



11226
68

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
UNIDAD ACADÉMICA
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
GUSTAVO A. MADERO
MEXICO D.F.

EL ENFOQUE DE RIESGO DEL MEDICO FAMILIAR Y EL
MANEJO INICIAL DE LOS PACIENTES CON CARIES DENTAL,
EN LA CLINICA GUSTAVO A. MADERO.

T R A B A J O

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DRA. ADELITA PAYAN ROSAS



MEXICO, D. F.

"GUSTAVO A. MADERO"

2003

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DIRECCION

I



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**EL ENFOQUE DE RIESGO
DEL MÉDICO FAMILIAR Y EL MANEJO INICIAL DE LOS PACIENTES CON
CARIES DENTAL, EN LA CLINICA GUSTAVO A. MADERO.**

**TRABAJO DE INVESTIGACION PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. ADELITA PAYÁN ROSAS



ISSSTE

**"GUSTAVO A. MADERO"
DIRECCION**

AUTORIZACIONES

DRA. LAURA ELENA SÁNCHEZ ESCOBAR

**PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "GUSTAVO A. MADERO "
ISSSTE, MÉXICO D.F.**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**EL ENFOQUE DE RIESGO
DEL MÉDICO FAMILIAR Y EL MANEJO INICIAL DE LOS PACIENTES CON
CARIES DENTAL, EN LA CLINICA GUSTAVO A. MADERO.**

PRESENTA:

DRA. ADELITA PAYÁN ROSAS

AUTORIDADES DEL ISSSTE



DRA. MA. ANGELICA GALLEGOS
DIRECTORA DE LA CLÍNICA GUSTAVO A. MADERO



DR. LUIS BELTRÁN LAGUNES
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DE LA CLINICA GUSTAVO A. MADERO

 **ISSSTE**

**"GUSTAVO A. MADERO"
DIRECCION**

III

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ASESOR

DR. E. RAÚL PONCE ROSAS

**PROFESOR TITULAR "A" T.C. O.D.
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

IV

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**EL ENFOQUE DE RIESGO
DEL MÉDICO FAMILIAR Y EL MANEJO INICIAL DE LOS PACIENTES CON
CARIES DENTAL, EN LA CLINICA GUSTAVO A. MADERO.**

PRESENTA:

DRA. ADELITA PAYÁN ROSAS

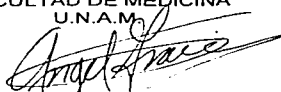
Autoridades del Departamento de Medicina Familiar



DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ARNULFO IRIGÓYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ÁNGEL GRACIA RAMÍREZ
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

v

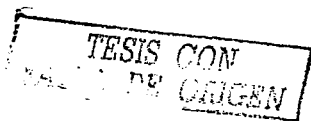
AGRADECIMIENTO

A la Dra Silvia Landgrave Ibañez, que sin su asesoría, no habría podido terminar este trabajo de investigación, le agradezco doctora todo el tiempo que me dedico a la asesoría de tesis, me hubiera gustado estuviera en mi examen, pero por motivos ajenos a nosotros, esto no es posible. Por medio de este conducto le doy las gracias y le estoy profundamente agradecida por todo su apoyo como asesora, sus consejos, créame los tomaré siempre en cuenta, ya que usted es una gran persona con nobles sentimientos y una excelente maestra para dirigir tesis, ojalá siga dirigiendo trabajos de investigación, así la Universidad en conjunto con el departamento de Medicina Familiar estarán cada día orgullosos de tenerla entre ellos.

Gracias Dra. Silvia Landgrave Ibañez.



Dra. Payán Rosas Adelita
R3 de Medicina Familiar CMF Gustavo A. Madero



A mis padres y hermanos que tanto extraño, a pesar de la distancia, siempre están conmigo, en cualquier momento de mi vida, apoyándome siempre, los amo, Dios me los bendiga siempre.

A mi esposo Pedro, por su gran amor, el cuál siempre ha salido a flote en momentos difíciles de nuestra vida, la distancia nos ha separado momentáneamente, pero ya pronto estaremos siempre juntos y valdrá la pena nuestra espera. Te amo Pedro.

**TESIS CON
FALLA DE COPIA**

Agradecimientos

Al **Dr. Raúl Ponce** por su invaluable enseñanza y el tiempo que dedica a la investigación en medicina familiar.

A la **Dra. Laura Sánchez** por sus valiosos conocimientos y su disponibilidad que siempre tiene para enseñar.

Al **Dr. Jorge Balderas** por su enseñanza y consejos en el taller de familia.

A la **Dra Blanca Valádez** por sus consejos y ternura que siempre me brinda.

Al **Dr. Luis Beltrán** por su apoyo y compañerismo en la especialidad.

Todos excelentes seres humanos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Resumen

Objetivo: Describir las acciones del enfoque de riesgo y el manejo inicial de la caries dental que realiza el médico familiar en la Clínica Gustavo A. Madero

Diseño: Descriptivo, transversal, retrospectivo, no comparativo

Material y métodos En Abril de 2003, en la Clínica Gustavo A. Madero del ISSSTE, se aplico una encuesta a pacientes, relacionada con la caries dental en los pasillos y salas de espera de la clinica. La encuesta constó de 27 preguntas distribuidas en 4 secciones.

Resultados: Se aplicaron 150 encuestas. 54% de los entrevistados afirmaron tener caries dental. 71% se autorefieren al servicio dental; 52% de los médicos familiares revisaron la cavidad oral de los pacientes. De los pacientes con diagnóstico de caries dental, solo el 65% fueron referidos al servicio respectivo. En las notas médicas no hubo evidencia de acciones preventivas para conservar la salud bucal de los pacientes. El 12.7% de los médicos familiares, realiza el diagnóstico de caries dental y el 87.3% no lo realiza, de los pacientes que son diagnosticados el 88.7% son enviados al servicio dental, de los cuales el 64.7% inició su atención en el servicio dental y el 35.3% no lo hizo.

Conclusiones: El médico familiar, no aplica el enfoque de riesgo en la salud bucal de los pacientes, no realiza labores de promoción de la higiene bucal, no refiere la caries dental, no deriva al servicio respectivo; no realiza el diagnóstico en pacientes pediátricos, embarazadas y ancianos. El médico familiar debe capacitarse, sobre la importancia que tiene realizar diagnóstico y derivar oportunamente, transmitiendo educación para la salud a todos sus pacientes.

Palabras clave: Caries dental, diagnóstico temprano, médico familiar, enfoque de riesgo.

Summary

Objective: To describe the actions of the risk approach and the initial handling of the tooth decay that the family doctor carries out in the Unity of Medicine Family (UFM) Gustavo A. Madero

Design: Descriptive, cross-over, retrospective, not comparative.

Material and methods: In April of 2003, in the Unity of Medicine Family (UFM) Gustavo A. Madero of the ISSSTE, a survey was applied to patient, related with the tooth decay in the corridors and rooms of wait of the clinic. The survey consisted of 27 questions distributed in 4 sections

Results: 150 surveys were applied, the interviewees' 54% affirmed to have tooth decay, 71% you self-reference to the dental service; the family doctors' 52% revised the mouth cavity of the patients. Of the patients with diagnostic of decay, alone tooth 65% was referred to the respective service. In the medical notes there was not evidence of preventive actions to conserve the mouth health of the patients. 12.7% of the family phisician, they carries out the diagnosis of tooth decay and 87.3% they doesn't carry out it; of the patients that 88.7% is diagnosed they are correspondents to the dental service, of which 64.7% began its attention in the dental service and 35.3% they didn't make it.

Conclusions: The family doctor, doesn't apply the focus of risk in the mouth health of the patients, he doesn't carry out works of promotion of the mouth hygiene, he doesn't refer the tooth decay, it doesn't derive to the respective service, they doesn't carry out the I diagnose in patient children, pregnant and old men. The family doctor should be qualified, about the importance that has to carry out diagnostic and to derive appropriately, transmitting education for the health to all his patients.

Words key: Tooth decay, early diagnostic, family phisician, risk approach.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE**Pag.****1- Marco teórico****1.1. Antecedentes**

1.1.1. Síntesis histórica de la medicina familiar en México.....	1
1.1.2. Acciones del médico familiar.....	2
1.1.3. Perfil del médico familiar.....	4
1.1.4. Áreas de la práctica profesional del médico familiar.....	6
1.1.5. Atención Primaria de Salud.....	8
1.1.6. Síntesis histórica de la caries dental.....	11
1.1.7. Definición de caries dental.....	13
1.1.8. Clasificación de caries dental.....	14
1.1.9. Epidemiología de la caries dental.....	16
1.1.10. Factores predisponentes.....	17
1.1.11. El papel del médico familiar en el diagnóstico de caries dental.....	19
1.1.12. Factores de riesgo secundario.....	21

1.2. Planteamiento del problema.....	23
--------------------------------------	----

1.3. Justificación.....	26
-------------------------	----

1.4. Objetivo general y específicos.....	28
--	----

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

XI

2.- Material y métodos.....	29
2.1. Tipo de estudio.....	29
2.2. Diseño de investigación del estudio.....	30
2.3. Población, lugar y tiempo.....	31
2.4. Muestra.....	31
2.5. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	31
2.6. Variables.....	32
2.7. Definición conceptual y operativa de las variables.....	32
2.8. Diseño estadístico.....	33
2.9. Instrumento(s) de recolección de datos.....	34
2.10. Método de recolección de datos.....	34
2.11. Maniobras para evitar o controlar sesgos.....	36
2.12. Prueba piloto.....	36
2.13. Procedimientos estadísticos.....	38
2.13.1. Plan de codificación de los datos.....	38
2.13.2. Diseño y construcción de la base de datos.....	38
2.13.3. Análisis estadístico de los datos.....	38
2.14. Cronograma.....	38
2.15. Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio.....	38
2.16. Consideraciones éticas.....	38

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

XII

3.- Resultados.....	40
4.- Discusión.....	54
4.1. Aplicabilidad práctica y clínica de los resultados en el perfil profesional, los ejes de acción y las áreas de estudio de la medicina familiar	60
5.- Conclusiones.....	62
6.- Referencias.....	64
7.- Anexos.....	67

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

XIII

1. MARCO TEÓRICO.

1.1 ANTECEDENTES.

1.1.1. SÍNTESIS HISTÓRICA DE LA MEDICINA FAMILIAR EN MÉXICO.

Los orígenes de la Medicina Familiar en México pueden remontarse hasta el año de 1953, época en que el Instituto Mexicano del Seguro Social estaba en pleno crecimiento. La atención de la medicina general se encontraba en una etapa de pobre organización. Los médicos tenían poco conocimiento de los problemas de sus pacientes y se abusaba de la visita domiciliaria. Ante esta situación, un grupo de médicos que laboraba en dicha institución, en Nuevo Laredo, Tamaulipas, planteó la posibilidad de estructurar el sistema de atención médica e inició un ensayo dirigido a valorar su propuesta, la cual consistió en delimitar las características de las acciones del médico de familia, sobresaliendo el hecho de que atendería núcleos de población bien determinados y que trabajaría en equipo médico^{1,2}.

Debido a los resultados exitosos de este modelo, dos años más tarde, en 1955 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) dio su aprobación para experimentar en forma más amplia el sistema médico familiar en dos clínicas de Distrito Federal.

Ante este panorama y con la necesidad de formar médicos especialistas en medicina familiar, el IMSS elaboró un programa educacional que inició en 1971 con treinta y dos alumnos, bajo la forma de residencia médica, en el Distrito Federal; tres

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

años después en 1974 la Facultad de Medicina de la UNAM reconoció a la Medicina Familiar como especialidad (otorgándole el reconocimiento universitario de programa académico); al año siguiente en 1975 el Consejo Técnico de la Facultad de Medicina de la UNAM aprobó la creación del Departamento de Medicina General Familiar y Comunitaria, primero en su tipo en Iberoamérica.

En 1977, la Escuela de Medicina de la Universidad de Nuevo León inició su propio programa académico para la formación de médicos familiares.

A partir de 1978 la Facultad de Medicina de la UNAM acordó con las autoridades de las instituciones de salud: la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), desarrollar un curso de especialización en Medicina Familiar. Finalmente el curso inicia en Marzo de 1980¹.

1.1.2. ACCIONES DEL MÉDICO FAMILIAR.

El médico de familia se define como "un profesional que es responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo que solicite atención médica, sin tener en cuenta sexo, edad, raza, religión, cultura o clase social, así como diagnóstico de los pacientes"³.

Por lo que el médico de familia debe realizar las acciones señaladas por Mc Whinney; quien las divide en nueve principios. Ninguno es único ni particular de la Medicina Familiar y no todos los médicos de familia ejemplifican los nueve completos. Sin embargo, cuando se toman en conjunto, esos principios representan una visión distinta del mundo —un sistema de valores y un enfoque hacia los problemas- que se identifica como diferente de los de otras disciplinas^{2,4}.

TESIS CON
FALLA DE URGEN

1.-El médico de familia está comprometido con la persona más que con un cuerpo particular de conocimientos, grupo de enfermedades o una técnica especial. Su función no termina con la curación de la enfermedad, si no que le da seguimiento.

2.-El médico de familia se esfuerza por comprender el contexto de la enfermedad. William James escribió: "Para comprender una cosa correctamente, necesitamos verla tanto fuera de su ambiente como dentro de él y conocer la gama completa de sus variaciones".

3.-El médico de familia ve cada contacto con sus pacientes como una oportunidad para la prevención y la educación para la salud.

4.-El médico de familia considera al conjunto de sus pacientes como población en riesgo.

5.-El médico de familia se ve a sí mismo como parte de una amplia red comunitaria de organizaciones para la atención de la salud.

6.-Idealmente, el médico de familia debe compartir el mismo hábitat de sus pacientes, lo que le da un conocimiento de primera mano de las condiciones de vida y trabajo de sus pacientes. En años recientes esto se ha vuelto menos común excepto en áreas rurales.

7.-El médico de familia ve a sus pacientes en las casas así como en el consultorio y el hospital.

8.-El médico de familia agrega importancia a los aspectos subjetivos de la medicina. La comprensión profunda de las relaciones requiere un conocimiento de las emociones, incluyendo las nuestras. De ahí que la Medicina Familiar debe ser una práctica auto-reflexiva.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

9.-El médico de familia es un gerente de los recursos, tiene el manejo amplio de éstos y es capaz, dentro de ciertos límites, de controlar la admisión en el hospital, el uso de investigaciones, las prescripciones de tratamiento y la derivación hacia los especialistas.

1.1.3. PERFIL DEL MÉDICO FAMILIAR.

- El Perfil del Médico Familiar de la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA).

La definición del perfil profesional del médico de familia realizada por la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA) en el año de 1991³, menciona lo siguiente: "El Médico General o Médico de Familia es el profesional que, ante todo, es responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo que solicite asistencia médica y puede implicar para ello a otros profesionales de la salud, que prestarán sus servicios cuando sea necesario. El Médico General o Médico de Familia es un generalista en tanto que acepta a toda persona que solicita atención, al contrario que otros profesionales o especialistas, que limitan la accesibilidad de sus servicios en base a la edad, el sexo y/o el diagnóstico de los pacientes".

- El Perfil del Médico Familiar en el Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

El perfil del médico familiar descrito en el Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM)¹, comprende tres vertientes de logros educativos que se esperan como efectos del proceso de educación formal: la orientación humano-profesional (el ser),

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

la formación intelectual (el saber) y el desempeño operativo del especialista médico (el saber hacer).

A través de una práctica médica sustentada en una metodología educativa centrada en la solución de problemas, se propone lograr que el egresado sea un médico especialista altamente competente en su ámbito específico de acción para¹:

- Emplear con eficacia y eficiencia el conocimiento, los métodos y las técnicas de la atención médica apropiados a las circunstancias individuales y de grupo que afronta en su práctica profesional.
- Aplicar con sentido crítico los recursos de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación dentro de su ámbito especializado de acción.
- Seleccionar, analizar y valorar la literatura médica de su especialidad aplicándola con pertinencia a su quehacer cotidiano con el fin de sustentar, profundizar y ampliar sus acciones profesionales.
- Colaborar productivamente en grupos de trabajo interdisciplinario del ámbito de la salud procurando una visión integradora de su quehacer en relación con el trabajo de los demás profesionales del área.
- Participar en acciones de educación para la salud dirigidas a los pacientes y grupos sociales, así como en la difusión del conocimiento médico a sus pares y a las nuevas generaciones de profesionales de la salud.
- Interpretar el proceso de formación profesional del médico como fenómeno humano y social, tomando en consideración las condiciones institucionales en las que se realiza el ejercicio y la enseñanza de la medicina.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Sustentar el ejercicio de su especialidad en los principios del humanismo considerando la integridad biopsíquica del individuo en su interacción constante con el entorno social.
- Procurar su educación permanente y superación profesional para su continuo perfeccionamiento y el empleo ético del conocimiento médico.

1.1.4. ÁREAS DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL DEL MÉDICO FAMILIAR.

Gallo³, ha definido cinco grandes áreas de práctica profesional del médico familiar.

1.-Área de atención al individuo.

La primera responsabilidad del médico de familia es la de prestar una atención clínica efectiva y eficiente. Para ello, deberá poseer una serie de conocimientos, habilidades y actitudes que le capaciten para llegar a conocer el origen del problema que causa la demanda (diagnóstico), darle respuesta (tratamiento) y conseguir su desaparición (curación).

La atención del médico de familia al individuo se realiza en todas las etapas del ciclo vital y al estar implicado en todas las etapas de la historia natural de la enfermedad, podrá participar en el cuidado de la salud en todas sus formas de intervención, mediante actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

2.-Área de atención a la familia.

El triángulo formado por el individuo, la familia y el médico constituye la base de la medicina familiar.

La familia constituye, en su lado positivo, un recurso fundamental en el mantenimiento de la salud de sus componentes y también en el cuidado y la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

resolución de problemas cuando alguno de ellos enferma. Pero también, en su aspecto negativo, puede ser generadora de enfermedad y perpetuadora de síntomas, hábitos de vida inadecuados y conductas de salud erróneas.

3.-Área de atención a la comunidad.

Todos los textos y documentos que definen el perfil profesional o la práctica del médico de familia incluyen la necesidad de su conocimiento de los problemas de salud de la comunidad, así como de los recursos de la misma, tanto sanitarios como de otros sectores, para poder priorizar las acciones que den respuesta a los problemas locales de mayor importancia.

4.-Área de docencia e investigación.

El reconocimiento de las funciones de docencia e investigación en los equipos de atención primaria representó, en su momento una importante novedad, cuyo desarrollo práctico ha supuesto una notable mejora cualitativa y cuantitativamente de la investigación realizada en este primer nivel de atención. Las distintas facetas de las actividades docentes de un médico de familia pueden resumirse en:

- a) Autoformación.
- b) Formación continuada dentro del equipo de atención primaria.
- c) Docencia a otros profesionales.
 - Docencia de pregrado.
 - Docencia de posgrado.

5.-Área de apoyo.

En esta quinta y última área de práctica del médico de familia han quedado incluidas 4 subáreas que, sin tener individualmente la relevancia e importancia de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

las cuatro anteriores, deben estar presentes en el perfil del médico familiar, ya que aspectos como el trabajo en equipo, la gestión de recursos y administración sanitaria, el sistema de registro y la garantía de calidad están permanentemente relacionados, en mayor o menor grado, con la actividad del médico de familia^{3,5}.

1.1.5. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

En 1978 en Alma Ata, URSS, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria, considerando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, del personal de salud y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud, promulgó la Declaración de Alma Ata la cual, en algunos de sus partes, habla del espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación que deben tener los individuos, las familias y comunidades mediante la plena participación en su asistencia básica en salud⁶.

La Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud reunida en Ottawa, Canadá, en 1986, tomó como punto de partida los progresos alcanzados a raíz de la Declaración de Alma Ata y emitió la carta de Ottawa, dirigida a la consecución del objetivo "Salud para todos en el año 2000". en ella se conceptuó que:

"La Salud se percibe, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza que se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana: en el trabajo, el colegio, el hogar, el patio de recreo, la calle. La salud es el resultado de los cuidados que uno se piensa de sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida

propia y de asegurar que la sociedad en la que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud".

Como puede verse la Carta de Ottawa incorpora el concepto de trabajar por la salud en el día a día de cada uno y de la comunidad en su conjunto. Un prerrequisito para la salud es tener la posibilidad de acceder a la información y a la educación para poseer los conocimientos y las oportunidades que lleven a las personas a buscar opciones en salud, a ejercer un mayor control sobre la misma y sobre el medio ambiente. Es la educación pues, la herramienta que nos ayuda a mejorar a través del autocuidado, entendido, como la forma que utilizan los miembros de una sociedad para cuidar de sí mismos, de los otros y de su entorno^{6,7}.

Las prácticas de autocuidado se pueden asumir de manera individual y colectiva, se expresan en los hábitos, costumbres, creencias y comportamientos que, como elementos culturales, responden a la capacidad de supervivencia de una persona y de una sociedad⁸.

El objetivo de las prácticas de autocuidado en salud es promover, mantener, prevenir y curar, en busca de vivir más pero con calidad de vida; considerada ésta como la situación de vida que depende de las posibilidades que tenga la persona, la familia y la comunidad para satisfacer de manera adecuada las necesidades básicas culturalmente definidas, indispensables para el desarrollo del potencial humano y el ejercicio responsable de su capacidad, sin menoscabar el ambiente físico y cultural⁹.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El médico familiar considera a cada contacto con su paciente como una oportunidad para aplicar medidas de prevención y educación sanitaria. Ve en sus pacientes a una población en riesgo y no sólo como un individuo expuesto. Se considera a sí mismo como una red de apoyo³.

Las unidades de primer nivel (clínicas y centros de salud) en México, son responsables de llevar a cabo las acciones aprobadas por diversas Normas, como la de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Embarazo, Expediente Clínico, Control de Niño Sano, etc. Una de ellas también es la Norma Oficial Mexicana de Prevención y Control de Enfermedades Bucales⁹, en ella se pretende dar énfasis a la prevención, disminución de costos y la reducción, en la mayor medida posible, de los problemas derivados de la mala práctica; todo esto con el propósito de mejorar el nivel de salud bucal de la población mexicana y de crear una nueva cultura: La Cultura de la Salud Bucal, la cual es la resultante de un complejo y dinámico juego de factores, conocido como el proceso salud-enfermedad; por lo tanto el modelo de atención para las enfermedades bucales deberá estar basado en el reconocimiento de éste y en el manejo de la prevención para la correcta conservación de las estructuras y funcionamiento del aparato estomatognático que permitan, en el mediano y largo plazo, disminuir el nivel de incidencia y prevalencia de las enfermedades bucales más frecuentes en la población mexicana⁹.

Como se ha mencionado anteriormente el enfoque de riesgo es una de las prioridades de la medicina familiar, en todas las áreas en donde se desenvuelve el individuo, por lo que el médico de familia considera cada contacto con sus pacientes

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

como una ocasión ideal para aplicar medidas de prevención o educación sanitaria y considera al conjunto de sus pacientes como una población en riesgo. Debido a lo anterior el médico familiar no es responsable de tratar la caries dental, pero sí de diagnosticar y derivarla oportunamente, evitando así una amplia gama de complicaciones que va desde pérdida dental hasta problemas cardíacos como endocarditis.

1.1.6. SÍNTESIS HISTORICA DE LA CARIES DENTAL.

Parece ser que la caries existió en el Homo Sapiens desde la era paleolítica, se han encontrado registros relacionados con problemas dentales en la antigua Asia, en África y América¹⁰.

Se han descubierto algunos restos humanos antiguos con recubrimientos de oro como una medida de corrección y decorativa.

Los chinos fueron los primeros en diagnosticar las probables causas de caries dental, tenían la idea de que la caries dental la ocasionaba un gusano y fueron ellos quienes introdujeron algunas medidas terapéuticas orientadas a curar la caries dental, basados en la utilización de raíces (ginseng), tubérculos (ajo), granada, ruibarbo y arsénico, así como orina y excrementos de animales para extraer los gusanos, además utilizaban trozos de bambú para sujetar dientes sueltos.

Durante la edad media, las ceras y resinas eran la base de materiales utilizados para rellenar las cavidades; a mediados del siglo XV se usaron fundas de oro y plomo. A principios del siglo XIX se incorporaron las amalgamas de mercurio y plata, mejorando gradualmente los materiales utilizados. Para las incrustaciones se

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

desarrollaron resinas sintéticas y acrílicos autopolimerizables y el uso de la porcelana fundida llegó a ser un arte altamente sofisticado¹¹.

Moore y Corbett (1971, 1973, 1976), estudiaron la prevalencia de caries, en las denticiones de poblaciones antiguas en las Islas Británicas, abarcando el período desde la edad de hierro (550 aC al 43 dC) hasta el siglo XIX. El estudio indica que la prevalencia y patrón de la caries no cambió significativamente durante los 2000 años o más desde el comienzo de la edad de hierro al periodo medieval (1066-1500 dC).

Durante este periodo el nivel de caries total era muy bajo, y el sitio más frecuente de ataque en la población más joven era la superficie oclusal. La frecuencia de lesiones en esta superficie desaparecía con la edad debido a la fricción de los dientes, resultante de las características abrasivas de la dieta.

Estos autores dedujeron que el patrón de caries y el aumento en prevalencia durante los siglos XVIII y XIX estuvieron vinculados con cambios dietéticos y particularmente, con el mayor consumo de hidratos de carbono refinados.

La prevalencia de caries es generalmente más baja para países asiáticos y africanos, más elevada para los países americanos y otros occidentales¹².

Poblaciones en el hemisferio occidental que viven en áreas donde las aguas contienen niveles significativos de fluoruro, tienen una menor prevalencia de caries.

Las diferencias regionales reflejan diversas variables importantes que afectan la caries, como la dieta, indicios de elementos en la composición de los suelos, incluyendo fluoruros, latitud y mezcla racial de la población¹².

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.1.7 DEFINICION DE CARIES DENTAL.

La caries dental es la patología más frecuente de la cavidad oral y la que motiva más consultas de urgencia¹³.

Es un proceso multifactorial en cuya etiología interviene la flora bacteriana (especialmente unas bacterias como el estreptococo mutans), el sustrato de hidratos de carbono que favorece su multiplicación y la vulnerabilidad del diente al ataque de los ácidos producidos por la acción de las bacterias sobre los azúcares¹⁰.

Algunos autores^{14,15} han reconocido y descrito el proceso de la caries como dependiente de las relaciones mutuas de tres grupos importantes de factores: microbianos, del sustrato y propios del sujeto afectado. Para que se inicie el proceso de la enfermedad han de intervenir simultáneamente esas tres clases de factores.

La caries dental, como lo menciona Alfonsín referido por Rubinstein¹⁷, "es un proceso infeccioso cuya consecuencia consiste en la destrucción progresiva de la sustancia mineralizada y del componente orgánico del diente. La magnitud de su avance depende del equilibrio entre los procesos destructivos y los defensivos".

Otros autores como Newbrum describen a la caries como "un proceso patológico de destrucción de los tejidos dentales causada por microorganismos (latín: caries = podredumbre) ¹².

La real academia española lo menciona como: descomposición molecular o muerte de un hueso que se torna blando, decolorado y poroso ¹⁶.

La Norma Oficial Mexicana de Salud Bucal, la define como "la enfermedad infecciosa transmisible multifactorial que provoca la destrucción de los órganos dentarios"⁹.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.1.8 CLASIFICACIÓN DE CARIES DENTAL.

La historia natural de la lesión de caries es siempre el avance de la lesión, pudiendo afectar sucesivamente y en profundidad las diferentes capas de una pieza dental.

La caries puede localizarse en el esmalte, la dentina o la raíz. También puede ser superficial o penetrar e involucrar el tejido pulpar.

El diagnóstico de caries puede ser clínico o radiográfico. Las manifestaciones clínicas varían según el tejido involucrado (esmalte, dentina o cemento), la profundidad (no penetrante o penetrante) y la ubicación (sobre superficies lisas, en fosas y fisuras o en caras interproximales)¹⁷.

Aún cuando la caries ha sido estudiada exhaustivamente desde los aspectos clínicos y de la ciencia básica, no existe hoy una clasificación de la enfermedad aceptada universalmente. En base a las características y patrones clínicos, la caries puede ser clasificada de acuerdo a tres factores básicos:

* **Morfología: esto es de acuerdo al sitio anatómico de las lesiones.**

a).-Caries oclusal (fosa y fisura) y de superficie lisa.

La clasificación más común y sencilla de la caries está basada en la susceptibilidad relativa de las superficies de los dientes.

b).- Caries radicular (cemento).

Este tipo de caries se inicia en las superficies mineralizadas de cemento y dentina que tienen un componente orgánico mayor que el tejido adamantino.

Es más frecuente en grupos de edad avanzada.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

c).- Caries adamantina lineal.

Es una forma atípica de caries, las lesiones predominan en las superficies labiales de los dientes anteriores superiores. Observada en la dentición primaria de niños.

* Dinámica: esto es de acuerdo a la gravedad y velocidad de avance de las lesiones.

a).- Caries irrestricta.

Consiste en una repentina, rápida y casi incontrolable de destrucción de dientes que suele estar relativamente libre de caries.

b).- Caries incipiente.

La lesión temprana en superficies lisas visibles de los dientes, se manifiesta clínicamente como una región opaca, blanca, que se muestra mejor cuando la zona es secada con aire.

c).- Caries detenida.

Existe evidencia clínica de que las lesiones incipientes y hasta más avanzadas, pueden detenerse si hay un cambio significativo en las condiciones ambientales en la boca que tiendan a hacer más lento el proceso de caries.

d).- Caries recurrente.

Este tipo de lesiones puede indicar una susceptibilidad inusual al ataque de la caries, una pobre preparación cavitaria, una restauración defectuosa, o una combinación de estos factores.

e).- Caries por xerostomía (caries por radiación).

Es una complicación común de la radioterapia en lesiones de cáncer bucal, provocada por la radiación¹⁰.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

* **Cronología:** esto es de acuerdo a los patrones de edad en que las lesiones predominan.

a).- **Caries infantil** (chupete o biberón).

Afecta los dientes primarios de los niños, generalmente antes de los 2 años de edad, los incisivos superiores son los más afectados.

b).- **Caries adolescente.**

Los dos periodos cronológicos en los que comúnmente se observan caries agudas, rápidamente progresivas. Estas exacerbaciones agudas son habituales a los 4-8 años, y a los 11-18 años de edad ¹⁰.

1.1.9 EPIDEMIOLOGÍA DE LA CARIES DENTAL.

El descubrimiento odontológico más significativo durante este siglo es que las poblaciones que consumen agua fluorada muestran 50-65% menos caries que poblaciones que utilizan aguas no fluoradas.

La caries dental figura entre las más significativas de las enfermedades humanas debida, simplemente a la frecuencia de su aparición. En Estados Unidos se haya afectado de esa caries más del 95% de la población y tal enfermedad es la primera, en términos del número de personas atacadas, de las enfermedades crónicas que afligen a la humanidad¹⁶.

En Estados Unidos se ha hallado que tienen caries el 21% de los niños hispánicos de un año de edad, el 8% de los afroamericanos y sólo el 5% de los blancos de la misma edad, no queda claro si esta asociación esta fundamentada en características económicas y culturales o si existen algún determinante étnico^{9,17}.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las caries son más frecuentes en poblaciones de bajos recursos económicos. Se considera que este fenómeno está determinado por su mayor dificultad de acceso a los sistemas de asistencia odontológica, su menor poder adquisitivo para llevar a cabo prácticas preventivas y sus menores conocimientos sobre la importancia de la salud bucal.

El informe de salud de las Américas de 1994, menciona que, el 86% de la población infanto-juvenil de Argentina tiene caries, con compromiso del 99.8% de los niños de ocho años¹⁷.

En México según las Estadísticas de Sistema Nacional de Salud de la Secretaría de Salud en la sección de consulta externa por programas, la salud bucal ocupó uno de los diez primeros lugares de atención médica con 4,664,280 (100%) consultas en el año 2000, de los cuales la entidad federativa que mayor número de consultas tuvo fue el Distrito Federal con 725,796 (15.5%), y el menor Baja California Sur con 18,794 (0.4%)^{17,19}.

El boletín de epidemiología de la Secretaría de Salud, menciona que la gingivitis en el embarazo ocupa del 60 a 75% en las mujeres embarazadas, la cual se relaciona generalmente a una higiene bucal pobre y a cambios hormonales y vasculares que acompañan al embarazo.

1.1.10. FACTORES PREDISPONENTES.

La caries dental es una enfermedad multifactorial en la que existe interacción de tres factores principales: el huésped (particularmente la saliva y los dientes), la microflora y el sustrato (por ejemplo, la dieta). Es decir, para que haya caries debe

haber un huésped susceptible, una flora oral cariogénica y un sustrato apropiado que deberá estar presente durante un período determinado^{10,12}.

Los factores de riesgo que favorecen la caries dental son: a) alimentación, b) aseo bucal, c) medicamentos, e) otros.

Dentro de la alimentación se encuentra la dieta rica en carbohidratos los cuales en su metabolismo final producen ácidos que dañan el esmalte, el consumo de azúcares aumenta la actividad cariosa y los azúcares retenidos en la superficie de los dientes más cariogénicos que aquellos que son inmediatamente ingeridos (líquidos) y que el tiempo de permanencia en la cavidad oral es proporcional al desarrollo de nuevas lesiones cariosas.

Los azúcares con mayor actividad cariogénica son los que se consumen entre las comidas ya que se ha demostrado que el consumo de los mismos durante la comida tiene menor actividad cariogénica^{10,17}.

La forma y frecuencia del consumo de azúcares es más importante que la cantidad de azúcar consumida¹².

La edad es un factor predisponente muy importante ya que la niñez y la senectud, así como el embarazo, son las etapas de la vida con alta incidencia en problema dental¹⁴.

En los niños la dentición permanente inicia a los seis y siete años de edad, con la aparición de los incisivos y del primer molar permanente, el segundo molar aparece a los doce años y el tercero a los dieciocho años. La senectud, es otra etapa de la vida; en la cual es muy importante el aseo bucal ya que la atrofia de glándulas salivales hace que disminuya el flujo salival, así también el consumo de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

medicamentos en enfermedades sistémicas como diabetes e hipertensión, además del tabaco y enfermedades propias de las glándulas salivales^{13,14,15}.

Los medicamentos que predisponen a presentar mayor número de caries sobre todo en pacientes ancianos son los anticolinérgicos, antidepressivos, diuréticos, bloqueadores H₂, antihistamínicos, descongestionantes y broncodilatadores sistémicos, ya que disminuyen el flujo salival lo cual predispone a caries dental y otras patologías de la cavidad oral¹⁴.

También algunos hábitos pueden predisponer caries dental como: el uso de biberón o amamantamiento entre comidas para jugar, o calmar al bebé irritado o para hacerlo dormir, también la succión del dedo pulgar, sobre todo en lactantes y preescolares¹⁷.

1.1.11. EL PAPEL DEL MÉDICO FAMILIAR EN EL DIAGNÓSTICO DE CARIES DENTAL.

El médico familiar debe orientar a la población sobre la utilidad del cepillado y el uso del hilo dental, la característica que debe tener el cepillo ha utilizar, el cual debe ser recto, de cabeza pequeña, fibras de naylon redondeadas, con terminación en un solo plano, su vida media es de tres meses posteriormente hay que renovarlo, también orientar a la población referente al tipo de alimentos que no debe consumir entre comidas, como azúcares de consistencia chiclosa ya que estos se adhieren al esmalte siendo difícil desprenderse del mismo, en cambio los alimentos con azucares líquidos no se fijan fácilmente.

Realizar anticipación al riesgo en extremos de la vida, mujeres embarazadas, los cuales son los grupos más vulnerables. En los pacientes pediátricos orientar a los

TESIS CON
FALLA DE URGEN

padres sobre la repercusión que tiene el uso de biberón y chupón en los primeros años de vida, así como la recurrencia de infecciones respiratorias y digestivas, lo cual repercute en su estado nutricional²².

Así mismo educar a los padres para que instruyan a sus hijos al uso del hilo y cepillado dental ya que si los padres practican diariamente, sus hijos los imitarán. Educar al paciente a realizar autoexploración de su cavidad oral y al observar cualquier lesión o "mancha" en su pieza dental, acudir con su médico familiar o al servicio dental.

El cepillado dental y el uso de hilo dental es la mejor forma de remover la placa dentobacteriana y evitar la caries dental¹⁵, con ello evitar también la presencia de halitosis, la cual puede traer consigo alteraciones interpersonales, así mismo hasta problemas de endocarditis en pacientes con alteraciones congénitas de corazón¹⁵.

En los pacientes ancianos se debe observar el estado en que se encuentran las piezas dentales, orientar sobre el cepillado, mencionar sobre la repercusión que tiene en su alimentación, en sistema digestivo, enviarlo por lo menos dos veces por año al servicio dental, más aún si son pacientes con enfermedades crónicas degenerativas como hipertensión y diabetes, debido a que su medicamento puede presentar efectos colaterales como disminuir el flujo salival, lo cual puede predisponer a caries dental y otras patologías de la cavidad oral¹⁴.

Las mujeres embarazadas en general manifiestan una tasa superior a lo normal de caries e inflamación periodontal (de las encías). Las causas de estos problemas, que parecen estar asociados únicamente con el embarazo, son un aumento en el metabolismo basal, incremento de la función endocrina, y una tendencia a satisfacer

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

el hambre entre las horas normales de los alimentos cuando se consume bocadillos de carbohidratos refinados. Por tanto, una buena técnica oral es una necesidad básica para las mujeres embarazadas, a lo cual el médico familiar debe orientar¹⁵.

Uno de los objetivos del médico familiar es instruir al paciente sobre su aseo bucal y al observar la presencia de caries derivarlo al servicio de odontología.

1.1.12. FACTORES DE RIESGO SECUNDARIOS.

No se puede hablar de salud óptima sin un funcionamiento adecuado de la cavidad oral ya que es la puerta de entrada a los sistemas respiratorio y digestivo, la cual esta al servicio de las funciones alimentarias y respiratorias¹³.

Los dientes primarios (o de "leche") comienzan a aparecer alrededor de los seis meses de edad (entre los cuatro y los doce meses).

Los incisivos centrales suelen ser los primeros en aparecer seguidos por los laterales, posteriormente por los caninos y por último, por los primeros y segundos molares. El preescolar de tres años de edad debe poseer 20 piezas dentales²¹.

En los pacientes recién nacidos y lactantes el uso de chupón, biberón, condicionan las llamadas "caries del biberón", mencionadas por Rubinstein¹⁷, las cuales genera alteraciones de la nutrición, destruye los dientes, se extiende a los tejidos vecinos en los que produce dolor e infección y afecta el aspecto del niño.

La dentición permanente inicia entre los seis y los siete años de edad, con la aparición de los incisivos y del primer molar permanente. El segundo molar aparece a los 12 años de edad y el tercero a los 18¹⁷.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En etapa preescolar y escolar existe recurrencia de infecciones respiratorias y digestivas, lo cual repercute en su estado nutricional²².

También la presencia de halitosis puede ser de origen bucal, aunque hay que descartar que sea de origen nasal, senos paranasales, pulmones, tubo digestivo o de la expulsión de gases procedentes de la circulación general. Para valorar si su origen es bucal se le solicita al paciente que cierre los labios y exhale el aliento por la nariz, si se detecta la halitosis en las fosas nasales del paciente, se puede inferir que la procedencia no es bucal.

La halitosis de origen bucal puede provenir de la retención de alimentos sobre las piezas dentarias, de una lengua saburral, de prótesis no higienizadas, del olor que deja el humo de tabaco, de heridas en proceso de cicatrización o de enfermedad periodontal^{15,17,18}.

La American Heart Association señala que es más factible que la endocarditis bacteriana se desarrolle en pacientes con anomalías estructurales del corazón, como las asociadas a cardiopatía congénitas, así como pacientes con válvulas cardíacas artificiales, en los cuales antes de ser intervenidos quirúrgicamente son valorados por el servicio de odontología para erradicar cualquier problema de caries u otra situación odontológica que pueda ser factor desencadenante de endocarditis¹⁵.

La dentadura no sólo es del todo esencial para una buena masticación de los alimentos, de la que deriva la deglución correcta y digestión de los mismos, sino que

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ciertas enfermedades de los dientes pueden producir efectos sistémicos, como ocurre en el caso de la endocarditis bacteriana subaguda¹⁸.

La extracción de dientes es una causa dental obvia de bacteremia, otra causa menos frecuente es el pulido de los dientes o cualquier manipulación dental.

1.2. - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Durante el desarrollo profesional del médico familiar o médico de familia en México, no existe una materia que le instruya o lo capacite para diagnosticar con eficiencia y calidad caries dental; sin embargo existen otros problemas en la cavidad oral, como el cáncer orofaríngeo, el cual un factor de riesgo para adquirirlo es una higiene dental deficiente o una mala adaptación de prótesis dentarias, al respecto el programa de Medicina Familiar y Comunitaria de España vigente³⁰ menciona en una de sus áreas de estudio que el Médico Familiar debe manejar los problemas de cara, nariz, garganta, oído y boca, al cual le otorga el nivel de responsabilidad primario, con prioridad 1 para que conozca y aplique las actividades preventivas (enfoque de riesgo), también se menciona en el programa de atención al adulto que los residentes deban de aplicar en su periodo de formación, actividades preventivas, promover hábitos saludables en la atención dental así como nivel de responsabilidad primario prioridad 1 de sus pacientes.

En el programa de Medicina Familiar y Comunitaria de España³⁰ se menciona que se debe promover la salud bucal en adultos; en el mismo programa no se encontró

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

información de la importancia de salud bucal en la atención de otras etapas de la vida, incluyendo el escolar, las embarazadas y el anciano. Es importante que las medidas de atención preventiva en salud bucal deban hacerse extensivas a las edades extremas de la vida y en particular a las mujeres embarazadas.

En el Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM) que normaliza la capacitación de especialistas, sobre todo en el área de medicina familiar, no se contempla el desarrollo de habilidades y destrezas, que puedan evaluar al médico familiar en el diagnóstico y manejo inicial de la caries dental¹, u otras patologías importantes de la boca.

Las enfermedades bucales de mayor prevalencia de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, son caries dental y enfermedad periodontal.

Los Estados Unidos Mexicanos, de acuerdo con la Clasificación Internacional de la Organización Mundial de la Salud, se encuentra entre los países de alto rango de frecuencia en enfermedades bucales dentro de ellas caries dental, que afecta a más del 90% de la población mexicana⁹.

La caries es una fuente permanente de infección y puede tener repercusiones orgánicas. La American Heart Association señala que puede provocar endocarditis en pacientes con alteraciones congénitas de origen cardiaco, al ser sometidos a cirugía valvular. En preescolares y escolares ocasiona una alta recurrencia de infecciones respiratorias y digestivas, lo cual repercute en su estado nutricional, la presencia de halitosis y la pérdida dental que trae alteraciones estéticas y funcionales^{17,21}.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En México la salud bucal se encuentra dentro de las diez primeras causas de consulta externa por programas, según las Estadísticas de Sistema Nacional de Salud de la Secretaría de Salud, de la cual la entidad federativa con mayor número de consultas es el Distrito Federal^{19,20}.

La Norma Oficial Mexicana señala que las enfermedades bucales y de ellas la caries dental, son las de mayor causa de morbilidad y demanda de atención en los servicios de salud del país, ocasionando la necesidad de grandes gastos económicos que rebasan la capacidad del Sistema Nacional de Salud⁹.

En un estudio realizado en la clínica Gustavo A. Madero situada en el Distrito Federal, zona norte, se aplicó el Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar (MOSAMEF), en el periodo comprendido de Marzo a Junio de año 2001, se encontró que el segundo lugar de morbilidad lo ocupó la caries dental²³.

En la clínica Gustavo A. Madero, lugar donde se realizó este trabajo, la caries dental ocupa el segundo lugar dentro de la morbilidad de enfermedades no transmisibles notificadas con mayor frecuencia, registrándose 3431 casos que refleja una tasa de 11.96% (Informe de Casos Nuevos Enero-Diciembre 2002)²⁰.

En este contexto el problema específico que motivó la realización de este trabajo fue que en la Clínica Gustavo A. Madero no se sabe, ni se conocen las estrategias y acciones específicas que realiza el médico familiar para actuar con enfoque de riesgo con sus pacientes, en relación a Salud Bucal. Para abordar de inicio este problema es conveniente establecer un acercamiento a través de una encuesta aplicada a los pacientes y una revisión general de sus expedientes clínicos relacionados con el problema de caries dental.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.3.- JUSTIFICACIÓN.

El Médico Familiar debe realizar diagnóstico temprano de caries dental y con ello evitar las complicaciones que van desde halitosis hasta problemas de endocarditis, realizar educación para la salud al promover la utilización de hilo dental, el cepillado, orientar sobre el tipo de alimento que debe evitar entre comidas, evitar el uso de biberón y chupón en pacientes pediátricos y fomentar en ellos el cepillado dental, los cuales son un grupo vulnerable.

También debe detectar la población en riesgo, sobre todo a mujeres embarazadas y extremos de la vida, los cuales son más susceptibles de presentar caries dental, por lo que se debe orientar más a esta población, las medidas preventivas para evitar las enfermedades bucales, de las cuales una de la más frecuente es caries dental. El Médico Familiar debe aplicar el enfoque de riesgo como una oportunidad para aplicar medidas de prevención y educación sanitaria en Salud Bucal.^{2,4}

El Médico de Familia debe considerar al servicio de odontología como una red de apoyo y derivar oportunamente al paciente, realizando así, enfoque de riesgo el cual es una de las prioridades del médico familiar.²

La mayoría de las lesiones por caries dental pueden ser diagnosticada oportunamente y controladas con actividades preventivas, para una disminución significativa de sus secuelas incapacitantes como ha sido demostrado científicamente. Lo cual tiene como propósito general reforzar las medidas básicas más importantes como la higiene bucal, la alimentación adecuada y la eliminación de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

hábitos nocivos, como parte del mejoramiento de los estilos de vida de los patrones de consumo^{2,9}.

La atención a las necesidades de salud bucal de la población mexicana se debe orientar, con base en la prevención, a través de acciones de fomento para la salud y de protección específica a nivel masivo, grupal e individual, de diagnóstico, de limitación del daño, de rehabilitación y de control de enfermedades bucales².

La salud bucal de la población es el resultante de un juego de factores, conocido como el proceso salud-enfermedad: por lo tanto el modelo de atención para las enfermedades bucales deberá estar basado en el reconocimiento de éste y en el manejo de la prevención para la correcta conservación de estructuras, que permitan disminuir el nivel de incidencia y prevalencia de las enfermedades bucales más frecuentes en la población mexicana.

El médico familiar debe diagnosticar tempranamente la presencia de caries dental y con ello evitar todas las complicaciones que esto conlleva, también educar al paciente que se explore periódicamente su cavidad oral; y ante cualquier lesión o presencia de "mancha" en piezas dentales acudir con su médico de familia o bien al servicio dental así mismo realizar manejo inicial, orientando al paciente sobre cepillado y el uso de hilo dental, evitando alimentos entre comidas, más aún los carbohidratos refinados, e inmediatamente referirlo al servicio de odontología para su tratamiento integral.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En la Clínica Gustavo A. Madero la caries ocupa uno de los primeros lugares (segundo lugar) dentro de la morbilidad de enfermedades no transmisibles notificadas con mayor frecuencia; a si mismo las infecciones respiratorias agudas y gastrointestinales, ocupan el 1^{er} y 2^{do} lugar en enfermedades transmisibles notificadas con mayor frecuencia, las cuales pueden ser causadas por la presencia de caries dental, por lo que es importante realizar diagnóstico temprano de caries dental y evitar con ello todas las complicaciones de la misma.

Finalmente otra razón importante para la justificación de este trabajo es tener un acercamiento hacia los cuidados de enfoque de riesgo que realiza el Médico Familiar ante el problema de la caries dental.

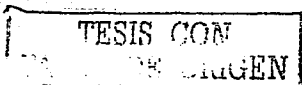
1.4.- OBJETIVO GENERAL.

Describir las acciones del enfoque de riesgo del médico familiar y el manejo inicial de la caries dental en la Clínica Gustavo A. Madero.

1.4.1.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

5.1.- Identificar las acciones que realiza el médico familiar para actuar con enfoque de riesgo en la prevención de la caries dental, a través del expediente clínico.

5.2.- Identificar, si el médico familiar describe las lesiones (ubicación y el tipo de diente(s) afectados) de caries dental en el expediente clínico.



5.3.-Determinar la frecuencia del diagnóstico de caries dental, por el médico familiar en la clínica.

5.4.-Cuantificar el porcentaje de pacientes que son derivados al servicio dental.

5.5.-Conocer, si los pacientes referidos al servicio dental continúan o suspendieron su atención de Salud Bucal.

5.6.-Conocer, si el paciente atiende las indicaciones del médico, cuando se le deriva al servicio dental, para su atención de Salud Bucal.

2.- MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 Tipo de estudio

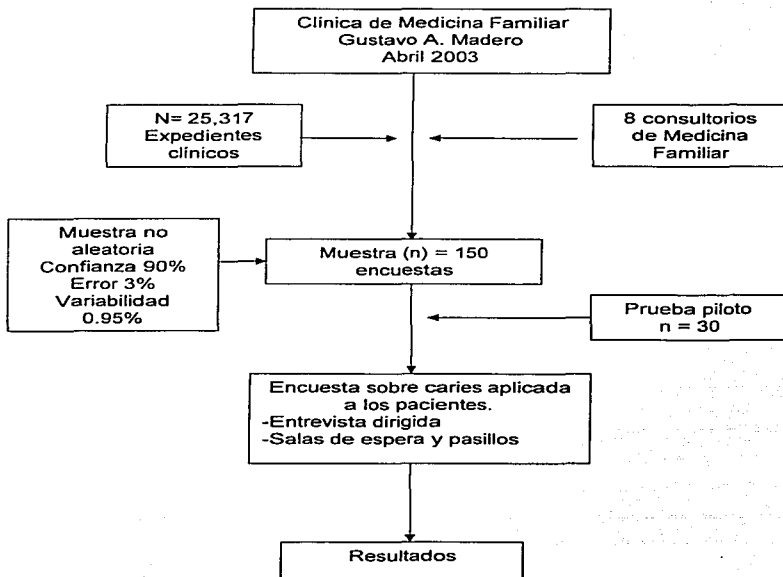
Descriptivo, transversal, retrospectivo, no comparativo.

2.2 Diseño de investigación del estudio.

Para el diseño del estudio se siguieron las recomendaciones del GAFIMF²⁴, para realizar proyectos de investigación. El diseño general del estudio se presenta a continuación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO.



TESIS CON
FALLA DE CALIDAD

En la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero en el mes de Abril 2003, se aplicó una muestra de 150 encuestas sobre caries dental, a través de entrevista dirigida, en salas de espera y pasillos.

2.3 Población, lugar y tiempo.

Se incluyen a todos los pacientes con expedientes clínicos activos (N=25,317), durante los meses de Noviembre 2002 a Mayo 2003, de la Clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero ISSSTE Zona Norte.

2.4 Muestra.

Se calculó una muestra, con el 90% de confianza, 3% de error y el 0.95 de variabilidad, obteniéndose una población de 142 pacientes. La muestra fue no aleatoria, con representación proporcional al número de expedientes vigentes de cada consultorio.

2.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

2.5.1 Criterios de inclusión.

- Pacientes mayores de 18 años.
- Todos los derechohabientes que se encontraban vigentes en la clínica.
- Todos los derechohabientes que aceptaron responder el cuestionario en forma completa y voluntaria.

2.5.2 Criterios de exclusión.

- Derechohabientes que no se encontraban vigentes en sus derechos médicos al momento de la aplicación del instrumento.
- Pacientes que no aceptaron contestar el instrumento, en forma completa.
- Pacientes con adoncia total o placa completa.
- Pacientes menores de 18 años.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.6 Variables.

Se estudiaron un total de 27 variables, las cuales se distribuyeron en 4 secciones:

- Sección 1: Consentimiento de participación voluntaria (1 variable).
- Sección 2: Ficha de identificación y datos de la familia (8 variables).
- Sección 3: Cuestionario de caries dental (14 variables).
- Sección 4: Manejo del médico familiar (4 variables).

Ver anexo 1 (variables de estudio de caries dental).

2.7 Definición conceptual y operativa de las variables.

*Etapa del ciclo vital se define como los distintos niveles de desarrollo por los cuales pasa una familia. Las cuales se dividen en las siguientes:

- 1.-Fase de matrimonio: Se inicia precisamente con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo.
- 2.-Fase de Expansión: Es el momento en que a mayor velocidad se incorporan nuevos miembros de la familia, como su nombre lo indica se "expande".
- 3.-Fase de Dispersión: Es cuando el hijo mayor acude a la escuela.
- 4.-Fase de Independencia: La pareja debe aprender a vivir en independencia, sus hijos han formado nuevas familias y ya no dependen económicamente los hijos de los padres.
- 5.-Fase de Retiro y Muerte: En esta etapa los padres que formaron su familia, actualmente se encuentran solos, como al inicio.

*La estructura de la familia se refiere a como se encuentra constituida la familia, para lo cual se tomó la definición de Irigoyen ^{25,26}.

- 1.-Familia Nuclear: Modelo de familia actual formada por padre, madre e hijos. A ella se agrega la familia de un solo integrante.
- 2.- Familia Extensa: Formada por padre, madre, hijos y otros miembros que compartan lazos consanguíneos de adopción o de afinidad.
- 3.- Familia Extensa- Compuesta: Además de los que incluyen a la familia extensa, se agregan miembros sin ningún nexo legal, como es el caso de amigo y compadre.

*El diagnóstico principal de la última consulta se refiere a todo diagnóstico que el médico familiar describa en la última consulta del paciente.

Se definió por diagnóstico de caries dental (en el último año) hasta la penúltima consulta, a todo diagnóstico de caries dental referido por el médico familiar en un año a la penúltima consulta (una consulta antes de la actual).

2.8 Diseño Estadístico²⁴.

2.8.1 ¿Cuál fué el propósito estadístico de la investigación?

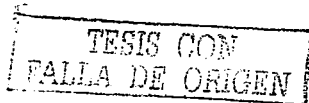
Describir la frecuencia del diagnóstico de caries dental por el médico familiar en la Clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero.

2.8.2 ¿Cuántos grupos se investigaron?

Se investigó un grupo de 150 pacientes.

2.8.3 ¿Cuántas mediciones se realizaron en las unidades de muestreo?

Una sola medición.



¿Cómo se realizaron las mediciones?

Independientes.

2.8.4 ¿Qué tipos de variables fueron medidas?

Cuantitativas y cualitativas.

¿Qué escala de medición se utilizó?

Escalar y nominal.

2.8.5 ¿Qué distribución tendrán los datos obtenidos?

Las variables cuantitativas distribución paramétrica; las cualitativas distribución no paramétrica.

2.8.6 ¿Qué tipo de muestra es la que se investigó?

Muestra no aleatoria, la representatividad estuvo dada por el número de expedientes asignados a cada consultorio.

2.9 Instrumentos de recolección de datos.

En este estudio se obtuvo información de dos fuentes.

2.9.1. Encuesta. La cual fue un instrumento creado para lograr los propósitos específicos de la investigación.

La cual contiene cuatro secciones.

- 1.- Ética, Consentimiento de Participación Voluntaria (CPV).
- 2.- Ficha de identificación y datos de familia. (ocho variables).
- 3.- Cuestionario de caries dental. (doce variables).
- 4.- Manejo del médico familiar. (cuatro variables).

El instrumento se encuentra en el anexo 2.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.9.2 Expedientes clínicos de los pacientes entrevistados (cuatro variables).

Las variables, su tipo y escala de medición se encuentran en el anexo 1.

2.10 Método de recolección de los datos.

En la clínica Gustavo A. Madero se tomó una muestra de 30 pacientes y sus expedientes clínicos para realizar la prueba piloto de este estudio.

Previo autorización de la dirección de la unidad y registro oficial del protocolo de investigación se procedió a calcular una muestra de 142 expedientes, redondeando la cifra a 150 para asegurar las estimaciones del muestreo; la muestra se calculó con un 90% de confianza, 3% de error y 0.95 de variabilidad; fue aplicada de manera no aleatoria y se siguió la técnica de entrevista directa aplicando en la sala de espera de los consultorios.

La muestra fue representativa, según el número de expedientes para tener pacientes de todos los consultorios en base a la población adscrita; posterior a las entrevistas se revisaron los expedientes de los pacientes para complementar la información relacionada con el manejo de la caries. Se buscó la información relacionada con este problema en las notas del médico de consultorio; finalmente se diseñó una base de datos en el programa estadístico SPSS, en la cuál se integraron otras variables adicionales para almacenar la información adecuadamente y hacer su análisis estadístico.

La información fue obtenida por la autora de este trabajo con la colaboración de los médicos residentes de 1ro, 2do y 3er grado de la especialidad de Medicina Familiar de la clínica sede del estudio, previa capacitación de los mismos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.11 Maniobras para evitar o controlar sesgos.

Control de sesgo.

- Sesgo de información. Se confió en que la información obtenida de los derechohabientes fue verídica; esta estrategia no asegurará control de este tipo de sesgo.
- Sesgo de medición. Previa capacitación de residentes de 1º, 2º y 3º año, se procedió a la aplicación y llenado de cuestionarios de caries dental.
- Sesgo de selección. Se reconoce que este sesgo fue inevitable ya que fue una muestra no aleatoria; sólo se aseguró la representatividad proporcional al número de pacientes por consultorio.
- Sesgo de "captura de información". La autora recibió la capacitación pertinente para capturar la información en el programa SPSS.
- Control de fuentes de error intraobservador e interobservador (validez interna). Se utilizó la revisión de expediente, un año (hasta la penúltima consulta) para evitar sesgos de contaminación, ya que los médicos al sentirse observados diagnosticaban caries dental en la última consulta.

2.12 Prueba piloto.

Se hizo una prueba piloto en la cual se aplicaron 30 encuestas; se utilizó la técnica de entrevista dirigida, con los resultados de esta prueba se realizaron correcciones en el instrumento (encuesta) que a continuación se describen:

Al momento de aplicar las encuestas de la prueba piloto, algunos pacientes mencionaban que su médico de consultorio no les había mencionado que presentaban caries dental, hasta el momento de aplicar las encuestas, por

lo cual se decidió cambiar la pregunta n. 2 de la sección 4 de la encuesta sustituyendo la última consulta por la penúltima consulta.

- En la sección 1 (CPV), se agregó el objetivo del estudio.
- En la sección 2 (Ficha de Identificación y Datos de Familia).
*Pregunta n.6. Se sustituyó Integrantes de la Familia, por ¿Cuántas personas en total viven en su casa? ya que algunas personas no entendían la pregunta.
- En la sección 3 (Cuestionario de Caries Dental).
*Pregunta n.2. Faltó una alternativa para continuar el cuestionario, de aquellas personas que contestaron "no", la indicación que se agregó fue la de pasar a la pregunta n.5
*Pregunta n.7. Algunos pacientes no comprendieron sobre quién se preguntaba; se agregó que se hacía referencia a su médico de consultorio.
- En la sección 4 (Manejo del Médico Familiar).
*Pregunta n.2. Debido a que algunos pacientes mencionaron que su médico de consultorio nunca les había mencionado que presentaban caries dental, hasta el día que se estaba aplicando la encuesta, se sustituyó el diagnóstico de caries dental de la última consulta a la penúltima consulta.

El tiempo de aplicación de la encuesta fue de 5 minutos, variando de 3 a

10 minutos. Se agregó un criterio de inclusión más que fueron las personas con adoncia total o placa total, así como también los pacientes menores de 18 años.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2. 13 Procedimientos estadísticos

2.13.1 Plan de codificación de datos.

Se encuentra referido en el anexo 1 (4ª. Columna).

2.13.2 Diseño y construcción de la base de datos.

Se construyó una base de datos para usarse en el programa estadístico SPSS, para la cual se utilizó una estructura que se presenta en el anexo 3.

2.13.3 Análisis estadístico de los datos.

Se realizó un análisis descriptivo (frecuencias, porcentajes, tasas, medias, etc. de las variables).

2.14 Cronograma.

Ver anexo n. 4

2.15 Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio.

Para obtener la información, se necesitó la ayuda de residentes de medicina familiar de 1er, 2do y 3er año, utilizando recursos materiales como son: disquetes, computadora, fotocopias, lápices, borradores plumas, calculadoras etc. Utilizando recursos físicos dentro de los cuales se encuentra la sala de espera, pasillos, consultorios y la sección de archivo. El financiamiento de la investigación estuvo a cargo de la autora.

2.16. Consideraciones éticas.

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, vigente en nuestro país²⁷, el presente trabajo se apega al título segundo, capítulo I, artículo 17, categoría I (uno), "investigación sin riesgo" debido a que los individuos que participaron en el estudio, únicamente aportaron datos a

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

través de una entrevista y se revisaron expedientes clínicos, lo cual no provoca daños físicos ni mentales; así mismo la investigación, no viola y esta de acuerdo con las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos contenidos en la Declaración de "Helsinki" de la Asociación Médica Mundial, enmendada en la 52ª Asamblea General Mundial celebrada en Edimburgo, Escocia, Octubre 2000²⁸.

Adicionalmente se solicitó la participación voluntaria mediante un texto que fue leído a cada persona que se le invitaba a participar. Dicho texto constituye la sección 1 del instrumento (anexo2).

TESIS CON
VALIA DE ORIGEN

3.- RESULTADOS.

3.1- Datos de los integrantes familiares que conviven con los pacientes encuestados.

Se aplicaron 150 encuestas, de ellas se obtuvo información de 555 personas.

3.1.1.-En el cuadro 1 se describen los parentescos y porcentajes obtenidos.

CUADRO 1

Parentesco familiar de los pacientes encuestados en la clínica Gustavo A.

Madero ISSSTE, abril 2003.

Parentesco	Frecuencia	Porcentaje
Hijo(a)	197	35.5%
Madre	116	20.9%
Padre	91	16.4%
Nieto (a)	48	8.6%
Abuelo (a) materna	32	5.8%
Pareja	24	4.3%
Hermano (a)	13	2.3%
Tío (a) materna	10	1.8%
Abuelo (a) paterno	09	1.6%
Persona sola	07	1.3%
Sobrino (a)	03	0.5%
Tío (a) paterno	03	0.5%
Primo (a)	01	0.2%
Amigo (a)	01	0.2%
Total	555	100%

Fuente: encuestas aplicadas.

n=555

3.1.2.- Las 555 personas tuvieron un promedio de edad de 37 años, con desviación estándar de 21.15 años; la persona con menos edad tuvo 1 año y la mayor 103 años.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.1.3.- La variable sexo presentó los siguientes porcentajes: mujeres 45% y hombres 55%.

3.1.3.- Se observó un promedio de escolaridad de 10 años; desviación estándar de 5.61 años, con rango desde 0 a 30 años. La distribución por grupos de escolaridad se encuentra en el cuadro 2.

CUADRO 2

Escolaridad en años, de los pacientes encuestados en la clínica Gustavo A. Madero ISSSTE, abril 2003.

Escolaridad en años	Frecuencia	Porcentaje
0	53	9.5%
1-5	56	10%
6-10	161	29%
11-15	153	27.5%
16-20	128	23.1%
22 y más	004	0.7%
total	555	100%

Fuente: encuestas aplicadas

n=555 personas.

3.2- Datos sobre las preguntas de caries dental en los pacientes encuestados.

En lo referente a la información de las personas entrevistadas, los resultados se describen a continuación:

3.2.1- Ficha de identificación.

Se observó que de las 150 personas un 34.7% correspondió al sexo masculino y un 65.3% al sexo femenino.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por lo que respecta a la edad se registró una mínima de 18 y máxima de 87 años, con desviación estándar de 15 años y un promedio de 51 años.

Se observó que en el estado civil predominaron las personas casadas con un 65.3%, los demás estados civiles se observan en el cuadro 3.

CUADRO 3

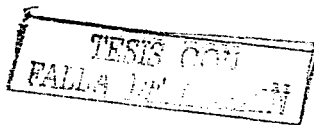
Estado civil de personas que contestaron la encuesta, en la clínica Gustavo A. Madero ISSSTE, abril 2003.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado	98	65.3%
Viudo	21	14.0%
Soltero	19	12.7%
Divorciado	08	5.3%
Unión libre	04	2.7%
Total	150	100%

Fuente: encuestas aplicadas

n=150

Respecto a la ocupación se encontró el mayor porcentaje en hogar- ama de casa con 30.7% en menor a obrero y campesino con 0.7% cada uno de ellos, el resto se muestra, en el cuadro 4.



CUADRO 4

Ocupación de personas que contestaron la encuesta en la clínica Gustavo a.

Madero ISSSTE, abril 2003

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Hogar-ama de casa	46	30.7%
Empleado	38	25.3%
Profesionista	20	13.3%
Jubilado-pensionado	16	10.7%
Técnico	11	7.3%
Subempleado	06	4.0%
Técnico	11	3.3%
Estudiante	05	3.3%
Comerciante	03	2.0%
Desempleado	03	2.0%
Campesino	01	0.7%
Obrero	01	0.7%
Total	150	100%

Fuente: encuestas aplicadas

n=150

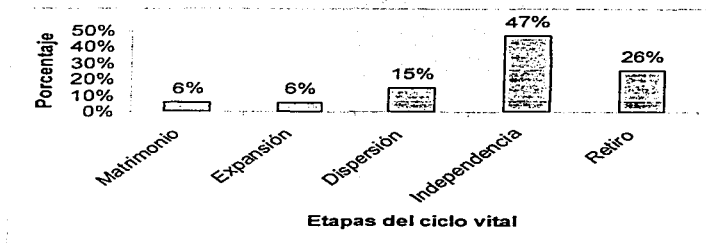
En lo referente al número de personas que viven en casa de cada paciente, el promedio de integrantes por familia fue de 3 a 4 integrantes, registrando 7 personas que viven solas y una familia con 15 miembros.

La etapa del ciclo vital que con mayor frecuencia se registró, fue la etapa de independencia, con 47% y la menor con 6.0%, que correspondió a las primeras etapas del ciclo vital: matrimonio y expansión. Las demás etapas se observan en la figura 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FIGURA 1

Etapa del ciclo vital de las personas encuestadas en la clínica Gustavo A. Madero ISSSTE abril 2003.



Fuente: encuestas aplicadas

n=150

En lo que respecta a la estructura de la familia de las personas encuestadas, el mayor registro lo ocupó la familia nuclear con 74.7%, le siguió la extensa con 15% y el menor la familia extensa-compuesta con 10%.

Se realizó una comparación del ciclo vital y estructura de cada integrante de la familia de los pacientes encuestados, obteniendo los siguientes resultados, los cuales se muestran en el cuadro 5.

TESIS CON
FALLA DE CUBRIR

CUADRO 5

Comparación entre etapa de ciclo vital y estructura de familiares de los pacientes encuestados en la clínica Gustavo A. Madero ISSSTE, abril 2003.

Ciclo vital	Estructura familiar del	Frecuencia	Porcentaje
Matrimonio	Nuclear	12	2.1%
	Extensa	06	1.0%
	Extensa-compuesta	04	0.7%
Expansión	Nuclear	20	3.6%
	Extensa-compuesta	13	2.3%
Dispersión	Nuclear	80	14.4%
	Extensa-compuesta	12	2.1%
Independencia	Nuclear	239	43.0%
	Extensa	41	7.3%
	Extensa-compuesta	10	1.8%
Retiro	Nuclear	33	5.9%
	Extensa	31	5.5%
	Extensa-compuesta	54	9.7%
Total	familiares	555	100%

Fuente: encuestas aplicadas

n= 555

Destaca que casi el 50% comprende a personas en etapa de independencia con tipo de estructura nuclear.

3.2.2 Cuestionario de caries dental.

Con respecto a la pregunta ¿Tiene usted caries dental?, un 54% contestó afirmativamente, un 26% negando y un 20% mencionó que no lo sabía.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se observó que un 46% de los pacientes ha utilizado en alguna ocasión el servicio dental de la clínica, de los cuales todos acuden a él cuando lo necesita y un 54% de las personas no lo ha utilizado.

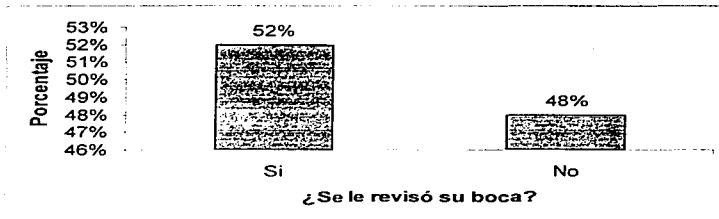
La frecuencia con la que acuden al servicio dental de la clínica varía de 8 días con un 0.7% a cada 60 días con 1.3%.

Se encontró que en un 71% el paciente acude por sí mismo al servicio dental, y en un 29% es enviado por el médico familiar.

Existió un 52% de los pacientes los cuales mencionaron que se les había revisado su boca posterior a la consulta otorgada y un 48% de los cuales no lo habían hecho (figura 2).

FIGURA 2

Respuesta a la pregunta acerca de la revisión bucal por su médico en la última consulta, en la clínica Gustavo A. Madero ISSSTE, abril 2003.



Fuente: encuestas aplicadas

n=150

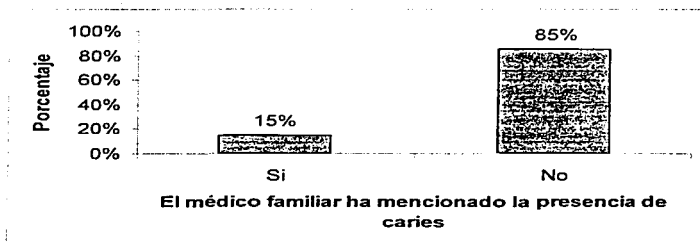
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se observó que el médico familiar le mencionó al paciente la presencia de caries dental en un 15.3% y en un 84.7% no lo hizo, debido tal vez a que estos últimos no tienen caries. En la figura 3 se hace mención lo anterior.

FIGURA 3

Porcentaje con el cual el médico de consultorio menciona la frecuencia de caries dental en los pacientes encuestados en la clínica Gustavo A. Madero

ISSSTE, abril 2003.



Fuente: encuestas aplicadas

n=150

El tiempo en días que el médico familiar les mencionó a los pacientes encuestados la presencia de caries dental va desde un día con el 4.3% de los casos, hasta 365 días, con un porcentaje de 39.1%. En el cuadro 6 se muestra la distribución del tiempo en el cuál el médico familiar mencionó a su paciente la presencia de caries dental.

TESIS CON
FALLA DE CALIDAD

CUADRO 6

Tiempo en días que su médico familiar le mencionó la presencia de caries dental en la encuesta realizada en la clínica Gustavo A. Madero ISSSTE, abril 2003.

Tiempo en días	Frecuencia	Porcentaje
0-30	9	39%
60-90	3	13%
180-365	11	47.7%
Total	23	100%

Fuente: encuestas aplicadas

n = 150.

De los pacientes que fueron diagnosticados con caries dental, solo el 65.4% se envió al servicio dental.

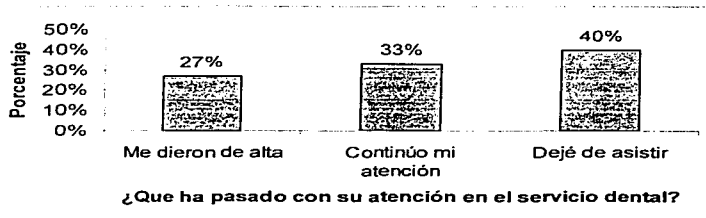
De los pacientes referidos al servicio dental por el médico familiar el 64.7% inició su atención en el servicio y el 35.3% no lo inició.

De los pacientes que iniciaron su atención en el servicio dental, el 40.0% dejó de asistir y el 26.7% se les dio de alta del servicio dental, esto se observa en la figura 4.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FIGURA 4

Respuesta a la pregunta ¿Qué ha pasado con su atención en el servicio dental? Encuesta aplicada en clínica Gustavo A. Madero ISSSTE, abril 2003.



Fuente: encuestas aplicadas

n=150

Hubo un 80.7% de los pacientes que contestaron que utilizaban alguna medida de prevención para evitar la caries y un 19.3% que no utilizan.

De los pacientes que utilizan alguna medida de prevención para evitar la caries, la mas utilizada fue cepillado dental con un 87.7%, tal como lo muestra el cuadro n 7.

TESIS CON
FALLA DE CUBRIR

CUADRO 7

Medidas de prevención utilizada por la población encuestada en la clínica

Gustavo A. madero ISSSTE, abril 2003.

Medida de prevención utilizada	Frecuencia	Porcentaje
Cepillo dental	107	87.7%
Uso enjuague	5	4.1%
Hilo dental	4	3.3%
Evitar el consumo de azúcares entre los alimentos	1	0.8%
Cepillado dental y otros	1	0.8%
Cepillado dental y uso de enjuague	1	0.8%
Cepillado dental, hilo dental y uso de enjuagues	1	0.8%
Cepillado dental e hilo dental	1	0.8%
Total	122	100%

Fuente: encuestas aplicadas

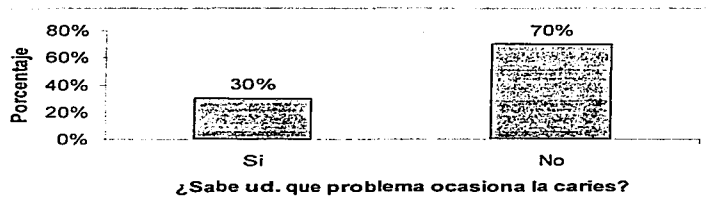
n=150

Se observó que el 30% de los pacientes saben qué enfermedades o problemas les puede ocasionar la caries dental, además de dañar sus dientes y el 70% lo desconoce. En la figura 5 se observa la distribución referida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FIGURA 5

Respuesta a la pregunta ¿sabe usted que otros problemas o enfermedades le puede ocasionar la caries además de dañar sus dientes? Encuesta aplicada en la clínica Gustavo a. Madero ISSSTE, abril 2003.

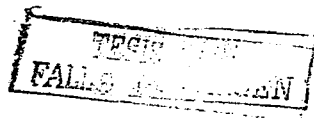


Fuente: encuestas aplicadas

n=150

3.2.3 Manejo del médico familiar

En lo referente al manejo del médico familiar, se encontró que el 12.7% de los médicos familiares diagnostican caries dental en su resumen de consulta y el 87.3% no lo realiza. Lo anterior se observa en el cuadro 8.



CUADRO 8

El diagnóstico de caries dental (en el último año) hasta la penúltima consulta, en los pacientes encuestados en la clínica Gustavo A. Madero ISSSTE, abril 2003.

Diagnóstico de caries dental (en el último año), hasta la penúltima consulta.	Frecuencia	Porcentaje
Si	19	12.7%
No	131	87.3%
Total	150	100%

Fuente: encuestas aplicadas

n=150

El 11.3% de los pacientes son enviados al servicio dental y el 88.7% no lo son, esto se muestra en el cuadro 9.

CUADRO 9

Pacientes canalizados al servicio dental en el último año, hasta la penúltima consulta, en la clínica Gustavo A. Madero ISSSTE, abril 2003.

Pacientes canalizados al servicio dental en el último año, hasta la penúltima consulta.	Frecuencia	Porcentaje
Si	17	11.3%
No	133	88.7%
Total	150	100%

Fuente: encuestas aplicadas

n=150

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se encontró que el 13.3% de los médicos familiares describen la presencia de caries dental en la nota del expediente y el 86.7% no lo realiza. El cuadro 10 nos muestra el porcentaje de la descripción de caries dental en la nota del expediente clínico.

CUADRO 10

Descripción de caries dental en la nota del expediente clínico, en pacientes encuestados en la clínica Gustavo A. Madero ISSSTE, abril 2003.

Descripción de caries dental en la nota de expediente clínico.	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	13.3%
No	130	86.7%
Total	150	100%

Fuente: encuestas aplicadas

n=150

El perfil general de los pacientes encuestados, predominó el sexo femenino, el 55% de los pacientes encuestados se dedica al hogar o son empleados, casados, con escolaridad de 6 a 10 años, su familia se encuentra en etapa de independencia y son familias de tipo nucleares en su mayoría.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

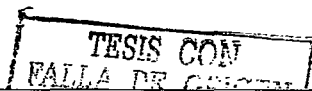
4.- DISCUSIÓN.

La población derechohabiente aceptó amablemente contestar la encuesta, y algunos comentarios posteriores a su aplicación fueron positivos, mencionando que el equipo de salud se preocupa por el bienestar del derechohabiente.

Es importante resaltar que los pacientes encuestados, a pesar de conocer que presentan caries no acuden al servicio dental, esperan que se presente alguna sintomatología para acudir al odontólogo, desconociendo todas las complicaciones que esto conlleva, por lo cual el médico familiar debe orientar a la población, sobre la repercusión de la misma.

Llama la atención que más de las dos terceras partes de la población, mencionó que utiliza alguna medida de prevención para evitar la caries dental, la más frecuente fue el cepillado dental, aunque cabe señalar que algunos pacientes no lo consideran como medida de prevención, sin embargo en el instrumento, no se exploró la técnica y frecuencia del cepillado, así también el tipo de cepillo, consistencia de pasta dental que utilizan, con que periodicidad cambian su instrumento dental, si posterior a la ingesta de alimentos entre comidas realizan por lo menos enjuague con agua natural.

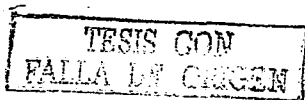
Es significativo mencionar que el paciente generalmente acude al servicio dental por iniciativa propia y la gran mayoría de la población desconoce los



problemas o enfermedades que les puede ocasionar la caries dental, solo el 30% de los pacientes mencionaron alguna patología secundaria a caries dental, por lo que se aprovechó la ocasión para dar orientación a la población durante la aplicación de la encuesta; esto nos muestra que el médico familiar debe realizar enfoque de riesgo en la población orientando a la población sobre alteraciones físicas en los dientes como cambios de coloración, malposición de los mismos lo cual puede ocasionar problemas de relación interpersonales, estéticos, sobre todo en la infancia, mantenedores de espacio, evitando mala oclusión dental, si el servicio no puede ser otorgado en la clínica, debe ser orientado donde debe asistir.

También se debe orientar sobre medidas preventivas como: uso de cepillado cada vez que se consume alimentos, sobre todo si son carbohidratos, utilizar hilo dental, por lo menos una vez al día, de preferencia sea por la noche; también el no utilizar el cepillado e hilo dental puede favorecer múltiples patologías desde problemas estéticos ocasionados por la pérdida dental, así como halitosis, infecciones de vías respiratorias y gastrointestinales sobre todo en pacientes pediátricos, alterando con ello su estado nutricional; problemas de endocarditis en pacientes con malformaciones congénitas como lo menciona la American Herat Association.

Enviar a la población en general a la aplicación tópica de flúor por lo menos cada 3 meses, sobre todo en niños de 6-7 años, los cuales inician con su dentición permanente, evitando con ello la presencia de caries dental, la cual



en pacientes pediátricos es muy frecuente por la alta ingesta de carbohidratos entre comidas y la mala técnica de cepillado e hilo dental.

En pacientes embarazadas envidiarías de ser posible antes de su embarazo, para evitar la presencia de caries, ya que ellas, son pacientes con alta predisposición a desarrollar este tipo de patologías, así como problemas de encía secundaria a un aumento en la ingesta de carbohidratos entre comidas y alteraciones hormonales.

Los ancianos son una población al igual que las anteriores en mayor riesgo, aumentando aún más si tiene alguna enfermedad como: Diabetes mellitus, Hipertensión arterial, debido a que los medicamentos que se utiliza para su control como diuréticos, disminuyen el flujo salival, así también los medicamentos los cuales son muy utilizados en esta edad como los bloqueadores H2, anticolinérgicos, antidepresivos, antihistamínicos, descongestionantes y broncodilatadores sistémicos, aunado a hipofunción de la glándula salival, lo cual predispone a patologías de lengua, encía y alteraciones dentales como la caries llevando al paciente a la pérdida dental, lo cual ocasiona patología en el sistema digestivo por no triturar adecuadamente los alimentos, así como problemas estéticos.

Generalmente este tipo de pacientes utiliza prótesis dental lo cual puede ocasionar problemas de hiperqueratosis y predisponer a problemas oncológicos en cavidad oral.

Orientar al paciente que no debe consumir alimentos entre las comidas, sobre todo azúcares refinados o de consistencia chiclosa, utilizar el cepillado dental después de cada ingesta de alimento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El médico familiar también debe realizar seguimiento de su manejo, a través del expediente clínico o cuando es dado de alta del servicio dental y acude a consulta insistir en las medidas preventivas, manteniendo así su vigilancia y continuidad en la atención, una de las prioridades del médico de familia.

En este estudio se encontró que la mayoría de los médicos familiares no realizan diagnóstico de caries dental, a pesar de que un porcentaje similar 52% de ellos afirmaron se les había revisado su cavidad oral, este procedimiento para diagnosticar solo consiste en la inspección, es muy poco el tiempo empleado y con ello no se anticipan al riesgo, la cual es una de las prioridades del médico de familia.

Generalmente todo médico de consultorio, realiza revisión de cavidad oral en la consulta médica, pero es una minoría quién le refiere al paciente la presencia de caries dental (sí es que éste la presenta). La mayoría de los pacientes que han sido referidos al servicio dental de la clínica, inician su tratamiento en esa área, algunos continúan con su atención, otros han sido dados de alta y los que dejaron de asistir fue por falta de tiempo, según resultados de la encuesta aplicada.

La referencia al servicio dental se realiza de forma verbal, es decir no se llena ningún formato, lo que ocasiona problemas estadísticos, por lo cual no se sabe con certeza cuantos de los pacientes referidos llegan al servicio dental y cuantos llegan por iniciativa propia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los pacientes generalmente siguen las indicaciones del médico familiar cuando son referidos al servicio dental, por lo que se debe explorar esta actividad aprovechando que los pacientes, la mayoría de ellos siguen las indicaciones médicas, haciendo con ello anticipación al riesgo, una de las acciones más importantes del médico de familia.

En este trabajo se encontró que son mínimas las acciones de enfoque de riesgo que realiza el médico familiar, de los médicos que atienden a los individuos entrevistados, no menciona ninguna medida de prevención para caries dental en el expediente no habla sobre patología de cavidad oral: problemas en mucosa oral, encía y lengua, no comenta sobre malposición dental, la importancia que tiene la aplicación tópica de flúor en el servicio dental, incluso que asistan a revisión dental por lo menos una o dos veces al año para una revisión completa de su cavidad oral, no mencionan sobre la frecuencia de su cepillado y uso de hilo dental la frecuencia del mismo, cada cuanto debe cambiarse su cepillo dental, que pasta dental se debe utilizar.

En relación a lo anterior, se debe tener en cuenta que esta investigación presenta límites en cuanto a que se estudio una muestra no aleatoria la cual correspondió a un grupo determinado de población, lo que generó una importante información sobre caries dental.

En este trabajo de investigación se hace evidente como en un problema de caries dental el médico familiar, aborda dos de sus principales ejes de acción: enfoque de riesgo y el seguimiento a través de la vigilancia, como ya se mencionó en las conclusiones, el enfoque de riesgo consiste en una serie de medidas que el médico familiar utiliza para evitar patología.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Alcances y limitaciones del diseño.

Este estudio no se puede generalizar debido a la muestra no aleatoria, fue elaborada con voluntarios y los resultados no deben generalizarse a toda la población que asiste a la clínica, es valido únicamente para las personas estudiadas en el momento que se realizo el estudio, sin embargo puede dar una idea de lo que esta sucediendo con la población en la clínica, respecto al problema de la caries.

En las notas médicas no se encontró evidencia de medidas preventivas para preservar la Salud Bucal de los pacientes, no se le menciona al paciente la utilización del hilo, cepillado dental, alimentos permitidos entre comidas, lo cual habla de que el médico familiar no realiza anticipación al riesgo.

Llama la atención que los pacientes refirieron en un 15% decir que los médicos les había mencionado la presencia de caries al revisar los expedientes se encontró una frecuencia de 12.7% de los pacientes, se hizo una tabla Ji^2 de 2x2 vaciando las frecuencias, se obtuvo una Ji^2 de 0.44, una p de 0.50, es decir no hay diferencia significativa, lo cual se traduce en que si hay consistencia en la información obtenida de los pacientes y la obtenida en los expedientes en relación a la información que dan los médicos a los pacientes, al mencionarles la presencia de caries.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Caries	Si	No	Total
Pacientes	23	127	150
Expediente clínico	19	131	150
Total	42	258	300

Hubo consistencia en la información de los pacientes y en la obtenida en los expedientes, lo cual indica que los pacientes en general no mienten.

4.1.- APLICABILIDAD PRÁCTICA Y CLÍNICA DE LOS RESULTADOS EN EL PERFIL PROFESIONAL, LOS EJES DE ACCIÓN Y LAS ÁREAS DE ESTUDIO DE LA MEDICINA FAMILIAR.

El perfil del médico familiar se enfoca a la atención del individuo, la familia, su comunidad y el trabajo en equipo, además de realizar actividades docentes o de investigación, una parte muy importante de su campo de acción es la de realizar prevención y anticipación al riesgo.

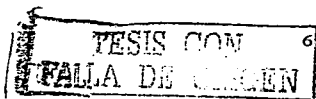
El médico familiar debe de orientar a la población, sobre una higiene bucal adecuada, realizar oportunamente el diagnóstico de caries dental, su envío temprano al servicio dental para su tratamiento y anticiparse de esta forma a las complicaciones que esta ocasiona.

El médico familiar es el médico de primer contacto y cimiento fundamental de todas las áreas médicas, es la piedra angular en acción anticipatoria al riesgo.

Se debe aprovechar cada consulta para realizar orientación sobre salud bucal, mencionar los alimentos que no debe consumir entre las comidas, evitar el tabaco, el cual ocasiona disminución en la secreción salival, predisponiendo a la presencia de caries dental hasta cáncer de boca.

El médico familiar al diagnosticar caries debe describir en forma sencilla, mencionando la ubicación de la lesión y el tamaño aproximado de la misma, refiriendo también problemas de lenguaje, originadas por alteraciones en el frenillo, buscar lengua saburral la cual junto con la técnica de cepillado puede ser el origen de la halitosis descartando un problema nasal, en encías la presencia de sangrado, la cual puede ser secundaria a mala técnica de cepillado descartando problemas de coagulación, problemas de hiperqueratosis en encía secundaria a prótesis dental mal colocadas, sobre todo en pacientes ancianos puede llevar a problemas de cáncer de boca.

Mencionar al paciente las complicaciones que trae consigo la caries dental; orientar a los padres de familia, sobre la importancia que tiene el que sus hijos, desde pequeños tengan un hábito dental; apropiado de esta forma se evitaran complicaciones como infecciones respiratorias, digestivas, repercutiendo a su vez en el estado nutricional hasta problemas de endocarditis.



5.- CONCLUSIONES.

En este trabajo se ha identificado la frecuencia con la que el médico familiar hace diagnóstico de caries dental, la cual fue de 12.7%, considerándose bajo, desde el punto de vista de que la boca no es un órgano difícil de explorar ya que el tiempo que se requiere para la misma es mínimo, por lo que se recomienda que los médicos familiares exploren adecuadamente cavidad oral. Por otra parte en las notas realizadas por los médicos familiares, cuando refirieren a sus pacientes por caries dental, no hubo evidencia en los expedientes de que se describiera las lesiones, el número de dientes afectados, el tamaño de la lesión, simplemente existe una referencia, sin mayor descripción, esto pareciera que se le deja la responsabilidad al odontólogo, pero de alguna forma se hace evidente que no existe trabajo de equipo, en donde se pongan de acuerdo en desde donde y hasta cuando, puede el médico familiar describir una lesión.

De los pacientes que fueron diagnosticados con caries dental, solo el 64% fueron enviados al servicio dental, de los cuales más de la mitad de los pacientes iniciaron su tratamiento en el área dental y poco más de dos terceras partes no inició su atención en el servicio.

De los pacientes que iniciaron su atención en el área dental, el 40% dejó de asistir la mayoría mencionó que fue por falta de tiempo, el 33% continúa su atención en el servicio dental y el 27% refieren se les dio de alta del mismo.

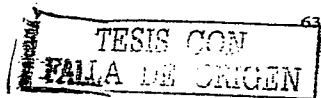
TESIS CON
FALLA DE CALIDAD

Los pacientes generalmente siguen las indicaciones del médico familiar cuando son referidos al servicio dental.

En este trabajo se lograron los objetivos, se encontró que son mínimas las acciones de enfoque de riesgo que realiza el médico familiar, de los médicos que atienden a los individuos entrevistados, no se menciona ninguna medida de prevención para caries dental en el expediente clínico, tampoco se habla sobre patología de cavidad oral como problemas en mucosa oral, encía, ni lengua, no se comenta sobre malposición dental, aplicación de flúor en el servicio dental, incluso que asistan a revisión dental por lo menos una o dos veces al año para una revisión completa de su cavidad oral, no comentan sobre la frecuencia de su cepillado y uso de hilo dental la frecuencia del mismo, cada cuanto debe cambiarse su cepillo dental, que pasta dental se debe utilizar.

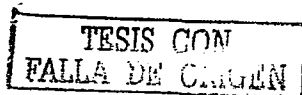
El médico familiar debe recibir una orientación, sobre la importancia que tiene el diagnosticar caries dental y evitar sus complicaciones, realizando anticipación al riesgo, una de las prioridades del médico de familia. También en ello deben participar todos los encargados de la salud.

No fue una investigación profunda, ni exhaustiva; había que evaluar sí, los médicos familiares están capacitados para que cada vez que exploren cavidad oral, piensen en todos los problemas que pueden evitar (enfoque de riesgo) y habrá que buscar estrategias de investigación para evaluar con mayor profundidad, los aspectos mencionados en este trabajo, abriendo una línea de investigación para trabajos posteriores.

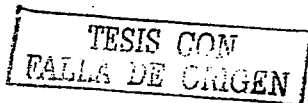


REFERENCIAS.

- 1.- Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM). Medicina Familiar. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). 3ª edición. México 2003.
- 2.- Narro RJR. Medicina Familiar. En: Soberón G, Kumate J, Laguna GJ, La Salud en México: Testimonios 1988. Editorial Fondo de Cultura Económica, México, 1989 ;Tomo IV : Vol. 2 :232-252.
- 3.- Gallo VFJ, Altisent TR, Díez EJ, Fernández SC, Foz i Gill G, Granados MMI, et al. Perfil Profesional del médico de familia. Aten Primaria 1999; 23 (4): 236-248.
- 4.- Mc. Whinney IR. Medicina de Familia. Editorial Mosby/Doyma libros, España 1996. p. 12-26.
- 5.- Corey GA, Cavidad Bucal. En Taylor R. Medicina de Familia; Principios y Prácticas. 5ª edición; Editorial Springer Verlag, Barcelona España 1999. p. 36-39.
- 6.- García CO, Reflexiones sobre la educación para la salud, hacia la promoción de la salud;2001 ; Vol.6 ; 11-16.
- 7.- Loewe R. Atención Primaria a la Salud: Revisión conceptual. Salud Púb. Méx. 1995 ; 50 (5): 666-675.
- 8.- Martín ZA, Cano PJF, Atención Primaria. Concepto, Organización y Práctica clínica. 3ª edición; Editorial Mosby/Doyma libros, Madrid España 1995. p. 70-81.
- 9.- Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de enfermedades bucales. Secretaría de Salud. México 1999.
- 10.- Nikifouk G, Caries Dental, 1ª edición; Editorial Mundi, Argentina 1986. p. 3-39



- 11.- Lyons MD, Petruceli RJ, Historia de la Medicina, Vol. II, Odontología. Ediciones Doyma, México 1980. p. 98-600.
- 12.- Newbrum E, Cariología, 2ª reimpresión, Editorial Noriega, México 1994. p. 21-76.
- 13.- Martín ZA. Atención Primaria Conceptos Orgánicos y Práctica Clínica, vol.II, 4ª edición, Editorial Doyma Libros, España, 1999. p. 1505-1529
- 14.- Soto SC. Ciencia y Cultura, Longevidad con ciencia para vivir. Editorial Labor, México 1996. p. 46-51.
- 15.- Shires D, Hennen BK, Medicina Familiar Guía Práctica, Editorial McGrawHill, México 1980. p. 343-362.
- 16.- Dorland. Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina. 8ª edición, Editorial Interamericana Mc Graw-hill, México 1988. p. 253.
- 17.- Alfonsín A. Caries y enfermedad periodontal. En: Rubinstein A, Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Problemas odontológicos y de la boca. Editorial Panamericana, Buenos Aires Argentina 2001.p. 996 -1006.
- 18.- Legler DW, Definición, etiología, epidemiología e implicaciones clínicas de la caries dental. En: Menaker L. Cariología, Editorial Salvat, Barcelona España 1986. p. 221-237.
- 19.- Sistema Nacional de Salud. Capítulo Secretaría de Salud. Consulta externa por programas. Consulta externa según entidad federativa. México 2000.
- 20.- Subdelegación médica diagnóstico de salud. Daños a la salud. Informe de casos nuevos. ISSSTE. México 2002.
- 21.- Taylor R. Medicina de Familia Principios y Práctica, 5ª edición. Editorial Springer-Verlag Iberica, España 1999. p. 649-653.
- 22.- Palacios JT, Games JE. Introducción a la Pediatría, 6ª edición. Editorial Méndez, México 2000. p. 55-73.



23.- Reyes ER, Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar (MOSAMEF) en el Microescenario. México 2002. p.1-94.

24.- GAFIMF, Guía para la Tutoría de Proyectos de Investigación en Medicina Familiar, 1ª edición. Editorial Medicina Familiar Mexicana, México, 2003.

25.- Irigoyen CA. Fundamentos de medicina familiar, 7ª edición. Editorial Medicina Familiar Mexicana, México 2000. p. 1-25.

26.- Irigoyen CA. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar, 1ª edición. Editorial Medicina Familiar Mexicana, México 2002. p.29-37 y 123-128.

27.- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Secretaría de Salud, México. 3 feb. 1983.

28.- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada en la 18va. Asamblea Médica Mundial en Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y Enmendada en la 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre de 2000.

29.- Gómez OD, Liópez MA, Las referencias bibliográficas en los escritos médicos. Salud Pùb. Méx, 1988; 30(5): 760-765.

30.- Programa de Especialidad de Medicina familiar y Comunitaria. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Consejo Nacional de Especialidades Médicas. España. Noviembre 2002. P. 70-80.

TESIS CON
FALLA DE CUBRIR

ANEXO 1
Variables de estudio sobre caries dental

Nombre completo de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toma la variable o códigos
Folio	Cuantitativa	Continúa	Números consecutivos
SECCION. 2 FICHA DE IDENTIFICACIÓN Y DATOS DE LA FAMILIA.			
P1S2 Edad	Cuantitativa	Continúa	Números enteros
P2S2 Sexo	Cualitativa	Nominal (dicotómica)	1=Masculino 2=Femenino
P3S2 Estado Civil	Cualitativa	Nominal	1=Casado 2=Viudo 3=Divorciado 4=Soltero 5=Unión Libre 6=Separado
P4S2 Escolaridad en años	Cuantitativa	Continúa	Número total de años de estudio, a partir de la primaria.
P5S2 Ocupación	Cualitativa	Nominal	1=Hogar-ama de casa 2=Jubilado-pensionado 3=Desempleado 4=Subempleado 5=Obrero 6=Campesino 7=Empleado 8=Técnico 9=Profesionista 10=Comerciantes 11=Empresarios 12=Artistas 13=Estudiante
P6S2 ¿Cuántas personas en total viven en su casa?	Cuantitativa	Discontinua	Número de integrantes
P7S2 Etapa del ciclo vital	Cualitativa	Nominal	1=Matrimonio 2=Expansión 3=Dispersión 4=Independencia 5=Retiro
P8S2 Estructura de la familia	Cualitativa	Nominal	1=Nuclear 2=Extensa 3=Extensa-Compuesta
SECCION.3 CUESTIONARIO DE CARIES DENTAL			
P1S3 ¿Tiene usted caries dental?	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No 3=No lo sé
P2S3 ¿Usted. ha usado	Cualitativa	Nominal	1=Si

TESIS CON
FALLA DE ...

alguna vez el servicio dental de esta clínica? P3S3 Con que frecuencia	Cualitativa	Nominal	2=No 1=Meses 2=Cuando lo necesito 3=Nunca
P4S3 ¿Quién lo envía al servicio dental?	Cualitativa	Nominal	1=E I Médico Familiar 2=Usted mismo
P5S3 Después de esta consulta que tuvo con su médico de consultorio ¿le reviso la boca?	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No
P6S3 Su médico de consultorio ¿Le ha mencionado en alguna ocasión que usted Tiene caries dental?	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No
P6.1S3 Frecuencia de caries dental mencionada por el médico de consultorio.	cuantitativa	Discontinua	Respuesta abierta
P7S3 ¿Su médico de consultorio, lo ha enviado al servicio dental de esta clínica?	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No
P8S3 Cuando usted Fue enviado al servicio de dental ¿Inicio su atención con sus médicos de ese servicio?	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No
P9S3 ¿Qué ha pasado con su atención en el servicio dental?	Cualitativa	Nominal	1=Me dieron de alta 2=Continúo mi atención 3=Dejé de asistir
P 9.1S3 Motivo por el cual el paciente dejó de asistir al servicio dental	Cualitativa	Nominal	Pregunta abierta
P10S3 ¿Realiza usted Alguna medida de prevención para evitar la caries?	Cualitativa	Nominal	1=si 2=No
P11S3 ¿Qué medida de prevención utiliza?	Cualitativa	Nominal	1=Capillado dental 2=Hilo dental 3=Uso de enjuagues 4=Evitar el consumo de azúcares entre los alimentos 5=Otros
P12S3 ¿Sabe usted Qué otros problemas o enfermedades le puede causar la caries además de dañar sus dientes?	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

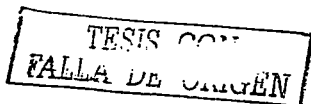
SECCIÓN 4 MANEJO DEL MÉDICO FAMILIAR.			Respuesta abierta
P1S4 DX. principal de la última consulta	Cualitativa	Nominal	
P2S4 Diagnóstico de caries dental (en el último año) hasta la penúltima consulta	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No
P3S4 Canalizadas al servicio de dental	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No
P4S4 Descripción de caries dental en la nota del expediente	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No

ESTADO DE GUATEMALA
TESIS CONTINUALE
FALLA DE ORIGEN
 69

ANEXO 3

Diseño de Base de Datos.

Nombre de la variable (código caracteres)	Tipo N= Numérico S=cadena (nombres)	Ancho de la columna		Etiqueta Nombre completo de la variable	Valores que toma la variable	Escala de medición. S=Continúa O=Ordinal N=Nominal
Folio						
SECCIÓN 2 P1S2 Edad	N	2	0	Edad en años	Números enteros	S
P2S2 Sexo	N	2	0	Sexo del paciente	1=Masculino 2=Femenino	N
P32 Estado civil	N	2	0	Estado civil del paciente	1=Casado 2=Viudo 3=Divorciado 4=Soltero 5=Unión Libre 6=Separado	N
P4S2	N	2	0	Escolaridad en años	Número total de años	S
P5S2	N	2	0	Ocupación del paciente	1=Hogar-ama de casa 2=Jubilado-pensionado 3=Desempleado 4=Subempleado 5=Obrero 6=Campesino 7=Empleado 8=Técnico 9=Profesionista 10=Comerciantes 11=Empresarios 12=Artista 13=Estudiante	N
P6S2	N	2	0	Numero de personas que viven en su casa	Valor del número de integrantes	S
P7S2	N	2	0	Etapa del ciclo vital del paciente	1=Matrimonio 2=Expansión 3=Dispersión 4=Independencia 5=Retiro	N
P8S2	N	2	0	Estructura familiar	1=Nuclear 2=Extensa 3=Extensa compuesta	N
SECCIÓN 3 P1S3	N	2	0	¿Tiene usted caries dental?	1=Si 2=No 3=No lo sé	N
P2S3	N	2	0	¿Usted ha usado alguna vez el servicio	1=Si 2=No	N



				dental de esta clínica?		
P3S3	N	2	0	¿Con que frecuencia?	2=Cuando lo necesito 3=Nunca	N
P3.1S3	N	2	0	Frecuencia en el número de meses	Números Enteros 1=Meses	S
P4S3	N	2	0	¿Quién envía al servicio dental?	1=El Médico Familiar 2=El Mismo	N
P5S3	N	2	0	Después de esta consulta que tuvo con su médico de consultorio, ¿Le revisó su boca?	1=Si 2=No	N
P6S3	N	2	0	Su Médico de consultorio ¿le ha mencionado en alguna ocasión que usted tiene caries dental?	1=Si 2=No	N
P6.1S3	N	2	0	Frecuencia de caries dental mencionada por el médico de consultorio	Números Enteros	S
P7S3	N	2	0	¿Su médico de consultorio, lo ha enviado al servicio dental de esta clínica?	1=Si 2=No	N
P8S3	N	2	0	Cuándo usted fue enviado al servicio dental ¿Inició su atención con los médicos de ese servicio?	1=Si 2=No	N
P9S3	N	2	0	¿Qué ha pasado con su atención en el servicio dental?	1=Me dieron de alta 2=Continúo mi atención 3=Deje de asistir	N
P10S3	N	2	0	¿Realiza		N

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

				usted alguna medida de prevención para evitar la caries?	1=Si 2=No	
P11S3	N	5	0	¿Qué medida de prevención utiliza?	1=Cepillo Dental 2=Hilo Dental 3=Uso enjuague 4=Evitar el consumo de azúcares entre los alimentos 5=Otros.	N
P12S3	N	2	0	¿Sabe usted que otros problemas o enfermedad es le puede causar la caries además de dañar sus dientes?	1=Si 2=No	N
SECCIÓN 4 P1S4	N	2	0	Diagnóstico principal de la última consulta		N
P2S4	N	2	0	Diagnóstico de caries dental (en el último año) hasta la penúltima consulta	1=Si 2=No	N
P3S4	N	2	0	Canalizadas al servicio dental	1=Si 2=No	N
P4S4	N	2	0	Descripción de caries dental en la nota del expediente	1=Si 2=No	N

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cronograma

ANEXO N. 4

Etapa / Actividad	2002		2003									
	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
*Etapa de planeación del proyecto	X	X	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
*Marco teórico	---	---	X	X	---	---	---	---	---	---	---	---
*Material y métodos	---	---	---	---	X	X	---	---	---	---	---	---
*Registro y autorización del proyecto	---	---	---	---	X	X	---	---	---	---	---	---
*Prueba piloto	---	---	---	---	---	X	X	---	---	---	---	---
*Etapa de ejecución del proyecto	---	---	---	---	---	X	X	---	---	---	---	---
*Recolección de datos	---	---	---	---	---	X	---	---	---	---	---	---
*Almacenamiento de los datos	---	---	---	---	---	---	X	---	---	---	---	---
*Análisis de los datos	---	---	---	---	---	---	X	---	---	---	---	---
*Descripción de los resultados	---	---	---	---	---	---	X	---	---	---	---	---
*Discusión de los resultados	---	---	---	---	---	---	X	---	---	---	---	---
*Conclusiones del estudio	---	---	---	---	---	---	---	X	---	---	---	---
*Integración y revisión final	---	---	---	---	---	---	---	X	---	---	---	---
*Reporte final	---	---	---	---	---	---	---	X	X	---	---	---
*Autorizaciones	---	---	---	---	---	---	---	---	---	X	---	---

TESIS COM
FALLA EN ENTREGAR

*Impresión del trabajo final	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	X	---
*Solicitud de examen de tesis	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	X	---

TESIS CON
 FA EN