



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

---

---



## **FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

PATRÓN DE PÉRDIDA DENTARIA EN MUJERES DE  
20-50 AÑOS EN TRES CÍRCULOS DE MUJERES.  
XOCHIMILCO, D.F. 2008.

### **TESINA**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

### **CIRUJANA DENTISTA**

P R E S E N T A:

ROSA ISELA SEGURA SALGADO

TUTOR: C.D. ROSA MARÍA GÓNGORA BASURTO.

ASESOR: MTRA. ARCELIA FELICITAS MELÉNDEZ OCÁMPO.



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.

## **AGRADECIMIENTOS**

### **DIOS MÍO**

Gracias por darme la fortuna de tener una familia unida y llena de amor que me ha apoyado incondicionalmente en el transcurso de vida.

### **UNAM**

Gracias por darme la oportunidad de sentirme orgullosamente universitaria , de dejar en tus aulas los años más dichosos de mi vida.

### **DRA. ROSY GÓNGORA Y MTRA. ARCELIA MELÉNDEZ**

Gracias por brindarme su tiempo y dedicación para realizar este proyecto. Porque su sencillez, constancia y profesionalismo me hicieron admirarlas jamás olvidare sus enseñanzas.

### **A MIS PADRES ROSA MARÍA SALGADO FUENTES Y UBALDO SEGURA MORALES:**

Mi eterna admiración, amor y gratitud

Porque desde pequeña resguardaron mis pasos y tras mis primeros tropiezos consolaron mi llanto impulsándome a levantar, las primeras veces necesite una palabra de aliento o una llamada de atención.

Posteriormente no importaba lo duro que fuera la caída y aún con lágrimas en los ojos me aferraba a cada reto que la vida me imponía. Porque aprendí a luchar como ustedes a base de esfuerzo y constancia.

El tiempo ha pasado y hoy estoy a punto de alcanzar uno de mis mayores sueños, tengo la certeza de que sin su apoyo jamás lo hubiera logrado, gracias mamá y papá por la confianza que depositaron en mí, gracias por esta hermosa familia.

## **A MI HERMANO ALAN MAURICIO**

Por el cariño y apoyo incondicional que me ha tenido a lo largo de todo este tiempo.

## **A LA MEMORIA DE MI PEQUEÑA GUERRERA.**

Gracias hermanita por la dicha de haberte conocido.

## **JORGE**

Gracias por tu amor y apoyo incondicional a lo largo de estos años.

## **CRISTIAN Y LETY**

Gracias por el cariño incondicional que me tienen.

## **MI ETERNO AGRADECIMIENTO Y CARIÑO A MI SEGUNDA MAMÁ “LUPITA SANTOS”**

Por mantener vivos mis deseos de seguir adelante, porque en mis momentos de flaqueza tiene las palabras precisas para devolverme la confianza en mí.

Espero no defraudarlos porque Uds. son parte importante de cada logro que he obtenido.

# INDICE

	Página
1. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES	5
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	26
3. JUSTIFICACIÓN	27
4. OBJETIVOS	27
1.1 General	27
2.2 Específicos	27
5. METODOLOGÍA	28
6.1 Material y método	28
6.2 Tipo de estudio	29
6.3 Población de estudio	29
6.4 Muestra	29
6.5 Criterios de inclusión	29
6.6 Criterios de exclusión	29
6.7 Variables de estudio	30
6.8 Variable independiente y variable dependiente	30
6.9 Operacionalización de las variables	30
6.10.1 Recursos humanos	31
6.10.2 Materiales	32
6.10.3 Financieros	32
7. Resultados	32
8. Conclusiones	43
9. Referencias Bibliográficas	44

Anexos

# **1.-INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES**

Las mujeres durante cada una de las fases de su vida, experimentan diversos cambios fisiológicos como son la menstruación, el embarazo y la menopausia entre otros, que modifican el estado de salud oral. Diversos estudios realizados en México, Estados Unidos y Venezuela concluyen que enfermedad periodontal y caries son los principales factores de riesgo vinculados al deterioro de la salud dental en la población mundial, además, coinciden que existe un mayor riesgo de pérdida dental por razones periodontales prevaleciendo más en pacientes masculinos que en pacientes de sexo femenino.

El factor cultural juega un papel importante en la pérdida dentaria ya que algunos grupos asumen que es parte del hecho de estar embarazadas y ocasionalmente, el ginecólogo les explica a las futuras madres los cambios que se presentará a nivel bucal.

Entre los factores de riesgo vinculados a pérdida dental se encuentran:

## **A) FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CAMBIOS HORMONALES**

### **MENSTRUACIÓN**

Llámesse menstruación al proceso cíclico fisiológico de las mujeres sexualmente maduras que ocurre con una frecuencia media aproximada de veintiocho días. Durante la misma se produce un sangrado vaginal, fruto de la descamación del endometrio, como consecuencia de la brusca privación de estrógenos y progesterona al final del ciclo femenino, acto que se presenta si no se ha producido la implantación de un blastocito. El inicio de la menstruación recibe el nombre de menarca.

Debido a estos cambios hormonales en la cavidad oral se puede presentar días antes de la menstruación:

- Encías inflamadas y sangrantes.
  - Aftas o herpes labial.
  - Inflamación de glándulas salivales especialmente parótidas.
- En cuanto los niveles hormonales se normalicen, la inflamación gingival no será un factor importante que modifique la salud oral si se tiene una higiene adecuada.<sup>1,4,5,10</sup>

## EMBARAZO

Se denomina gestación o embarazo al período de tiempo que transcurre entre la fecundación del óvulo por el espermatozoide y el momento del parto, seguida de la interrupción de los ciclos menstruales .

Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer, encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto y la producción de prolactina pudiéndose presentar cambios a nivel oral como:

Gingivitis del embarazo:

Es la inflamación mediada por sustancias químicas como las prostaglandinas que ocurre generalmente durante el segundo y tercer trimestres del embarazo.

**Fig. 1. Bajo peso al nacer.**

- Las prostaglandinas en grandes cantidades producen una molécula muy parecida a la composición química de la oxitocina, que el organismo libera para que se produzca la inducción del parto, constituyendo un factor de riesgo para el nacimiento prematuro de bebés de bajo peso. <sup>1-5</sup>



*Fuente:* <sup>13</sup>

Durante el embarazo se puede presentar alrededor del segundo y tercer trimestre el granuloma piógeno, que consiste en una papila inflamada que involuciona después del parto y para eliminarla totalmente es necesario tratamiento quirúrgico. <sup>1-6</sup>

## MENOPAUSIA O CLIMATERIO

Proceso que implica el cese de los ciclos menstruales.

Señala el final de la vida fértil alrededor de los 45 a 50 años. Las terapias de reemplazo hormonal, con administración de estrógenos tópicos o sistémicos, producen alivio de los siguientes síntomas orales:

- Dolor, sensación de ardor.
- Sensación alterada del gusto y boca seca.

Por lo tanto lo más probable es que los niveles hormonales se normalicen y la inflamación gingival no será un factor importante que modifique la salud oral si se tiene una higiene adecuada. <sup>1-5</sup>

## B) FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LA HIGIENE

La deficiente higiene aumenta la proliferación de microorganismos adheridos a la superficie oral los cuales se organizan formando la placa o biofilm dental, causante de caries dental y enfermedad periodontal.<sup>9,11</sup>

El biofilm se forma no solo sobre los dientes naturales, también en las superficies artificiales expuestas al medio bucal.<sup>9,11</sup>

Cuando este endurece recibe el nombre de cálculo dental supragingival o subgingival. El cálculo supragingival es una masa de moderada dureza de color blanco cremoso a amarillo obscuro o pardo.<sup>9,11</sup>

El grado de formación de cálculo no depende sólo de la cantidad de placa bacteriana presente, también de la secreción de las glándulas salivales. De ahí que el cálculo supragingival se encuentre preferentemente en las adyacencias de los conductos excretores de las glándulas salivales principales, como en la cara lingual de los dientes anteriores inferiores y vestibular de los primeros molares superiores, donde las glándulas parótidas abren sus conductos hacia el vestíbulo de la boca.<sup>9,11</sup>

Las aberturas de los conductos de las glándulas submandibulares están situadas en la región anterior. Su formación ocurre a las 2 semanas de una higiene deficiente o nula.<sup>9,11</sup>

El cálculo subgingival se puede hallar por exploración táctil, ya que su formación se produce hacia la zona apical del margen gingival, por lo tanto no suele ser visible.<sup>9,11</sup>

A veces el cálculo subgingival puede ser visible en las radiografías dentarias siempre que los depósitos representen una masa adecuada.  
9,10,11

Si se abre el margen gingival con un chorro de aire o si se separa con un instrumento odontológico se puede llegar a observar una masa dura calcificada negra de superficie áspera irregular, producto de los acúmulos microbianos mezclados con líquido sulcular gingival y sangre. Su formación puede tardar de meses a años.<sup>9-11</sup>

## CARIES

Enfermedad multifactorial que se caracteriza por la desmineralización y destrucción de los tejidos dentarios, ocasionada por la acción de ácidos orgánicos, producto de la degradación de carbohidratos de la dieta presentes en la cavidad oral y de la acción enzimática de determinadas bacterias de la boca organizadas y adheridas a las superficies dentales.<sup>9, 12</sup>

El microorganismo considerado el principal agente causal de caries es el *Streptococcus mutans*, bacteria gram positiva anaerobia facultativa que se encuentra normalmente en la cavidad bucal humana, formando parte de la placa o biofilm dental en concentraciones menores de 10000 UFC por mm<sup>3</sup>.<sup>10-12</sup>

El tiempo de exposición a la enfermedad y la actitud individual en torno al problema constituyen variables de importancia a considerar.<sup>9-11</sup>

Un alto grado de infección sólo implica un notable incremento de las probabilidades en la incidencia de caries en ese sitio, ya que en este fenómeno intervienen también numerosos factores, tales como la resistencia del esmalte a la disolución ácida, la frecuencia y el tipo de dieta, los hábitos higiénicos, las interacciones bacterianas y la influencia de la saliva, con sus enzimas antibacterianas, su capacidad inmunológica y su capacidad de remineralización.<sup>9,12</sup>

Cuando todo intento por mantener en boca al diente fracasa se recurre a la última alternativa, que es la extracción.<sup>10-12</sup>

## GINGIVITIS

Inflamación inicial de la encía, posterior a la acumulación de placa dentobacteriana por 2 o 3 semanas de higiene deficiente o ausencia de esta.

Los signos de inflamación pueden ser reversibles tomando los cuidados higiénicos pertinentes o bien progresar transformándose en una enfermedad de mayor agresividad denominada periodontitis, durante la cual los microorganismos forman nuevas placas que con el paso del tiempo se endurecen cambiando de color formando el denominado cálculo dental.<sup>3,9-</sup>

<sup>11</sup> Algunos tipos de periodontitis pueden iniciar en épocas tempranas de la vida, antes de la pubertad, en la adolescencia y en adultos jóvenes, pero con más frecuencia aparecen en los adultos. En estos últimos, su progresión es lenta y poco a poco se destruirá el soporte de los dientes (periodonto) hasta llegar a la pérdida dental.<sup>3</sup>



**Fig.2 Periodontitis avanzada**

Los signos más típicos de la enfermedad periodontal son:

- Encías enrojecidas, inflamadas y dolorosas.
- Sangrado al cepillado o espontáneo.
- Retracción de encías y sensibilidad al frío.
- Mal aliento persistente.
- Movilidad de dientes.
- Desplazamiento de dientes y cambios en la oclusión.

- Aparición de abscesos. La acumulación de pus produce una sensación de mal sabor de boca y mal aliento.<sup>9,10, 11</sup>

## Evolución de la periodontitis

- a) Presencia de cálculo supragingival e inflamación progresiva inicial.
- b) Presencia de cálculo supragingival y subgingival inicio de destrucción de fibras periodontales y hueso alveolar que sostiene al diente.
- c) Presencia de cálculo, supragingival y subgingival, enrojecimiento de encías, sangrado, sensibilidad, recesión gingival, movilidad y pérdida dentaria.<sup>2,9,11</sup>

La eliminación de los biofilms bacterianos reduce el progreso de la enfermedad. Ésta se realiza mediante diferentes tratamientos:

### **1.- Mecánico:**

- Raspado y alisado radicular.

### **2.- Antibiótico:**

Auxiliados por el cultivo bacteriano y el antibiograma. Debe tenerse en cuenta que el antibiótico de elección debe tener un amplio espectro de actividad que asegure la cobertura de patógenos aerobios y anaerobios.

- La amoxicilina + ácido clavulánico a dosis altas puede considerarse una buena elección de tratamiento antiinfeccioso.

### **3. Quirúrgico:**

- En casos graves en los que no es posible el acceso a las bolsas con el tratamiento básico.<sup>2, 9,10,11</sup>

**FIG. 3 EVOLUCIÓN DE LA PERIODONTITIS**



*Fuente:* <sup>13</sup>

### C) FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON AGENTES MICROBIANOS

#### *Streptococcus mutans*

Microorganismo acidófilo acidogénico y acidúrico que metaboliza el disacárido sacarosa, sustancia laxa que facilita su adhesión a las caras libres de las piezas dentarias, para producir polisacáridos extracelulares. Ocasiona la degradación del tejido dental mediante ataques ácidos constantes. Sus atributos de virulencia lo convierten en un agente muy dañino para la salud dental, ya que fermenta azúcares de la dieta, produciendo ácido láctico como producto final de su metabolismo, lo que favorece que el medio se acidifique y se desmineralice el tejido dental.

**Fig. 4. EVOLUCIÓN DE LA CARIES**



*Fuente: 14*

a) La caries inicia con la interacción de residuos de alimentos y las bacterias, produciendo ácidos que pueden destruir el esmalte y la dentina, en algunos casos, la raíz del diente.

b) Si la misma no es diagnosticada y tratada a tiempo, avanza provocando sensibilidad.

c) Su evolución continua y el dolor se intensifica, provocando necrosis pulpar, infección y absceso.<sup>2, 12</sup>

## LACTOBACILOS

Microorganismos prevalentes en los estadios secundarios del desarrollo de caries dental.<sup>2,9,12</sup>

Un elevado grado de infección por lactobacilos produce ácidos orgánicos, “ácidos lácticos” a partir de la degradación de carbohidratos. Su presencia predispone al individuo al ataque de bacterias cariogénicas.

En la periodontitis un elevado grado de infección por *Streptococcus*, *Actinomyces sp*, *Neisserias sp*, y *Haemophilus sp*, debilitan el soporte de los dientes, hueso y ligamento periodontal. Si el problema es detectado a tiempo y se retira el cálculo dental, la enfermedad se controla y se evitan las complicaciones antes mencionadas.

Los grados de avance de la periodontitis dependen en gran medida de las defensas propias de cada individuo.

## D) FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LA SALIVA

### Flujo salival escaso o xerostomía

### Baja capacidad buffer salival

La saliva es esencial para el balance ácido-base. La saliva puede controlar la disminución del pH provocada por el metabolismo de agentes microbianos presentes en la boca con elementos de su composición como el bicarbonato, fosfatos y algunas proteínas. Niveles bajos de flujo salival disminuyen su capacidad controladora.<sup>12</sup>

### Viscosidad salival

La viscosidad salival puede incrementarse como resultado de la unión de glicoproteínas de alto peso molecular y de otras proteínas salivales que favorecen la adhesión de *Streptococcus mutans* a las superficies dentales.<sup>12</sup>

## E) FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON EL ESMALTE

El esmalte dental está formado por 96% de hidroxapatita, proteínas orgánicas y entre 2 y 3 % de agua. La saliva le proporciona al esmalte iones de calcio y de fosfatos que permiten un incremento gradual de su mineralización perfeccionando su estructura. Existen ciertas

condicionantes que pueden determinar una deficiencia en la resistencia del esmalte al ataque ácido determinada por factores genéticos que pueden contrarrestarse con la administración tópica de flúor (geles, barnices o pasta), o sistémica (bebidas y/o alimentos).<sup>12</sup>

## F) FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LA DIETA

Dentro de estos factores mencionaremos una dieta cariogénica. Esto es, el consumo de azúcares industriales, consumidos con una frecuencia de dos o tres veces al día diariamente, cuyo tiempo de permanencia en boca permite la adhesión de los mismos al esmalte dentario y en conjunto con los microorganismos existentes y el pH ácido dan lugar a la formación de caries.<sup>12</sup>

## G) FACTORES DE RIESGO SOCIALES

La escala internacional indica que el mayor riesgo de enfermedades bucales se encuentra en poblaciones de bajos ingresos y nivel educacional.<sup>1</sup>

## H) OTROS FACTORES DE RIESGO

Las maloclusiones junto con la caries y la enfermedad periodontal, actúan como factores causales recíprocos, ya que la pérdida de los dientes por caries conlleva al acortamiento de la longitud del arco, lo que motiva irregularidades en las posiciones dentarias, acompañadas de empaquetamiento de alimentos y fuerzas anormales sobre éstos, lo que predispone a caries y lesiones del periodonto.

## DIABETES

Trastorno definido por la presencia de hiperglucemia que es una concentración de glucosa plasmática en ayunas mayor a 126mg/dL. Enfermedades sistémicas como la Diabetes aumentan la posibilidad de implantación microbiana y con ello el riesgo de presentar enfermedades de encías.<sup>1-4, 10-11</sup>

## OSTEOPOROSIS

Disminución de masa ósea como parte normal del proceso de envejecimiento que inicia después de los 30 años de edad. El factor etiológico más importante en la osteoporosis corresponde a la insuficiencia de esteroides sexuales.

La insuficiencia de estrógeno que se presenta después de la menopausia acelera la pérdida ósea de huesos y dientes.

## TABAQUISMO

Adicción al tabaco provocada, principalmente, por uno de sus componentes activos, la nicotina; la acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo.

El tabaco altera el equilibrio microbiológico bucal, pues contribuye a que se incrementen el número de bacterias anaerobias, Actuando como un mecanismo irritativo, térmico químico lesiona las células de la mucosa oral. Los pacientes fumadores presentan mayores índices de placa y cálculo, por consiguiente gingivitis y/o periodontitis.

Los efectos potenciales de las sustancias relacionadas con éste, como nicotina, monóxido de carbono y benzopireno, actúan como vasoconstrictores con producción de isquemia y reducción de la respuesta

inflamatoria y respiración celular. Alteran directamente a los macrófagos y fibroblastos, retrasando la cicatrización, posterior a tratamiento quirúrgico periodontal.

Reportes clínicos en México, Estados Unidos, y Maracaibo concluyen que el tabaquismo eleva la propensión de pérdida dental en un 56%.

La evidencia clínica y epidemiológica indica que la infección periodontal se asocia también a enfermedades cardiovasculares. Los medicamentos como la fenitoína, las pastillas anticonceptivas y la ingestión de metales pesados, como el plomo y el bismuto, también están asociados con el desarrollo de la gingivitis.

En pacientes con anomalías psiquiátricas y estados depresivos se han observado enfermedades gingivales y periodontales de tipo inflamatorio, ocasionadas principalmente por falta de higiene, así como por el desarrollo de hábitos nocivos como el bruxismo, o por alteraciones en la cantidad del flujo salival que favorece la formación de placa dental.

## ENFERMEDAD PERIODONTAL Y PÉRDIDAS DENTARIAS.

La pérdida del diente puede ser la consecuencia final de la enfermedad periodontal destructiva. Los dientes perdidos como secuela de la enfermedad, obviamente, son susceptibles de ser registrados en las encuestas epidemiológicas y pueden, por lo tanto, conducir a una subestimación de la prevalencia y gravedad de la enfermedad. Son muchas las publicaciones por diversos autores a nivel nacional e internacional que analizaron los aspectos relacionados con la pérdida de dientes tomando como base una población donde los resultados indican que la caries y enfermedad periodontal son las causas principales de pérdida dental en adultos.

Desde muchos siglos atrás la parodontosis o piorrea alveolar era conocida. Ya en los maxilares del período neolítico se ha observado la

existencia de periodontitis, así como en todos los pueblos evolucionados de la antigüedad: egipcios, griegos, romanos, etc. Autores de esa época dan indicaciones de remedios para detenerlas, desde una simple ferulización indicada por Hipócrates y Galeno, hasta remedios tan absurdos como frotar las encías enfermas con los excrementos aglutinados en la cola de carnero recomendados por Pilio el Antiguo a mediados del Siglo I después de J.C.

A continuación se menciona una pequeña semblanza cronológica sobre la enfermedad periodontal y caries.

1550 Ambrosio Paré la describe por primera vez a la periodontitis como una enfermedad.

1746- 1839 Fauchard le da nombre de piorrea alveolar.

1850 Koecker en su libro "Principios de cirugía dental" recomienda tratar las encías enfermas antes que los dientes cariados.

1867 el americano Riggs, aconsejó el raspado minucioso del tártaro subgingival con una serie de instrumentos ideados por él.

1882 Magitot relacionó la periodontitis con ciertas enfermedades generales como diabetes.

1932 Palazzi la denominó "Paradenciopatias".

Con el progreso de las investigaciones nuevos métodos de tratamiento se aconsejaban: gingivectomía, operación de Krane y Kaplan, Neuman-Widman, a colgajo modificado de Kirkland, rayos ultravioletas e infrarrojos, diatermo-coagulación.

Neumann, presenta sus famosos trabajos sobre paradentosis y la intervención quirúrgica que lleva su nombre.

El problema de la etiología de la caries fue ampliamente discutido entre los odontólogos ingleses y franceses del siglo XIX.

1824 Ringelmasn atribuyó a los parásitos una acción directa en la producción de las pérdidas de tejido dental.

1831, Thomas Bell consideró la caries como una gangrena húmeda, en la que los nervios y los vasos nutricios son los de menor resistencia ante la destrucción de la estructura dental.

1843, Erdl y Ficinus proponen el concepto de que los microorganismos eran la causa etiológica de la caries dental.

1872 Magitot afirmó en sus experimentos que la caries resulta de una alteración química ejercida sobre el esmalte y la dentina de los dientes, debida a los productos de fermentaciones ácidas desarrolladas en presencia de la saliva.

1881 Underwood y Miles encontraron en la caries una diversidad de microorganismos: micrococos, bacterias, etc., demostrando que la caries está absolutamente bajo la dependencia de la evolución de esos microorganismos.

1886 Black demuestra en placas gelatinosas la evolución de los microorganismos.

1890 Miller en su obra "Los microorganismos de la boca humana", conceptuó que la caries no es de origen interno ni está relacionada con ninguna reacción inflamatoria del diente, defendiendo el concepto de que "La caries es una descalcificación del esmalte y la dentina" producto de la acción de un ácido, que comienza en el exterior del diente. Dichos ácidos los relaciona con fermentaciones bacterianas de residuos alimenticios hidrocarbonados, sobre o entre los dientes. En 1892 concluye que la caries es un proceso químico – parasitario.

1900 Michaels y Wallace enfatizan la importancia de los elementos físicos y químicos de la saliva, dan a conocer una interesante teoría sobre la función de la dieta alimenticia en la producción de la caries, señalando

que las dietas blandas, producen retención de materias fermentables alrededor de los dientes con las caries consecuentes.

1905 Pickerill recomienda el uso de alimentos duros por su efecto de limpieza mecánica y también alimentos ácidos y frutas para estimular el flujo salival.

1922 Rodríguez en los laboratorios del ejército demostró que entre las bacterias formadoras de caries predominaban los lactobacilos.

1929-1937, Rusell y colaboradores demostraron la relación entre ingesta de azúcar y caries. En 1938 surgieron los dentífricos a base de amonio. Tras el descubrimiento de que las sales de flúor inhiben caries, se profundizó en el tema.

1939 el químico Pittsburg propuso la fluoración de agua y en 1942 Tuft, Basil y colaboradores en Estados Unidos propusieron la aplicación de flúor tópico rápidamente absorbidos por el esmalte. Ya para 1945 se llevo a la práctica el primer proyecto experimental en un poblado de Nueva York. El grupo de la universidad de Northwestern estudió el problema de caries a fondo concluyendo que la caries no es originada por un solo agente causal.

La historia natural de las infecciones periodontales fue reconocida desde 1960. Después de esto, se realizaron estudios microbiológicos alrededor del mundo confirmando la prevalencia de microorganismos gram negativos en la placa y enfermedad periodontal relacionando la agresividad de estos microorganismos a pérdida dental mundial.<sup>7-8</sup>

**Cuadro No.2 PATÓGENOS PERIODONTALES (HAFFAJEE Y SOCRANSKY, 1994).**

<i>Actinobacillus actinomycetemcomitans.</i>	<i>Peptostreptococcus micros.</i>	<i>Treponema sp.</i>
<i>Bacteroides forsythus.</i>	<i>Porphyromonas gingivalis.</i>	

<i>Campylobacter rectus.</i>	<i>Prevotella intermedia.</i>
<i>Eubacterium nodatum.</i>	<i>Prevotella nigrescens.</i>
<i>Fusobacterium nucleatum.</i>	<i>Streptococcus intermedius.</i>

Fuente: <sup>11</sup>

### Cuadro No. 3. CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDAD PERIONTAL ADM.

#### PERIODONTITIS CRÓNICA

##### 1. Extensión:

- Localizada: La que se presenta en menos de un 30%.
- Generalizada: La que se muestra en más de un 30% de localizaciones afectadas.

##### 2. Severidad:

- Leve: Cuando la pérdida de inserción es de 1 a 2 milímetros.
- Moderada: Cuando la pérdida de inserción es de 3 a 4 mm.
- Severa o avanzada: Cuando la pérdida de inserción es superior a 5 mm.

#### PERIODONTITIS COMO MANIFESTACIONES DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS

##### a. Asociadas al sistema endocrino

1) Pubertad

2) Ciclo menstrual

3) Embarazo

- a) gingivitis
- b) granuloma piógeno

4) Gingivitis en diabetes mellitus

ENFERMEDADES GINGIVALES INFLUENCIADAS POR MEDICACIÓN

a. Influenciada por drogas

1) Agrandamientos gingivales inducidos por drogas

b. Influenciada por anticonceptivos

Enfermedades gingivales modificadas por malnutrición

a. Gingivitis por deficiencia de ácido ascórbico

ENFERMEDADES GINGIVALES NO ASOCIADAS ALA PLACA

1.- Lesiones originadas por bacterias específicas

a. Neisseria gonorrea

b. Treponema pallidum

2.- Enfermedad gingival de origen viral

a. Infecciones por herpes

1) Gingivoestomatitis primaria

2) Herpes oral recurrente

3) Varicela-zoster

b. Otras

3.- Enfermedad gingival de origen fúngico

a. Infecciones por Candida sp.

1) Candidiosis gingival generalizada

b. Eritema gingival lineal

c. Histoplasmosis

d. Otras

4.- Lesiones gingivales de origen genético

a. Fibromatosis gingival hereditaria

5.- MANIFESTACIONES GINGIVALES DE CIERTAS CONDICIONES SISTÉMICAS

a. Desórdenes mucocutáneos

1) Liquen plano.

6- ENFERMEDADES PERIODONTALES NECROTISANTES

b. Gingivitis ulcerativa necrosante (GUN)

c. Periodontitis ulcerativa necrozante

#### 7.-Abscesos en el periodonto

a. Absceso gingival

b. Absceso periodontal

c. Absceso pericoronar

#### 8.- PERIODONTITIS ASOCIADAS CON LESIONES ENDODÓNICAS

a. Lesión combinada endoperiodontal

b. Trauma oclusal

b1) Trauma oclusal primario

b2) (iatrogénicas, accidentales, incidentales)

#### 9.-MALFORMACIONES Y LESIONES GENÉTICAS O ODQUIRIDAS

Factores localizados relacionados con un diente que predispone a enfermedades gingivales inducidas por placa o periodontitis

Deformidades mucogingivales y lesiones entorno a los dientes

## Deformidades mucogingivales y lesiones en rebordes desdentados

### Trauma oclusal

1. Trauma oclusal primario
2. Trauma oclusal secundario

**Fuente:** <sup>10</sup>

### **3.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

México en la actualidad se enfrenta a una realidad cada vez más evidente: “La pérdida dental, por diversos factores en mujeres cuyas edades fluctúan entre los 20 y 50 años”.

Entre los principales factores se encuentran: caries, patología periodontal, cambios hormonales y edad, por mencionar algunos.

El abandono del auto cuidado oral predispone al individuo al acúmulo de microorganismos nocivos, periodos de dolor, infección, abscesos, con la consiguiente destrucción progresiva de los tejidos orales que al no ser detenida a tiempo finaliza con la inevitable pérdida dental.

La pérdida dentaria conlleva al acortamiento de la longitud del arco, lo que motiva irregularidades en las posiciones dentarias o “maloclusiones”, empaquetamiento de alimentos y fuerzas anormales sobre éstos, predisponen al individuo a caries y lesiones del periodonto.

La inaccesibilidad a la atención dental por falta de recursos económicos e ignorancia en cuanto al auto cuidado personal son sin duda un factor de trascendencia en las poblaciones carentes de seguro social.

## **4.-JUSTIFICACIÓN**

Realizar el estudio permitirá contar con información confiable sobre la prevalencia de pérdida dentaria en tres círculos de mujeres de la delegación de Xochimilco, de nivel socioeconómico bajo, carentes en su mayoría de seguro social.

Así mismo determinar el perfil del patrón.

## **5.-OBJETIVOS**

### **5.1 Objetivo general**

Determinar el patrón de pérdida dentaria en mujeres de 20 a 50 años de escasos recursos que acuden a 3 círculos de Mujeres en la Delegación Xochimilco.

### **5.2 Objetivos específicos**

1. Determinar la prevalencia de pérdida dentaria por edad
2. Determinar el principal factor de riesgo de pérdida dentaria
3. Identificar el diente que constituye la mayor prevalencia de pérdida
4. Determinar el patrón de pérdida dentaria en la población de estudio.

## **6. METODOLOGÍA**

### **6.1 MATERIAL Y MÉTODO**

El estudio se realizó en el punto de reunión de cada uno de los círculos de mujeres en San Lorenzo La Cebada, San Mateo y Xochitenco en la delegación Xochimilco. El estudio se dividió en dos partes:

#### 1- Estudio epidemiológico :

Se diseñó una encuesta que contenía la información socio epidemiológica de la población a encuestar como edad, domicilio, causas de pérdida dental, higiene bucal, presencia de sangrado en encías, presencia de diabetes, número de hijos, relación entre pérdida dental y embarazo entre otros. La información se recabó en una base de datos para cada grupo.

#### 2- Revisión dental:

Con el uso de guantes, cubre boca, abate lengua y bata a las mujeres participantes, con un rango de edad de 20-50 años. La información obtenida se acentó en odontogramas para su posterior análisis y desglose de resultados.

Al finalizar, se impartió plática informativa sobre autocuidado bucal a las mujeres participantes, repartiendo trípticos informativos cuya finalidad fue el reforzar la información proporcionada.

### **6.2 TIPO DE ESTUDIO**

Transversal.

### 6.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Mujeres inscritas en los círculos de Mujeres San Lorenzo La Cebada, San Mateo y Xochitenco en la delegación Xochimilco.

### 6.4 MUESTRA

40 mujeres.

### 6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres de 20 a 50 años de edad inscritas en los Círculos de mujeres San Lorenzo La Cebada, San Mateo y Xochitenco en la delegación Xochimilco que deseen participar.

### 6.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres que cumplan con los criterios de inclusión pero que no desean ser inspeccionadas bucalmente.

### 6.7 VARIABLES DE ESTUDIO

- Edad
- Ocupación
- Escolaridad
- Hábitos
- Frecuencia de higiene

- ✚ Pérdida dentaria
- ✚ Diabetes
- ✚ Sangrado de encías
- ✚ Visitas al dentista

## 6.8 VARIABLE INDEPENDIENTE

- ✚ Edad
- ✚ Falta de conocimiento sobre higiene dental

## VARIABLE DEPENDIENTE

- ✚ Pérdida dentaria

## 6.9 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTUALIZACIÓN	OPERACIONALIZACIÓN
Edad		Se determine en años cumplidos
Ocupación		
Escolaridad	grado de instrucción escolar	Se determine el grado máximo de estudios
Hábitos		
Frecuencia de higiene	Numero de veces que se lleva a cabo la higiene oral	Se determino la frecuencia de cepillado al día.
Pérdida dentaria	Numero de dientes perdidos	Se determino el numero de dientes perdidos actualmente
Diabetes	Numero de mujeres enfermas	Se determino el número de mujeres enfermas

		diagnosticadas
SANGRADO DE ENCIAS	Presencia de sangrado	Se determine la etiología del sangrado
Visitas al dentista	Numero de visitas	Se determine el número de visitas anuales.
Conocimiento de higiene oral	Pláticas informativas	Se determino la información proporcionada a las mujeres

FUENTE: DIRECTA

### 6.10.1 RECURSOS HUMANOS

- ✚ Un director de Tesina
- ✚ Pasante de la carrera de Cirujano Dentista
- ✚ Un asesor de Tesina

### 6.10.2 MATERIALES

Encuestas, guantes, cubre boca, abatelenguas, láminas informativas relacionadas al auto cuidado oral, trípticos para reforzar lo expuesto.

### 6.10.3 FINANCIEROS

- ✚ Financiados por la tesista.

## 7. RESULTADOS

Del total de pacientes encuestados (N=40), la edad promedio fue de 44 años, con una edad mínima de 20 años y una máxima de 50 años.

La mayor proporción de personas correspondió al grupo etáreo de 40-50 años de edad. Esta fue del 50%.

El grupo etáreo de 30-39 años representó el 27.5 % y el grupo etáreo de 20-29 años representó el 22.5%.

### **Cuadro1.Distribución**

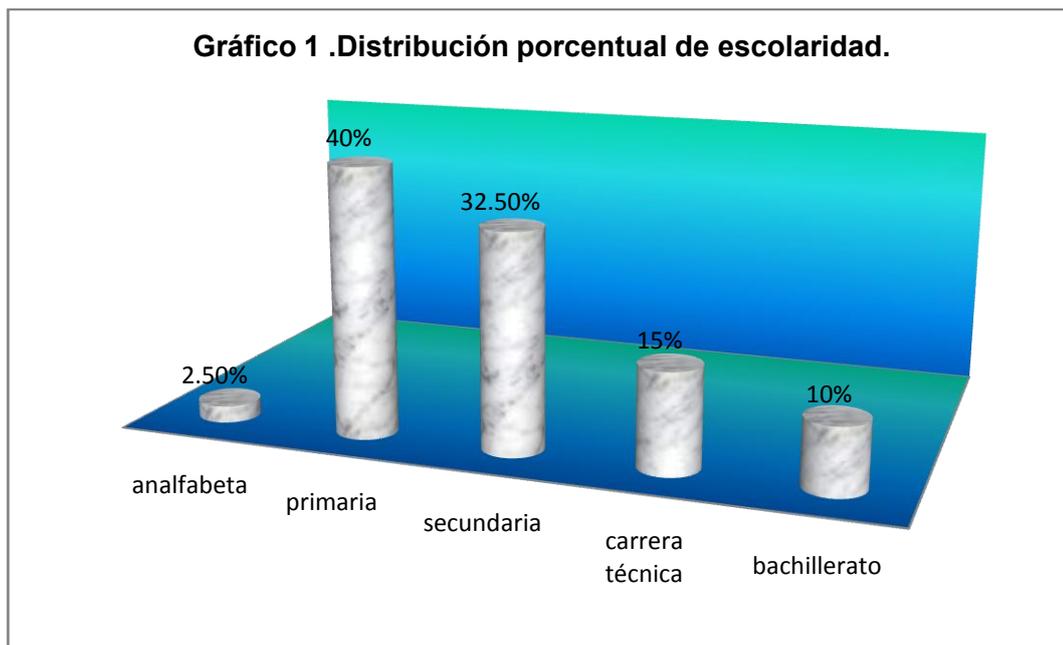
#### **Por edad Xochimilco 2008.**

EDAD	No	%
20-29 años	9	22.5
30-39 años	11	27.5
40-50 años	20	50

*Fuente: Directa*

## ESCOLARIDAD

Respecto a la escolaridad se observó que la mayor proporción el 40% curso la primaria completa y en segundo lugar con el 32.5% la secundaria completa el 15% curso carrera técnica sin bachillerato; el 10% concluido el bachillerato; sólo una pequeña proporción el (2.5%) refirió ser analfabeta o sea no saber leer ni escribir.

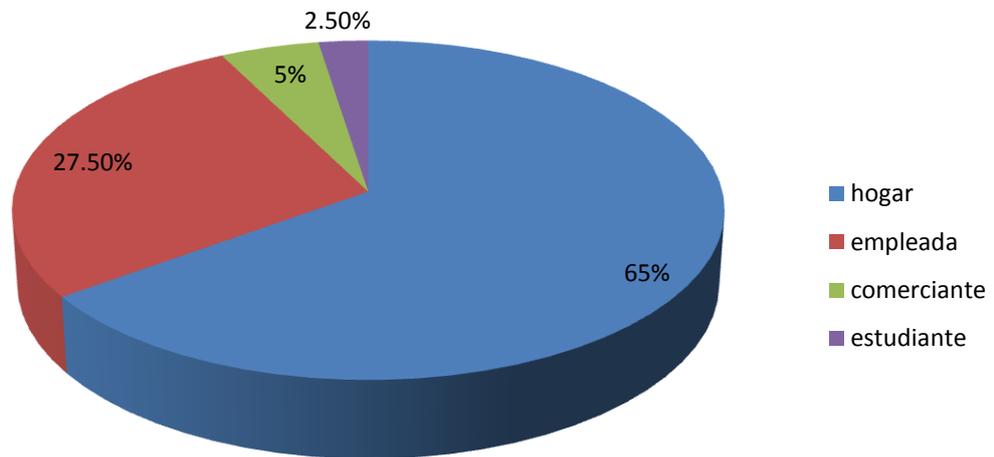


*Fuente: Directa*

## OCUPACIÓN

De la población de estudio el 65% refirió ser ama de casa; el 27.5% refirió ser empleada; el 5% refirió ser comerciante y sólo una refirió estar estudiando, el 2.5%.

**Gráfico 2. Distribución porcentual de ocupación.**



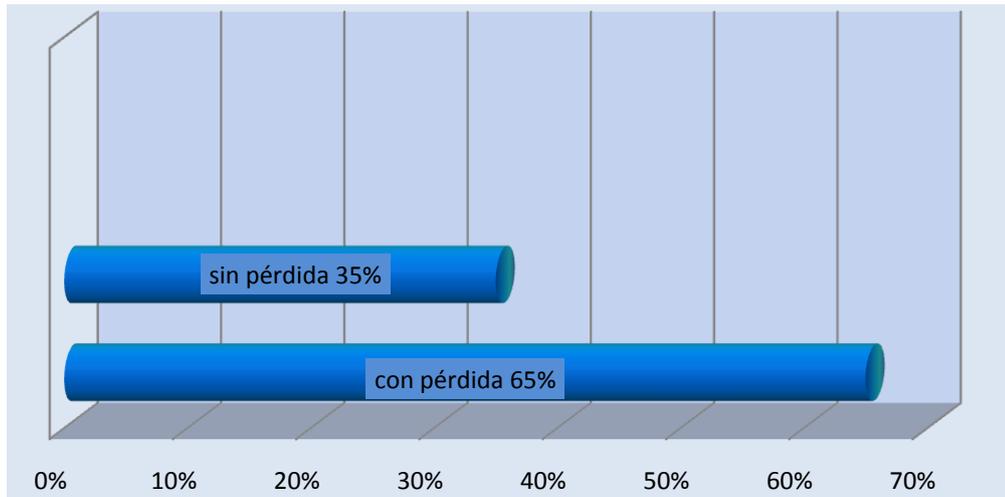
*Fuente: Directa*

## PÉRDIDA DENTAL

El 65% de las mujeres encuestadas refirieron haber perdido dientes. Obteniendo una prevalencia de pérdida dental alta.

El 35% refirió no tener pérdidas dentales por lo tanto, en los porcentajes no se refleja la prevalencia de pérdida dental.

**Gráfico 3. Distribución porcentual de pérdida dental.**

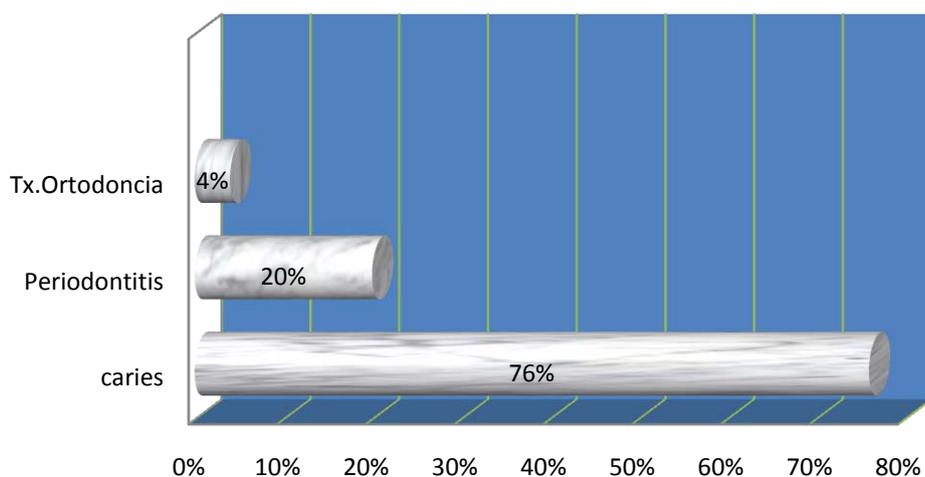


*Fuente Directa*



De las encuestadas el 76% manifestaron que la pérdida de los dientes fue por

**Gráfico 4. Distribución porcentual de pérdida dental.**

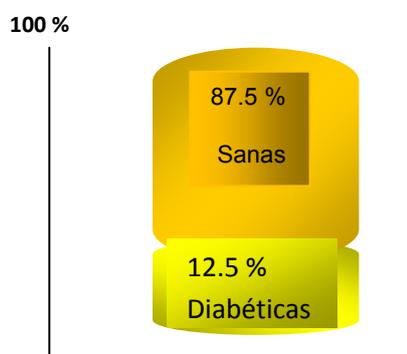


caries, el 20% refirió la pérdida dental de manera espontánea es decir, enfermedad periodontal y el 4% manifestó que la pérdida de sus dientes fue a causa de tratamiento de ortodoncia. Por lo tanto hay una mayor prevalencia de pérdida dental ocasionada por caries progresiva.

Fuente: Directa

**Gráfica 5. Distribución porcentual de mujeres diabéticas**

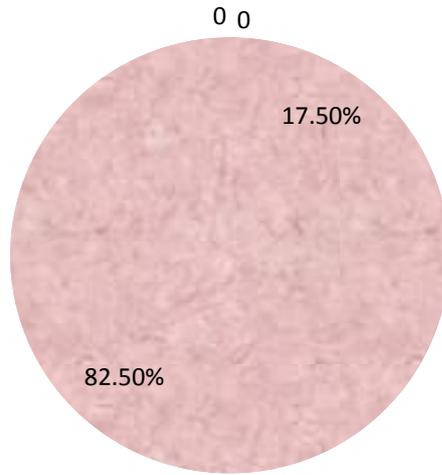
El porcentaje de encuestadas que padece diabetes fue del 12.5%, por lo tanto, la prevalencia de casos de diabetes no es elevado en el número total de las



**TABAQUISMO**

El porcentaje de encuestadas que fuma es del 17.5% y el porcentaje de no fumadoras es del 82.5% por lo tanto, la prevalencia de fumadoras es relativamente baja.

**Gráfico 6. Distribución porcentual de tabaquismo.**

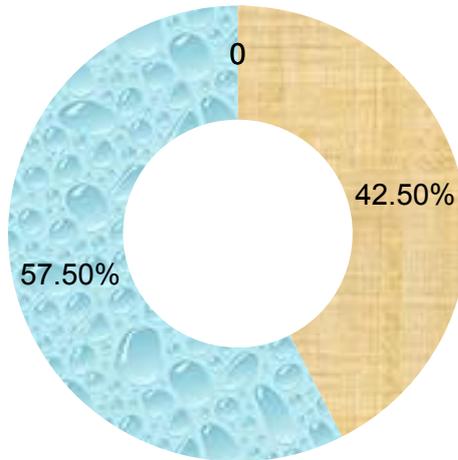


*Fuente: Directa*

## DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ENCUESTADAS QUE RECIBIERON ANTERIORMENTE PLÁTICAS REFERENTES A PREVENCIÓN Y AUTOCUIDADO ORAL.

Los resultados que se presentan en la siguiente gráfica se basan en las respuestas de las encuestadas. El porcentaje de encuestadas que ha recibido pláticas de auto cuidado oral es de 42.5% y el 57.5% no han recibido pláticas de prevención y auto cuidado. Por lo tanto la falta de información del auto cuidado oral está por arriba del porcentaje de encuestadas informadas acerca del mismo.

**Gráfico 7. Distribución de prevención y autocuidado oral.**



Fuente: Directa

### **FRECUENCIA DE CEPILLADO Y AUXILIARES DE HIGIENE BUCAL**

Los resultados que se presentan en la siguiente gráfica se basan en las respuestas de las encuestadas; 15 de ellas respondieron que se cepillan 3 veces al día; 3, se cepillan 2 veces al día; 11, se cepillan una vez al día y otras 11 se cepillan a veces.

El 90 % utiliza pasta y cepillo, el 5 % utiliza pasta, cepillo dental y enjuague y el 5% utiliza pasta, cepillo, hilo y enjuague.

**Gráfico No.8 Frecuencia de cepillado**



*Fuente: Directa*

## PATRÓN DE PÉRDIDA DENTARIA

Se determinó el patrón de pérdida dentaria asumiéndose lo siguiente: Presencia de 28 dientes presentes en boca, por lo tanto el total de dientes en el análisis fue de 1,120 dientes. Se prosiguió a realizar la sumatoria de dientes perdidos por cualquiera de las causas de estudio: caries, enfermedad periodontal, otras causas.

Al analizar el patrón de pérdida referente a caries se observó que en los cuadrantes superiores es común la pérdida de primeros molares y en los cuadrantes inferiores es común la pérdida dental por caries en los primeros molares.

		1					1							
--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

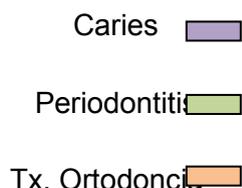
1	1	3	2		2	3	1	1	1	3	2	1	
1	7	3	3		4	1	2	2	1	4	3	7	5
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
7	11	5	1							1	2	7	6
1	1	1									1	5	1
			1							1			

En el análisis por enfermedad periodontal se observó que en los cuadrantes superiores es común la pérdida de primeros

premolares mientras que en la pérdida por enfermedad periodontal destacó la prevalencia en primer molar inferior izquierdo.

La prevalencia de pérdida dental por tratamiento de ortodoncia no fue muy significativa ya que solo una de las encuestadas refirió tratamiento de ortodoncia como causa de pérdida dental.

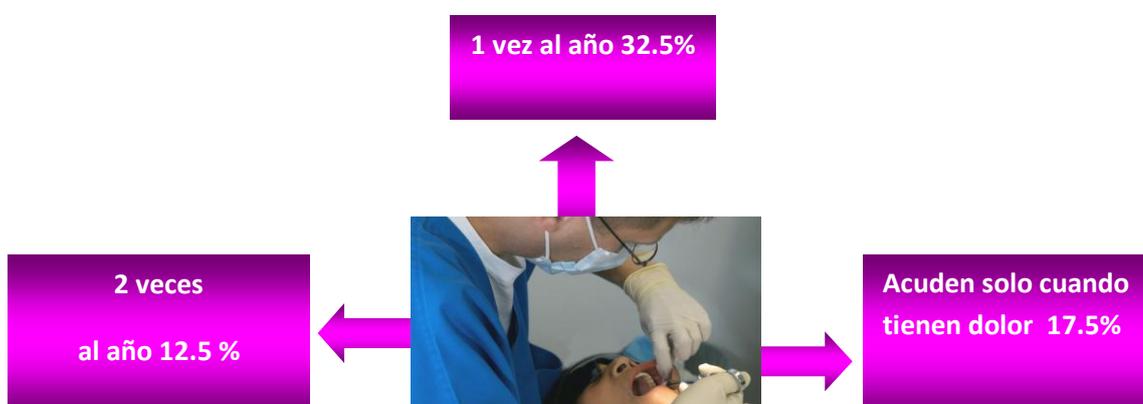
Gráfico 9. Pérdida dental por diferentes causas



Fuente: Directa

## DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE VISITAS ANUALES AL DENTISTA

Gráfico No. 10. Visitas anuales al dentista



Fuente: Directa

## SANGRADO DE ENCIAS

De las encuestadas 25 manifestó sangrado de encías al cepillado, 2 encuestadas manifestó sangrado de encías sin causa aparente, 13 de las encuestadas manifestó no tener sangrado de encías.

**Gráfico 9. Distribución porcentual de sangrado de encías.**



**Sería importante conocer las indicaciones que el ginecólogo les da al respecto cuando acuden al control**

*Fuente: 13*

## 8. CONCLUSIONES

1.-En la población es cuestión la mayor prevalencia de pérdida dental es causada por caries en un 76%, siendo los primeros molares inferiores los que se pierden con mayor frecuencia.

2.-La pérdida de dientes por enfermedad periodontal se presentó en un 20% de la población en estudio.

3.-Aunque el mayor porcentaje 37.5% de mujeres, refirieron cepillarse tres veces al día, es evidente que esto no es así ya que se observó un alto porcentaje de caries, placa y cálculo, pudiendo inferir que la pérdida dental presente en la población de estudio fue causada por la presencia de estos factores de riesgo.

4.-Así mismo la incidencia de pérdida dental aumentará en un futuro, ya que la población de estudio descuida su higiene dental. Esto se corroboró por la presencia de sangrado en el 62.5% de las encuestadas. Infiriendo que se incrementará la incidencia de placa dentobacteriana, cálculo dental y caries.

5.-Sólo el 5% aseca su boca implementando cepillo, pasta, hilo dental y enjuague oral, incrementando el riesgo de tener caries interproximal.

6.-La prevalencia de diabetes fue del 12.5% y para el tabaquismo de 17.5%, por lo tanto, el porcentaje para ambos no fue elevado.

7.- En nuestro país la falta de cultura en salud dental propicia el abandono de todo recurso por salvaguardar la integridad de nuestra boca, recurriéndose rápidamente a la extracción dental como una solución práctica al dolor dentario, ocasionando maloclusiones.

## 9. REFERENCIAS Y FUENTES DE INFORMACION

1.- Friedlander, D.D.S. Arthur H. The physiology, medical management and oral implications of menopause. Vol 133, NO 1, 73-81. © 2002 American Dental Association.

2. - Weinberg, D.M.D., M.S.D., R.Ph Mea A. Women and oral health U.S. Pharmacist. Vol. No: 27:09 Posted: 9/15/02

3.- Muller Hans- Peter Periodontología, editorial manual moderno México 2006. Pp.3-154

4.- Stephen J.McPhee, Vishwanath R. Lingappa, William F. Ganong Fisiopatología médica: una introducción a la medicina clínica. Editorial manual moderno 4a edition. México 2003. Pp. 523, 542,653-652,666.

5. - Herbert F. Wolf, Edith M, Klaus H. Rateitschak. Atlas a color Periodoncia. Edit. Masson 3ª edición. Madrid 2005. Pp.91-137.

6.- Moreno Elizabeth y colaboradores. Prevalencia de enfermedad periodontal en primigestas en un Centro de Salud Urbano en Celaya Guanajuato. Revista ADM .Vol. XLV, No 6, Febrero 2008.

7.- Velázquez Herrera Norma Patricia y colaboradores. La enfermedad periodontal en diversas poblaciones del México prehispánico .Revista ADM .Vol LXIII, No 6, Diciembre 2006.

8.- Lerman Salvador. Historia de la odontología y su ejercicio legal. Editorial Mundi S.A. 3era edición, enero Argentina 1974.Pp.341-343, 358-359.

1. - Jiménez Férez Juana. Odontología Preventiva. U.N.A.M. México 2007. Pp. 13-44

10. - Zerón Agustín. NUEVA CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES

PERIODONTALES. Revista ADM Vol. LVIII, No. 1. Enero-Febrero 2001

11.- Lindhe Jan. Periodontología Clínica e Implantología. Editorial Médica Panamericana. 3ª edición Madrid España 2000.Pp69-179,275

12.- Seifer. Tomás Cariología prevención, diagnóstico y tratamiento contemporáneo de la caries dental, editorial: actualidades médico odontológicas Latinoamérica, 1era Edición Caracas Venezuela 1997. Pp59-79

13.-[www.google.com](http://www.google.com) (imágenes).

14.-[www.colgateprofesional.com](http://www.colgateprofesional.com)

ANEXOS



## CIRCULO DE MUJERES XOCHIMILCO

### “SAN MATEO”

Fecha \_\_\_\_\_ 2008

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_ nivel escolar \_\_\_\_\_

1.- Indique con una cruz los elementos que utiliza en su higiene oral:

**a)** cepillo(  ) **b)** pasta y cepillo(  ) **c)** hilo dental y enjuague oral(  ) **d)** todos los anteriores(  )

2.- ¿Cuántos dientes a lo largo de su vida ha perdido?

**a)** 1-2 (  ) **b)** 3-4(  ) **c)** 5-6(  ) **d)** 7-8(  ) **e)** más de 8(  )

3.- Indique ¿Cuáles fueron las causas de su pérdida(s) dentales?

**a)** Caries(  ) **b)** se aflojaron sus dientes(  ) **c)** embarazo(  ) **d)** golpe(  )

4.- ¿Cuál fue la edad en la que perdió su primer diente permanente?

**a)** 12-19 años(  ) **b)** 20-26 años(  ) **c)** 27-32 años(  ) **d)** 33-39 años(  ) **e)** 40 años en adelante(  )

5.- Indique con una cruz el número de hijos que tiene Ud. :

**a)** 1(  ) **b)** 2(  ) **c)** 3(  ) **d)** 4 o más(  )

6.- ¿Padece Ud. Diabetes?:

**a)** Sí(  ) **b)** no(  )

7.- ¿Le sangran sus encías?

**a)** Sangran cuando me cepillo los dientes(  ) **b)** no sangran(  ) **c)** me sangran sin razón alguna(  )

8.- ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes?

**a)** 1 vez(  ) **b)** 2 veces(  ) **c)** después de cada comida(  )

9.- ¿Cuántas veces al año visita al dentista?

**a)** 1 vez al año(  ) **b)** 2 veces al año(  ) **c)** no acudo(  )

**d)** solo acudo cuando me duele un diente/muela(  )

10.- ¿Fuma Ud.?

**a)** Siempre(  ) **b)** nunca(  ) **c)** a veces(  )

11.- ¿Ha recibido pláticas referentes a su higiene oral?

**a)** Sí(  ) **b)** no(  ) **c)** no lo recuerda(  )

Por su colaboración

” GRACIAS”

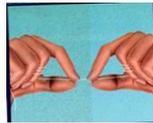
5-No olvides cepillarte la lengua con movimientos de barrido.



La cantidad de pasta dental es del tamaño de una gota.

6- Utiliza hilo dental.

a) Corta de 30 a 45 cm de hilo y enrolla sus extremos en los dedos medios.



b) Sujeta el hilo firmemente contra las caras laterales de los dientes.

c) Mueve el hilo alejándolo de las encías, frotándolo suavemente hacia arriba y hacia abajo sin tocar la punta de la encía.



d) Recorre el hilo entre tus dedos para limpiar entre diente y diente.



- Evita el consumo de azúcares industriales como las contenidas en caramelos.
- Consumir frutas y verduras este grupo de alimentos estimula la salivación, contribuyendo a disminuir placa dental.
- Evitar fumar. Las sustancias contenidas en el cigarro favorecen el acumulo de placa.
- Cepillarse después de cada alimento, especialmente antes de dormir.
- Enjuague bucal nocturno posterior al cepillado y utilización de hilo dental durante 60 segundos.

Facultad de Odontología 2008



### **SALUD BUCAL EN LA MUJER.**

Las principales causas de pérdida dentaria a nivel mundial son:

1-Enfermedad periodontal (encías).

2-Caries.

Las enfermedades de las encías se dividen en 2:

#### **1-GINGIVITIS**

Inflamación inicial de la encía caracterizada por un enrojecimiento y sangrado de las encías al momento del cepillado.

#### **2-PERIODONTITIS**

Inflamación crónica destructiva que afecta el soporte del diente. Los signos de la periodontitis son:

- Inflamación
- Enrojecimiento

- Sangrado de encías sin causa aparente.
- Mal aliento.
- Movilidad dental.
- Pérdida dental.

**Una gingivitis no tratada puede convertirse en periodontitis.**



#### **Caries**

Enfermedad infecciosa que afecta inicialmente a los tejidos duros del diente formando cavidades, "diente picado". Cuando la caries afecta tejidos blandos (nervio o pulpa dental), provoca dolor.



#### **¿CUAL ES LA CAUSA DE ESTAS ENFERMEDEADES?**

- Una mala o deficiente higiene oral provoca la acumulación de bacterias adheridas a los dientes denominada placa dental o biofilm que al no ser removida se multiplica y endurece formando el cálculo dental.
- El cálculo invade los tejidos de soporte y los destruye progresivamente.

#### **¿COMO EVITAR ESTAS ENFERMEDEADES?**

- Con una higiene bucal adecuada.

#### **Técnica de cepillado**

1-Cepilla suavemente los dientes de arriba hacia abajo y los inferiores hacia arriba, partiendo de la encía.



2-Cepilla la parte interna de tus dientes con la misma técnica.



3-Cepilla la superficie de masticación de cada muela con movimientos circulares y de barrido.



4-Utiliza la punta del cepillo para limpiar la parte interna de los dientes delanteros.





UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
JEFATURA DE ODONTOLOGIA  
PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

Oficio: 21/08/08

Asunto: Solicitud de apoyo

Lic. Jesús Salvador Valencia Guzmán  
Director General del DIF. DF  
P r e s e n t e

Por este conducto, la que suscribe Dra. Arcelia Meléndez Ocampo, Jefe del Departamento de Odontología Preventiva y Salud Pública de la Facultad me dirijo a ud. para solicitar su apoyo a fin de que Segura Salgado Rosa Isela, quien está inscrita en el Seminario de Titulación en Epidemiología y Salud Pública, pueda realizar su trabajo de tesis en la institución a su digno cargo levantando información sobre algunos aspectos del patrón de pérdida dentaria en mujeres de 20 a 50 años de edad.

El estudio se realizaría en tres Círculos de Mujeres de la Delegación Xochimilco y consiste en la obtención de información recabada en una encuesta y la revisión bucal se realizará con luz natural, guantes desechables, cubreboca, bata y abatelengua y sin menoscabo de la salud integral de las encuestadas.

Al término de la encuesta nos comprometemos a brindar u plática sobre autocuidado de la salud bucodental en el adulto en cada uno de los Círculos y repartir trípticos con la información necesaria al respecto.

Sin otro particular, agradezco la atención que se sirva prestar a la presente y hago propia la ocasión para enviarte un cordial saludo.

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"  
Ciudad Universitaria, DF a 27 de agosto del 2008.

Dra. Arcelia Meléndez Ocampo  
Jefatura

