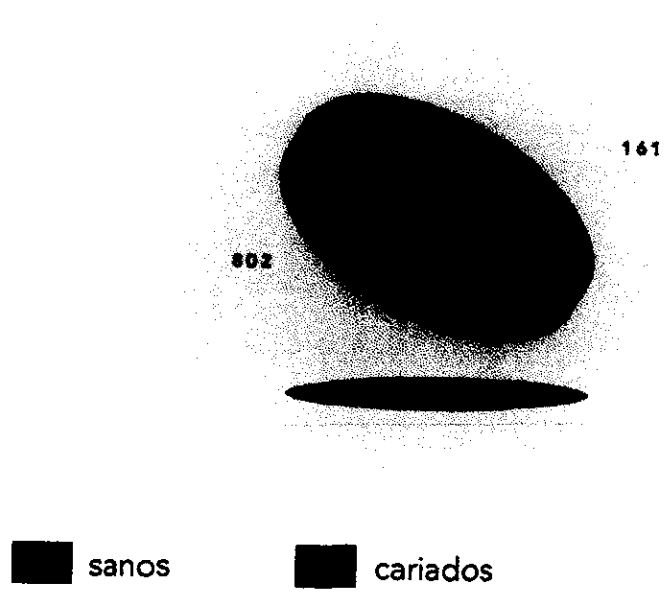
Fuente S.I.C.O.R.E.P. F.O.



Gráfica 3

DISTRIBUCIÓN DE CASOS SANOS CONTRA CARIADOS DE LA POBLACIÓN MASCULINA

Fuente S.I.C.O.R.E.P. F.O.



Se sabe que para caries existen diferentes factores de riesgo, a los que están sometidos los escolares encuestados, se tomaron los que están asentados en la historia clínica que fue levantada en la clínica de admisión, y que ahora está siendo recabada por S.I.C.O.R.E.P. ; pero se tomaron únicamente los siguientes para el análisis de la información con sus correspondientes resultados:

Ingesta de golosinas y refrescos.

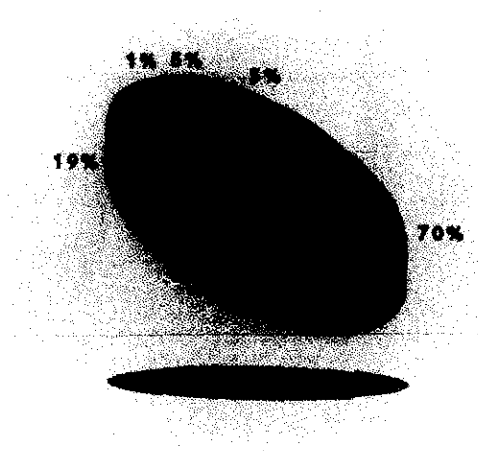
Se registraron diferentes categorías para golosinas: dulces, saladas o ambas. Para refresco, el consumo de 1 a 3, de 4 a 6 y 7 ó más medios litros a la semana.

Respecto a la ingesta de golosinas, encontramos que el 94% de los encuestados, refieren consumir algún tipo de golosina, siendo el porcentaje más elevado para los pacientes que consumen de ambos tipos, o sea, dulces y saladas, el 19% contestó que consume sólo dulces y el 5 % saladas, que junto con el 70% antes mencionado refieren un 94%, sólo el 5% del total de encuestados mencionó que no consume algún tipo y el 1% no contestó.

Gráfica 4

DISTRIBUCIÓN
PORCENTUAL DE LA
INGESTA DE
GOLOSINAS

Fuente S.I.C.O.R.E.P. F.O.

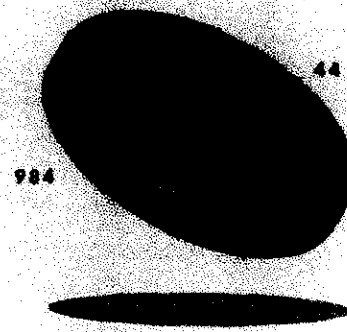


Las gráficas 5 y 6 representan los casos, para ambos sexos, de los que consumen golosinas y los que manifestaron no hacerlo; dando como resultado un porcentaje de 4 % de niñas sin consumir golosinas de la población femenina total, y un 6% de niños sin consumir golosinas de la población masculina total

Gráfica 5

DISTRIBUCIÓN DE
CASOS QUE
CONSUMEN Y LOS
QUE NO CONSUMEN
GOLOSINAS
POBLACIÓN
FEMENINA

Fuente S.I.C.O.R.E.P. F.O.

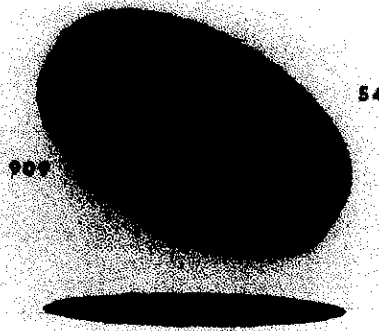


■ consume golosinas ■ no consume golosinas

Gráfica 6

DISTRIBUCIÓN DE
CASOS QUE
CONSUMEN Y LOS
QUE NO CONSUMEN
GOLOSINAS
POBLACIÓN
MASCULINA

Fuente S.I.C.O.R.E.P. F.O.



■ consume golosinas ■ no consume golosinas

La clasificación de los pacientes que ingieren refresco está dada en función a medios litros y a la frecuencia de ingesta por semana.

El 22% no consume refresco, el 59% refiere que toma de 1 a 3 a la semana, el 9% de 4 a 6 y el 6% refiere que toma 7 ó más medios litros a la semana, y sólo el 4% no contestó.

Gráfica 7

DISTRIBUCIÓN
PORCENTUAL DE LA
INGESTA DE REFRESCOS
POR MEDIOS LITROS
A LA SEMANA

Fuente S.I.C.O.R.E.P. F.O.



Auxiliares de higiene bucal.

El cepillado se refirió a la proporción de escolares que manifiestan cepillarse en 1, 2, 3 y hasta 4 ó más veces al día; en el rubro de pasta se refiere a la proporción de los escolares que señalan utilizar pasta dental para el aseo bucal, asimismo también se asentó la información de los pacientes que utilizan pasta e hilo dental, y pasta y enjuague bucal.

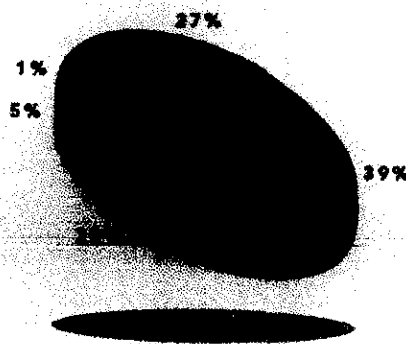
La frecuencia del cepillado (Gráfica 8) indica que el 94% de los encuestados se cepillan, distribuidos de la siguiente manera: el 28% se cepilla una vez, el 39% dos veces, el 27% tres veces y no hubo encuestados que mencionaran que se cepillan cuatro veces o más; el 5% no se cepilla y el 1% no contestó.

De igual forma cuando se analizó la utilización de pasta u otro elemento (Gráfica 9), el 85% mencionó utilizar solo pasta; el 3% mencionó que utiliza pasta e hilo, el 7% pasta y enjuague bucal, sólo el 1% utiliza conjuntamente pasta, hilo y enjuague bucal; y un 4% no contestó; por lo tanto, se observó que casi la totalidad de los pacientes que se asean la boca (el 96%) siempre utiliza pasta dental.

Gráfica 8

DISTRIBUCIÓN
PORCENTUAL DE
HIGIENE BUCAL POR
CEPILLADO AL DÍA

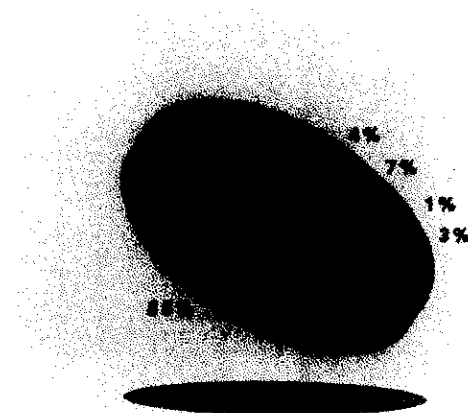
Fuente S.I.C.O.R.E.P. F.O.



Gráfica 9

DISTRIBUCIÓN
PORCENTUAL DEL
USO DE LOS
AUXILIARES PARA LA
HIGIENE BUCAL

Fuente S.I.C.O.R.E.P. F.O.



Motivo de consulta.

Los rubros que dan forma a este apartado son: pacientes que se presentan por primera vez a la Facultad de Odontología de la UNAM, para revisión dental, por dolor y para rehabilitación bucal.

Del total de encuestados el 48% refiere que asistió a la clínica de admisión, tan solo para revisión dental, el 17% se presenta tanto para el que es paciente de primera vez en la Facultad de Odontología, así como para rehabilitación bucal, el resto de los porcentajes se encuentran distribuidos en criterios como la variación de éstos, tanto para revisión bucal como rehabilitación o paciente de primera vez, o que vienen con dolor, es menester mencionar que de estos porcentajes que se presentan se desconoce cuántos de todos estos se han quedado realmente para tratamiento odontológico en la facultad, por que solo se menciona la proporción de la demanda por motivo de consulta.

Gráfica 10

DISTRIBUCIÓN
PORCENTUAL DEL
MOTIVO DE
CONSULTA

Fuente S.I.C.O.R.E.P. F.O.



Escolaridad paterna y materna.

Para este rubro las categorías son: básica, media, media superior, superior, analfabeta, alfabeto, menor y no sabe.

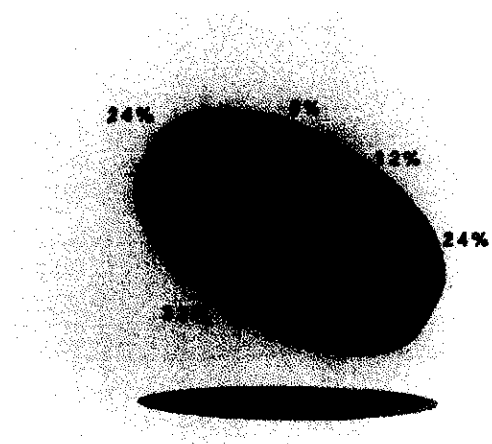
Los porcentajes obtenidos se encuentran distribuidos de manera similar, tanto para los padres como para las madres, el 32% de las madres cuentan con educación media, frente a un 30% de los padres que cuentan con el mismo tipo de educación; el 24% de las madres cuentan tan solo con primaria, en contraste con el 20% de los padres que refieren contar con el mismo tipo de educación.

El 24% de las madres cuentan con educación media superior y el 22% de los padres refieren la misma instrucción escolar; en cambio el 18% de los padres, refieren contar con educación superior y tan solo el 12% de las madres de los encuestados cuentan con este tipo de educación, el resto de los porcentajes, se encuentran distribuidos en otros (analfabeta, alfabeto y que no sabe).

Gráfica 11

DISTRIBUCIÓN
PORCENTUAL DEL
NIVEL
ACADÉMICO DE
LAS MADRES

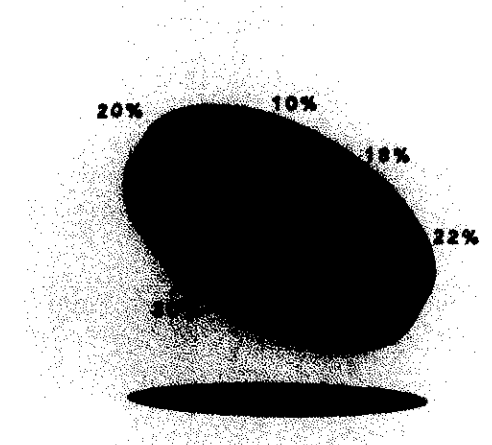
Fuente S.I.C.O.R.E.P. F.O.



Gráfica 12

DISTRIBUCIÓN
PORCENTUAL DEL
NIVEL
ACADÉMICO DE
LOS PADRES

Fuente S.I.C.O.R.E.P. F.O.



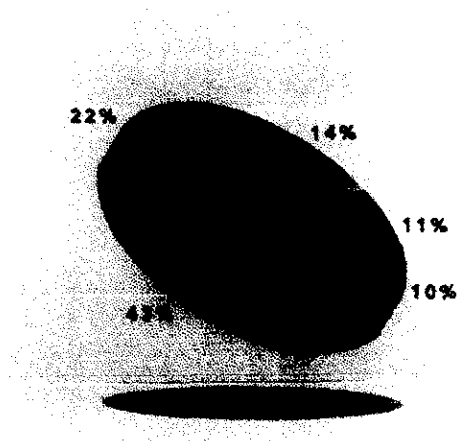
Demanda por delegación, y estados circunvecinos.

Por último, la mayor proporción de demandantes se encuentran dentro de la delegación a la que pertenece la universidad, que es Coyoacán, con un 22%; le sigue la delegación de Iztapalapa con un 14%, Tlalpan con un 11%, Alvaro Obregón con un 10%; y el 43 % se encuentra distribuido en el resto de las delegaciones, el Estado de México y el Estado de Morelos.

Gráfica 13

DISTRIBUCIÓN
PORCENTUAL DE LA
DEMANDA DEL
SERVICIO DENTAL A LA
FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA POR
DELEGACIONES

Fuente S.I.C.O.R.E.P.F.O.



Conclusiones

Con base en los resultados descritos en la sección anterior, podemos concluir los siguientes puntos:

La hipótesis No.1 planteada, resultó ser verdadera, la prevalencia de caries dental es mayor en el sexo femenino que en el masculino.

La hipótesis No.2 resultó ser verdadera, en la población estudiada las niñas consumen mas azúcares que los niños.

Es clara la tendencia de descenso del ceo conforme aumenta la edad, asociándose al cambio natural de la dentición; y por otro lado el aumento progresivo en el COP conforme más edad tienen los pacientes.

Los factores de riesgo predisponentes de caries analizados, como son la ingesta de golosinas, de bebidas azucaradas y la higiene bucal, siguen representando porcentajes muy elevados, con lo que confirmamos que son factores de riesgo atribuibles para caries.

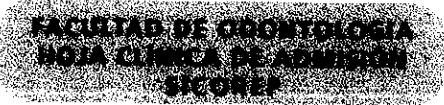
El objetivo marcado para establecer la demanda de servicio por delegación se cumplió y se demuestra que la mayor demanda de pacientes reside en las cercanías de la universidad, por lo tanto consideramos que esto debe de ser aprovechado al máximo para la promoción de servicios, divulgación de programas y estudios.

Con respecto al nivel educativo de los padres, se encontraron en lo general, porcentajes bajos de niveles superiores de educación. Este es un factor que puede influir de manera importante para la educación de los pacientes.

Todos los resultados descritos en esta tesis permiten utilizar parámetros comparativos acerca del papel tan importante que juega la Facultad de Odontología en programas preventivos, curativos y de investigación. Es decir, se puede confirmar la efectividad, corregir o implementar programas de salud.

Conclusiones

Todos los factores de riesgo analizados son parámetros para elegir el método más adecuado para promover el consumo de dietas correctas, divulgar el uso auxiliares de higiene y el mejor modo de uso, la importancia de la revisión dental temprana, el tratamiento oportuno y la conclusión del mismo. Estos métodos pueden incluir la distribución de trípticos, folletos o algún otro medio impreso; pláticas grupales e individuales, o alguna de otras acciones que ya se han llevado a cabo, todas pueden ser dentro de la facultad o fuera de ella, siempre y cuando sean accesibles a toda la población expuesta a riesgo en el entendimiento de su gran cobertura.



FECHA: _____ / _____ / _____
 DÍA MES AÑO

EXP. No. _____ / _____ / _____
 UNIDAD NÚMERO SEM-AÑO TURNO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S) M F

DOMICILIO: _____
 CALLE No. COLONIA C.P.

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ LUGAR DE RESIDENCIA: _____ ESCOLARIDAD DEL PACIENTE: _____
 DELEGACIÓN O ESTADO: _____ TELÉFONO: _____ ESCOLARIDAD DEL PADRE: _____
 ESTADO CIVIL: _____ OCUPACIÓN: _____ ESCOLARIDAD DE LA MADRE: _____

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

DIABETES: ALERGIA: CARDIOPATÍA: HIPERTENSIÓN: HPOTENSIÓN: HEMOFILIA:
 HEPATITIS: VIH: OTRAS: Especificque: _____

MALOCLUSIONES

0 = NINGUNA
 1 = LEVE
 2 = MODERADA O SEVERA

ESTADO PERIODONTAL

17 / 16	11	26 / 27
47 / 46	31	36 / 37

0 = SONO
 1 = SANGRADO
 2 = CÁLCULO
 3 = GINGIVITIS
 4 = PERIODONTITIS
 5 = CANCELAR

CONDICIONES DENTALES Y NECESIDADES DE TRATAMIENTO

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	ESTADO
																ESTADO
																ESTADO
																ESTADO
																ESTADO
																ESTADO

0 = Sono
 1 = Caries
 2 = Obturado con caries
 3 = Obturado sin caries
 4 = Perdido por caries
 5 = Perdido por otra razón
 6 = Extracción indicada
 7 = Pilar de puente fijo
 8 = No erupcionado
 9 = Excluido

CARIES → SÍ
 → NO

EDÉNTULO → NO
 → SÍ → SUP. INF.

OPACIDADES Y OTRAS ALTERACIONES DEL ESMALTE

- 0 = NINGUNA
- 1 = MANCHA BLANCA
- 2 = FLUOROSIS
- 3 = ATRICIÓN
- 4 = OTROS

NÚMERO DE DIENTES AFECTADOS

(_____)

USO DE DENTADURAS

- | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | SUP. | INF. |
| 0 = NO USA DENTADURAS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 = USA DENTADURA PARCIAL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 = USA DENTADURA TOTAL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

NECESIDADES DE DENTADURAS

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | SUP. | INF. |
| 0 = NO NECESITO DENTADURA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 = REPARACIÓN DE LA DENTADURA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 = NECESITA DENTADURA PARCIAL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 = NECESITA DENTADURA TOTAL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

- 0 = A T M NORMAL
- 1 = A T M ANORMAL

MUCOSA ORAL

- 0 = SANA
- 1 = LESIÓN

ANTECEDENTES NUTRICIONALES

PESO _____ Kg.

ESTATURA _____ m.

¿CUANTAS COMIDAS REALIZA AL DÍA? 1 2 3 4 5 6 ó más

¿QUÉ TIPO DE COMIDAS HACES AL DÍA? Desayuno Almuerzo Comida Merienda Cena

¿HA EMPLEADO DIETAS PARA AUMENTAR O REDUCIR DE PESO? No 1 vez 2 veces 3 ó más

¿CONSUME ALIMENTOS ENTRE COMIDAS? Nunca A veces Diario

¿ACOSTUMBRA COMER GOLOSINAS? Dulces Saladas Ambas Ninguna

¿CUÁNTOS REFRESCOS TOMA POR SEMANA (1/2 litro)? 0 1 a 3 4 a 6 7 ó más

¿CUÁNTAS VECES AL DÍA CEPILLA SUS DIENTES? Ninguna 1 2 3 4 ó más

¿Usa pasta de dientes? Sí No ¿Utiliza hilo dental? Sí No ¿Usa enjuague bucal? Sí No

MOTIVO DE CONSULTA 1a Vez F.O. UNAM Revisión dental Dolor Rehabilitación bucal

REFERIDO POR: Institución Dentista particular Alumno de la F.O. Atendido anteriormente en F.O.

DERECHOHABIENTE DE: IMSS ISSSTE DIF Otro Ninguno

RUTA CLÍNICA

01 ENDODONCIA	11 Remitir a Posgrado
02 PRÓTESIS FIJA Y REMOVIBLE	12 CLIPPAD
03 PROSTODONCIA	99 No especificado
04 PARODONCIA	
05 ODONTOPEDIATRÍA	
06 ORTODONCIA	
07 CIRUGÍA BUCAL	
08 OPERATORIA DENTAL	
09 EXODONCIA	
10 ODONTOLOGÍA PREVENTIVA	

1°

2°

3°

4°

5°

Nombre de alumno _____

Firma del alumno _____

Clave y firma del profesor _____

**AYALA CORTES DIANA LIZBETH
KRAMER QUIROGA JOSÉ DE JESÚS**



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**Dr. Saúl Dufoo Olivera.
Coordinador de SICOREP
Facultad de Odontología**

PRESENTE:

Por éste conducto me dirijo a usted con el objeto de solicitar su apoyo para hacer la revisión de las historias clínicas de pacientes infantiles del período que abarca de enero a diciembre de 1998, y así recabar la información necesaria para la terminación de la tesis de titulación, la cual lleva como título "Perfil cariogénico en población infantil demandante de servicio dental de la Facultad de Odontología de la U.N.A.M. 1998".

De antemano le doy las gracias.

ATENTAMENTE

**"Por mi raza hablará el espíritu"
Ciudad Universitaria a 22 de enero de 1999.**



Ayala Cortés Diana Lizbeth

Vo.Bo. Tutor: C.D.MSP. Arcelia Meléndez Ocampo. 

**c.c.p. Mtro. Javier de la Fuente Hernández.
SECRETARIO GENERAL**



Bibliografía

1. Irigoyen, M. Molina, N. Villanueva, R. García, S. Cambios en los índices de caries dental en escolares de una zona de xochimilco, México, 1984 - 1992; Salud pública de México, septiembre - octubre de 1995. 37-5:430-435
2. Mendoza, P. Pozos, B. El estado de salud bucodental en escolares de Guadalajara. *Práctica Odontológica*, 1995; 16-6: 35 - 41.
3. Irigoyen, M. Molina, N. Zepeda, M. Sánchez, G. Utilización de dentífricos y caries dental en escolares de educación media básica del Estado de México. *Revista ADM*. 1996; 53-4: 185 - 189.
4. Irigoyen, M. Zspunar, S. Armendáriz, D. Frecuencia de caries dental en niños mexicanos vs estadounidenses. *Práctica Odontológica*, 1996; 17-7: 7 - 9.
5. Torres, L. *Práctica clínica y caries dental: ¿Qué tanto se ha avanzado?*. *Dentista y Paciente*. 1995; 3-31:8 - 9.
6. Seif, T. y colaboradores. *Cariología. prevención, diagnóstico y tratamiento contemporáneo de la caries dental*. Ed. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, C.A. 1997: 37.