



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Escuela Nacional de Estudios Profesionales "Zaragoza"
Carrera de Cirujano Dentista

Procedimientos de Prevención y Rehabilitación
Oral para Caries, Parodontopatías, Maloclusiones
que se efectuaron en el IMSO Reforma en
Cd. Netzahualcóyotl en el Período de Enero
a Septiembre de 1981

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
Cirujano Dentista
P R E S E N T A:
Nora Hernández Arjona



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.

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION _____	1
FUNDAMENTACION DE LA ELECCION DEL TEMA _____	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA _____	6
OBJETIVOS _____	13
HIPOTESIS _____	14
MATERIAL Y METODO _____	15
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES _____	16
DESARROLLO _____	17
CARIES DENTAL _____	18
PARODONTOPATIAS _____	34
MALOCCLUSIONES _____	46
ANALISIS DE RESULTADOS _____	54
CONCLUSIONES _____	70
PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES _____	72
ANEXOS _____	74
BIBLIOGRAFIA _____	113

T I T U L O

PROCEDIMIENTOS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN
ORAL, PARA CARIES, PARODONTOPATÍAS, MALOCCLUSIONES
QUE SE EFECTUARON EN EL IMSO REFORMA EN CD.
NETZAHUALCOYOTL. EN EL PERÍODO DE ENERO A SEPTIEMBRE DE 1981.

LA ODONTOLOGIA PUEDE DIVIDIRSE COMODAMENTE EN DOS CATEGORIAS "PREVENCION Y REHABILITACION".

TRATAR LAS ENFERMEDADES POR PREVENCION ES LA MAS DESEABLE, POR ESO LA ACCION DEL ODONTOLOGO DEBE INCLINARSE MAS HACIA LOS PROCEDIMIENTOS QUE CORRESPONDEN AL PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL DE PREVENCION DE LEAVELL Y CLARK.

LA ODONTOLOGIA ACTUAL ESTA CADA VEZ MAS CONSCIENTE DE SUS RESPONSABILIDADES HACIA LA COMUNIDAD. LA COMUNIDAD PARA QUE PARTICIPE JUNTO CON EL ODONTOLOGO, ES NECESARIO QUE LE DE VALOR AL SERVICIO DENTAL, Y PARA ELLO DEBE CONSIDERAR A LA ODONTOLOGIA COMO UNA NECESIDAD, ESTO SE LOGRA MEDIANTE LA CONSCIENTIZACION A TRAVES DE LA EDUCACION, LO CUAL ES LA BASE DE TODOS LOS PROGRAMAS EDUCACIONALES DE SALUD PUBLICA.

SI EL ODONTOLOGO NO MUESTRA INTERES POR MEJORAR LA SALUD BUCAL DE LA COMUNIDAD FUERA DEL AREA DE SU CONSULTORIO, NO TIENE DERECHO A QUEJARSE SI EL PUBLICO NO APRECIA EL VALOR DE LAS TECNICAS PREVENTIVAS Y RESTAURATIVAS. EL ODONTOLOGO DEBE ASUMIR EL PAPEL DE EDUCADOR DENTAL.

LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS DEBEN SER TANTO EDUCATIVOS COMO CLINICOS. LOS ASPECTOS EDUCATIVOS DE UN PROGRAMA REFUERZAN LA IMPORTANCIA DE PRESERVAR LOS DIENTES Y LOS TEJIDOS PERIODONTALES Y LIMITAR LA POSIBILIDAD DE MALOCLUSION. AL LLEVAR A CABO ESTO, DEBEN PRESENTARSE TODOS LOS ASPECTOS DEL PROBLEMA.

LAS NECESIDADES DE LA COMUNIDAD DESDE EL PUNTO DE VISTA ODONTOLOGICO QUE SE APRECIAN POR LA FRECUENCIA DE CARIES, PARODONTOPATIAS Y MALOCLUSIONES, DEBEN SER PRESENTADAS A LOS DIRIGENTES DE LA COMUNIDAD Y AL PUBLICO EN GENERAL PARA QUE COMPRENDAN LA MAGNITUD DEL PROBLEMA. EL RESULTADO DE NEGLIGENCIAS ODONTOLOGICAS TRAE COMO RESULTADO LA APATIA DE LA GENTE. CUANDO LA GENTE SE HA FAMILIARIZADO CON LA NECESIDAD QUE EXISTE DE UN PROGRAMA DENTAL, SE CONSEGUIRA SU COOPERACION CON MENOS TRABAJO.

EN LA ACTUALIDAD POR EL SISTEMA DE ATENCION ODONTOLOGICA TRADICIONALISTA QUE PREVALECE, LA ACCION DEL ODONTOLOGO ESTA MAS ENFOCADA A LA REHABILITACION BUCAL, ESTO HACE QUE LA CANTIDAD DE POBLACION QUE RECIBE ATENCION ODONTOLOGICA DISMINUYA, PERSISTIENDO EL CARACTER

PASIVO TANTO DEL ODONTOLOGO COMO DE LA COMUNIDAD.

2

FUNDAMENTACION
DE LA ELECCION
DEL TEMA

PARA LA ELECCION DEL TEMA, SE TOMARON EN CUENTA LOS RESULTADOS DE LAS INVESTIGACIONES QUE SE HAN REALIZADO ACERCA DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD DEL APARATO ESTOMATOGNATICO, LOS CUALES NOS BRINDAN UN AMPLIO PANORAMA DE LA PROBLEMATICA QUE REPRESENTAN LAS ENFERMEDADES BUCALES EN LA ACTUALIDAD, SEGUN LA FRECUENCIA CON QUE SE PRESENTAN, SE HAN JERARQUIZADO CON EL SIGUIENTE ORDEN DECRECIENTE: CARIES, PARODONTOPATIAS (GINGIVITIS) Y MALOCLUSIONES.

LOS AVANCES CIENTIFICOS QUE SE HAN ALCANZADO, CON EL DEVENIR HISTORICO DE LA HUMANIDAD, REPERCUTEN EN TODAS LAS CIENCIAS Y EN SUS DIVERSAS AREAS. LA ODONTOLOGIA NO HA SIDO EXCLUIDA, LOS PROCEDIMIENTOS DE INVESTIGACION CIENTIFICA Y LAS TECNICAS ODONTOLOGICAS, HAN AVANZADO PARA DAR SOLUCION A UNA GRAN PARTE DE LAS PATOLOGIAS ORALES. LA CIENCIA ODONTOLOGICA SE HA EXTENDIDO, YA QUE AÑO CON AÑO EL NUMERO DE ASPIRANTES Y DE EGRESADOS EN ESTA PROFESION AUMENTAN.

CON TODAS ESTAS VENTAJAS, VISLUMBRAMOS QUE SOLO UNA PEQUEÑA PARTE DE LA POBLACION RECIBE ATENCION ODONTOLOGICA, MIENTRAS QUE LA GRAN MAYORIA CARECE DE ESTOS SERVICIOS. UNA DE LAS CAUSAS QUE INTERVIENEN EN ESTA PROBLEMATICA ES, LA EXISTENCIA DE SISTEMAS DE ATENCION TRADICIONALISTA, LA CUAL SE SUSTENTA EN UNA ATENCION ELITISTA, CUYA UBICACION SE CONCENTRA EN FORMA DESORGANIZADA EN LAS DISTINTAS ZONAS DE LA POBLACION, ENCONTRANDOSE ASI ZONAS CON UNA ATENCION BASTANTE RICA Y OTRAS EN LAS CUALES NO TIENEN NINGUN SERVICIO; TAMBIEN SE CARACTERIZA POR EL ALTO COSTO DE LAS INSTALACIONES DE LOS SERVICIOS, POR LOS ELEMENTOS SOFISTICADOS E INECESARIOS QUE MANTIENEN. TODOS ESTOS FACTORES CREAN EN LA MENTALIDAD DEL PROFESIONISTA UNA NECESIDAD DE LUCRO, UTILIZANDO ASI SUS CONOCIMIENTOS PARA OBTENER UN BENEFICIO PARTICULAR E INDIVIDUAL, HACIENDO A UN LADO EL INTERES POR EL BENEFICIO SOCIAL, YA QUE LA ATENCION ESTA ENFOCADA EN SU MAYORIA A LOS NIVELES DE PREVENCION QUE SOBREPASAN EL HORIZONTE CLINICO, EN DONDE LA ENFERMEDAD YA ESTA PRESENTE, POR LO TANTO SE REQUIEREN PARA SU TRATAMIENTO, PROCEDIMIENTOS REHABILITATORIOS (CURATIVOS) QUE IMPLICAN COSTOS MAS ELEVADOS LOS CUALES SE TRADUCEN EN UNA BARRERA ECONOMICA PARA LA ATENCION DE LA POBLACION, LO CUAL TRAE COMO CONSECUENCIA QUE LA COBERTURA DISMINUYA.

LA PREOCUPACION DE LOS PROFESIONISTAS QUE NOS INVOLUCRAMOS CON LA SALUD BUCAL ES, QUE EN LA ACTUALIDAD NO SE HA LOGRADO LLEGAR A LA

ACCION PREVENTIVA, COMO PRIMERO Y MAXIMO ESFUERZO, DEBIDO A QUE LOS INDIVIDUOS HAN SIDO CONSIDERADOS COMO UN APARATO ESTOMATOGNATICO - AISIADO Y NO COMO UNA UNIDAD BIOPSIOSOCIAL.

ESTA UNIDAD ADQUIERE SU IMPORTANCIA A NIVEL SOCIAL, EN SU ACCION PRODUCTIVA, Y SOLAMENTE CON UN ESTADO DE SALUD ADECUADO, PUEDE EXPRESAR EFICAZ Y EFICIENTEMENTE SU LABOR TRANSFORMADORA. DE AHI QUE MUCHOS INVESTIGADORES EN EL AREA DE ODONTOLOGIA, HAYAN ORIENTADO SUS ESTUDIOS A UN ESTABLECIMIENTO DE RELACIONES, ENTRE LA PATOLOGIA BU-CAL Y LA SITUACION SOCIOECONOMICA, CUYOS RESULTADOS ESTABLECEN UNA BAJA ATENCION ODONTOLOGICA, PARA LOS ESTRATOS SOCIOECONOMICOS DE POCO INGRESO PERCAPITA. ANTE ESTA PROBLEMÁTICA QUE DETERMINA UNA FALTA DE COBERTURA, LA RESPUESTA HA SIDO CREAR INSTITUCIONES QUE SIRVAN DE COMPLEMENTO EN LOS PROGRAMAS DE ATENCION QUE SUBSIDIA EL ESTADO, POR MEDIO DE LA SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA PUBLICA, LOS CUALES SE ELIGIERON DEBIDO AL ESCASO PRESUPUESTO QUE RECIBEN, QUE ES DEL 30%, TENIENDO QUE CUBRIR UN PORCENTAJE DE LA POBLACION BASTANTE AMPLIO EQUIVALENTE AL 70%. EJEMPLOS DE ESTAS INSTITUCIONES COMPLEMENTARIAS SON LOS IMSO, LOS CUALES HAN SIDO IMPLEMENTADOS POR LA ENEP-ZARAGOZA, CUYA PROGRAMACION SE ENCUENTRA ENCAMINADA A LA ATENCION COMUNITARIA PARA LAS ZONAS MARGINADAS, DE CD. NETZAHUALCOYOTL .

LA ACCION QUE HAN LLEVADO A CABO ESTAS INSTITUCIONES, REQUIERE COMO TODO SISTEMA, UNA RETROALIMENTACION QUE LE PERMITA VALORAR Y ESTABLECER OBJETIVOS QUE MEJOREN SU FUNCIONAMIENTO. POR ESTA RAZON, CON LA FINALIDAD DE COLABORAR EN EL ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS, ME HE MOTIVADO, HA RECOPIAR LA INFORMACION SOBRE LAS PATOLOGIAS QUE SE PRESENTAN EN ESTA INSTITUCION, ASI COMO CONOCER LAS RELACIONES QUE TIENEN CON LAS VARIABLES QUE SE CONSIDERAN DE IMPORTANCIA. ESPERANDO QUE ESTA INFORMACION SIRVA DE BASE PARA OTROS ESTUDIOS, COMO DATOS PARA OTRAS GENERACIONES, Y PARA ESTABLECER UNA RETROALIMENTACION CONTINUA.

P L A N T E A M I E N T O
 D E L
P R O B L E M A

¿ ES MAS FRECUENTE EL PROCESO CARIOSO QUE LAS PARODONTOPATIAS Y MALOCLUSIONES EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL IMSO REFORMA DURANTE EL PERIODO DE ENERO A SEPTIEMBRE DE 1981 ?

LAS ENFERMEDADES DEL APARATO ESTOMATOGNATICO (CARIES, PARODONTOPATIAS, MALOCLUSIONES) HAN EXISTIDO DESDE LA EPOCA DEL PALEOLITICO Y EN LA ACTUALIDAD CONTINUAN PRESENTANDOSE, SIN LOGRAR SU CONTROL A PESAR DEL AVANCE CIENTIFICO QUE HA ALCANZADO LA CIENCIA ODONTOLOGICA.

INTERVIENEN EN LA ETIOLOGIA DE ESTAS ENFERMEDADES DIVERSOS FACTORES, QUE SON LOS SIGUIENTES: MEDIO AMBIENTE, HUESPED, AGENTE CAUSAL. EN EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD ESTOS ELEMENTOS CONSTITUYEN LA TRIADA ECOLOGICA.

PARA QUE EXISTA EL PROCESO ENFERMEDAD, BASTA QUE CUALQUIERA DE ESTOS ELEMENTOS SE ENCUENTREN EN DESEQUILIBRIO.

MEDIO AMBIENTE.- ESTE SE ENCUENTRA INTEGRADO POR LOS FACTORES: SOCIOECONOMICO, SITUACION GEOGRAFICA, CONDICIONES CLIMATOLOGICAS, FACTORES HIGIENICO-SANITARIOS, FACTORES DEMOGRAFICOS, ETC.

HUESPED.- ES EL INDIVIDUO QUE HA DE ALOJAR AL ORGANISMO PATOLOGICO.

AGENTE CAUSAL.- ES AQUEL ORGANISMO QUE VA A SER ALOJADO EN EL HUESPED PARA PRODUCIR UNA ENFERMEDAD.

INFLUENCIA DEL MEDIO AMBIENTE SOBRE EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

CUANDO EL NIVEL SOCIOECONOMICO ES PRECARIO, LAS CONDICIONES DE VIDA DEL HUESPED SE CARACTERIZAN POR UN MAL SANEAMIENTO AMBIENTAL, Y ESTE FAVORECE AL DESEQUILIBRIO DE ESTE PROCESO, INCLINANDOSE MAS HACIA LA ENFERMEDAD.

HUESPED

LA SUCEPTIBILIDAD DEL HUESPED ESTA DETERMINADA POR LAS CARACTERISTICAS QUE ESTE TIENE, A CONSECUENCIA DE LA CARGA GENETICA QUE SE LA HA DETERMINADO SU RELACION CON EL MEDIO AMBIENTE, LAS CARACTERISTICAS DEL PROCESO DE DESARROLLO ANATOMOFISIOLOGICO DEL HUESPED. LAS VARIABLES DE IMPORTANCIA SON: EDAD, SEXO, RAZA, ESTADOS FISIOLOGICOS (EMBARAZO, ADOLESCENCIA, MENOPAUSIA). ESTADOS PATOLOGICOS (DESNUTRICION, ENFERMEDADES CRONICAS, DEFICIENCIAS DEGENERATIVAS, ETC.

AGENTE CAUSAL

EL AGENTE PATOGENO PUDE SER DE TRES TIPOS:

I.- AGENTES BIOLÓGICOS

- A) BACTERIAS
- B) ESPIROQUETAS
- C) VIRUS
- D) RICKETSIAS
- E) PARASITOS ANIMALES
- F) PARASITOS VEGETALES (HONGOS)
- G) TOXINAS VEGETALES

II.- AGENTES FÍSICOS

- A) TÉRMICOS, SOLARES, ELÉCTRICOS, ELEMENTOS RADIACTIVOS.
- B) TRAUMATISMOS

III.- AGENTES QUÍMICOS

- A) ARSENICO, PLOMO, GASES Y VAPORES TOXICOS
- B) AEROSOLES

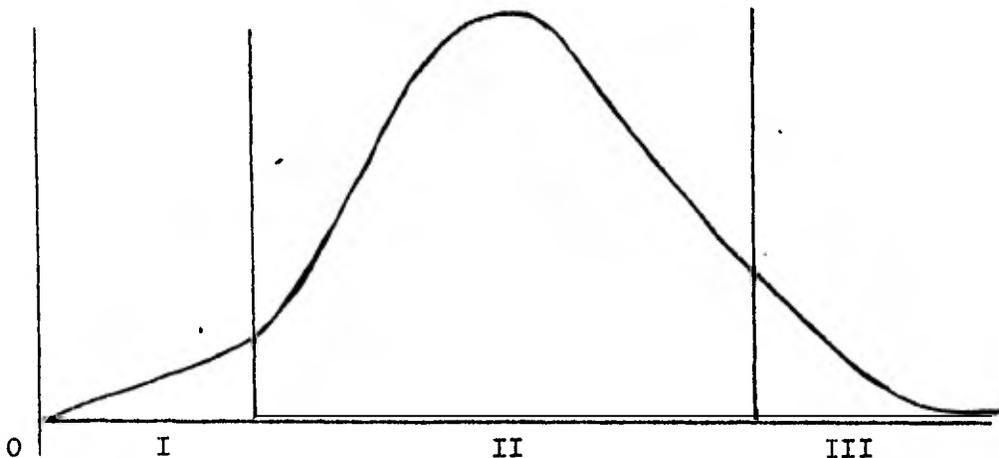
CON TODO ESTO SE LOGRO ENTENDER QUE PARA QUE SE DESENCADENE UNA ENFERMEDAD PARTICIPAN DISTINTOS FACTORES, LOS CUALES DEBEN SER TOMADOS EN CUENTA EN FORMA INTEGRAL, PARA QUE ASI SE CONOZCA MAS PRECISAMENTE LA VERDADERA CAUSA, LO CUAL PERMITIRA UNA ATENCION MAS ADECUADA A LOS PROBLEMAS DE SALUD QUE SE PRESENTEN.

CONOCIENDO LA INFLUENCIA DE ESTOS FACTORES SOBRE EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD, ES DE NUESTRO INTERES ESTUDIAR UNA ZONA ESPECIFICA, LOCALIZADA EN CD. NETZAHUALCOYOTL, EN DONDE SE HAN IMPLEMENTADO MODELOS DE SERVICIO PROGRAMADOS DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA POBLACION. UNO DE ESTOS SISTEMAS DE ATENCION EN SALUD SON LOS IMSO, DE LOS CUALES SE ESCOGIO EL IMSO REFORMA; ESTAS ZONAS SE CARACTERIZAN POR TENER UN NIVEL SOCIOECONOMICO PRECARIO. AHORA BIEN PARA NUESTROS FINES DE ESTUDIO, EL PROBLEMA FUNDAMENTAL QUE SE PRESENTA RADICA, EN DESCONOCER EL TIPO DE ATENCION QUE ESTA RECIBIENDO LA POBLACION (CONTROLADA) QUE MANEJA ESTA INSTITUCION, DEBIDO A QUE NO SE TIENE LA INFORMACION SUFICIENTE ACERCA DE LO QUE SE ESTA REALIZANDO, Y LA INFORMACION EXISTENTE SE ENCUENTRA PARALIZADA EN LOS ARCHIVOS, DESAPROVECHANDO LA UTILIDAD QUE NOS PUEDEN BRINDAR, PARA LLEVAR A CABO OTRAS INVESTIGACIONES QUE INTERESAN A LAS DEMAS AREAS DE LA ODONTOLOGIA. EL ESTUDIO QUE SE REALIZARA EN ESTA ZONA, SE VERA LIMITADO POR EL HECHO DE QUE ESTOS MODELOS DE SERVICIO (IMSO) CARECEN DE METAS Y

OBJETIVOS, SIENDO ESTA UNA CONTRADICCION QUE PREVALECE, PUESTO QUE TO DA INSTITUCION DEBE CONTAR CON METAS Y OBJETIVOS DENTRO DE SUS PRO-GRAMAS, PARA QUE LOS RESULTADOS DE LAS ACTIVIDADES PUEDAN SER EVALUADOS Y SIRVAN DE OBJETO DE ESTUDIO.

CONOCIENDO LAS CONDICIONES QUE SE PRESENTAN EN EL IMSO REFORMA LA INVESTIGACION SE BASARA SOLAMENTE EN OBTENER DATOS ACERCA DEL NU MERO DE PERSONAS QUE FUERON ATENDIDAS, SEPARANDOLAS POR EDAD Y SEXO, CANTIDAD DE TRATAMIENTOS QUE RECIBIERON EN CUANTO A PREVENCION Y REHABILITACION ORAL, PARA ASI PODER ORGANIZAR LOS RESULTADOS QUE SE HAYAN OBTENIDO , FACILITANDO EL MANEJO DE LOS DATOS, Y PERMITIR DE ES TA MANERA LA REALIZACION DE OTRAS INVESTIGACIONES POR LAS SIGUIEN - TES GENERACIONES .

EL IMSO REFORMA TIENE A SU CARGO LA ATENCION DE DOS TIPOS DE POBLACION: POBLACION CONTROLADA Y POBLACION ESPONTANEA, DE LAS CUALES PARA NUESTROS FINES CONVENIENTES, SE ELIGIO LA POBLACION CONTROLADA, LA CUAL SE ENCUENTRA INTEGRADA POR UNA POBLACION INFANTIL, CUYAS EDA DES ESTAN ENTRE LOS SEIS Y DOCE AÑOS.



- I.- PREVENCION
- II.- CURACION
- III.- REHABILITACION

LA SELECCION DEL TEMA SE BASA EN LOS DATOS PROPORCIONADOS EN LA REVISION BIBLIOGRAFICA CON RESPECTO A LA SITUACION ACTUAL QUE PRESENTAN LAS ENFERMEDADES BUCALES (CARIES, PARODONTOPATIAS, MALOCLUSIONES) Y LA REPERCUSION SOCIAL QUE ESTAS ADQUIEREN.

EN LO QUE SE REFIERE AL ASPECTO PERSONAL, DURANTE MI FORMACION COMO PROFESIONISTA, HA SURGIDO EN MI UNA INQUIETUD EN TODO LO QUE SE REFIERE A LA INVESTIGACION, PORQUE ESTA SUELE SER A LA LARGA BENEFICIOSA PARA LOS SERES HUMANOS. LA INVESTIGACION EN EL MOMENTO HISTORICO QUE ESTAMOS VIVIENDO ADQUIERE GRAN IMPORTANCIA, DEBIDO A QUE LA DEMANDA MUNDIAL DE CIENTIFICOS ES BASTANTE ELEVADA. ES ESTA LA RAZON POR LA CUAL EN MI TRABAJO DE TESIS DECIDI HACER UN ESTUDIO EL CUAL VA HA CONTRIBUIR EN UNA PEQUEÑA PARTE EN LA REALIZACION DE OTRAS INVESTIGACIONES QUE TENGAN POR OBJETO, PROPORCIONAR UN BENEFICIO A LA COLECTIVIDAD.

EN BASE AL CONOCIMIENTO QUE SE TIENE ACERCA DE LA SITUACION ACTUAL DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD CON RESPECTO A LAS ENFERMEDADES BUCALES, AL JERARQUIZARLAS, VEMOS QUE LA FRECUENCIA SE PRESENTA EN ORDEN DECRECIENTE DE LA SIGUIENTE MANERA: CARIES, PARODONTOPATIAS Y MALOCLUSIONES.

CON LA INFORMACION PROPORCIONADA POR LA REVISION BIBLIOGRAFICA CONSIDERO DE IMPORTANCIA EL TENER CONOCIMIENTO DE LA SITUACION ACTUAL DE ESTAS ENFERMEDADES BUCALES Y DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE ESTAN REALIZANDO EN EL TRATAMIENTO DE CADA PATOLOGIA EN LA ZONA SELECCIONADA PARA DICHO ESTUDIO. TODO ESTO SERVIRA PARA ESTABLECER UNA RELACION ENTRE LA TEORIA Y LA PRAXIS, ES DECIR QUE AL FINALIZAR LA INVESTIGACION SE PODRA HACER UN ANALISIS CON RESPECTO A LOS DATOS OBTENIDOS EN LA REVISION BIBLIOGRAFICA Y LOS DATOS RECIENTES OBTENIDOS EN NUESTRO ESTUDIO. LAS ACTIVIDADES QUE SE REALICEN SE REFLEJARAN EN UNA U OTRA FORMA EN LA SOCIEDAD, YA QUE ESTA SE ENCUENTRA INVOLUCRADA EN TODAS LAS ACTIVIDADES .

EXISTEN DISTINTOS NIVELES DE PREVENCION ESTABLECIDOS POR LEAVELL Y CLARK EN EL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD, EN LOS CUALES EXISTEN DIVERSAS ACTIVIDADES PARA INTERVENIR EN ESTE PROCESO.

EN LOS PRIMEROS NIVELES DE PREVENCION, ES DECIR CUANDO AUN NO SE HA PRESENTADO LA ENFERMEDAD, LAS ACTIVIDADES QUE SE REALIZAN CONSISTEN EN: PROMOCION DE LA SALUD, Y PROTECCION ESPECIFICA. LA PARTICIPACION EN ESTOS NIVELES LOGRA ABARCAR A LA POBLACION EN SU MAYORIA

CON UN MAYOR BENEFICIO PARA LA COMUNIDAD, ADEMÁS CON LA UTILIZACIÓN DE POCOS RECURSOS ECONOMICOS.

EN LOS NIVELES SIGUIENTES, CUANDO YA EXISTE LA ENFERMEDAD, LAS ACTIVIDADES SE ENCUENTRAN ENCAMINADAS A LA CURACION PROPIAMENTE DICHA, A RESTAURAR LOS DAÑOS, EN UNA PALABRA, A LA REHABILITACION EN SUS DISTINTOS GRADOS SEGUN LA LESION QUE SE PRESENTE. LAS DESVENTAJAS QUE EXISTEN EN ESTOS NIVELES SON LAS MOLESTIAS QUE SUFRE LA COLECTIVIDAD PROVOCADAS POR LA ENFERMEDAD; LA CANTIDAD DE POBLACION QUE SE LOGRA ABARCAR PARA DARLE ATENCION ES MENOR, Y EL PRESUPUESTO QUE SE UTILIZA SE ELEVA EN GRANDES CANTIDADES, Y POR CONSIGUIENTE EL BENEFICIO SOCIAL SERA MENOR.

LA INVESTIGACION QUE SE REALIZARA EN EL IMSO REFORMA TIENE LA FINALIDAD, DE OBTENER DATOS QUE NOS REFIERAN LA CANTIDAD DE PROCEDIMIENTOS QUE SE REALIZARON EN CUANTO A PREVENCION PROPIAMENTE DICHA Y A LO QUE SE REFIERE A REHABILITACION, PARA ASI ESTABLECER UN PORCENTAJE QUE NOS PERMITA VALORAR QUE ACTIVIDADES TUVIERON MAYOR IMPORTANCIA Y PREFERENCIA EN RELACION A LOS NIVELES ANTES MENCIONADOS, DEBIDO A QUE LA ZONA DE INFLUENCIA, CUENTA CON UN ESCASO PRESUPUESTO Y LA POBLACION QUE ATIENDE ES DE RECURSOS ECONOMICOS PRECARIOS.

ESTOS MODELOS DE SERVICIO COMO EL IMSO REFORMA CONTIENEN INFORMACION DE LAS ACTIVIDADES QUE SE HAN REALIZADO DESDE SU APARICION. AHORA BIEN EL PROBLEMA QUE SE PRESENTA EN LA ACTUALIDAD SE REFIERE A QUE ESTA INFORMACION NO SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE ORGANIZADA, Y SE ESTA DESPERDICIANDO AL PERMANECER ARCHIVADA, IMPIDIENDO ASI REALIZAR OTRAS ACTIVIDADES QUE PUEDEN SERVIR DE GRAN UTILIDAD. ES POR ESA RAZON QUE SURGE LA NECESIDAD DE RECOPIRAR, CODIFICAR Y ORGANIZAR ESOS DATOS, PARA QUE ABANDONEN EL CARACTER PASIVO QUE TIENEN Y OBTENGAN UN CARACTER ACTIVO QUE PERMITA LA REALIZACION DE OTROS ESTUDIOS.

DEBIDO A QUE LA INSTITUCION CONTIENE LOS DATOS NECESARIOS PARA LA INVESTIGACION, LA POSIBILIDAD PARA REALIZARLA SERA ALCANZABLE.

EL PROBLEMA QUE SE PRESENTA SE PUEDE ATACAR, PUESTO QUE SE TIENEN LAS HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA LOGRARLO. EL PROBLEMA QUE SE RELACIONA CON LA FALTA DE ORGANIZACION DE LA INFORMACION QUE SE ENCUENTRA ARCHIVADA Y QUE TIENE UNA FUNCION PASIVA, PUEDE SUPERARSE REALIZANDO DISTINTAS ACTIVIDADES, COMO LO SON: RECOPIRAR DATOS, CODIFICARLOS, ORGANIZARLOS, TODO ESTO MEDIANTE LOS METODOS QUE NOS PROPOR--

CIONAN LAS CIENCIAS COMO LA EPIDEMIOLOGIA, LA ESTADISTICA, BIOESTADIS- TICA Y LA ADMINISTRACION. ESTAS CIENCIAS SE ENCARGAN DE ORGANIZAR - LOS DATOS OBTENIDOS DURANTE LA INVESTIGACION DE DISTINTAS FORMAS, FA- CILITANDO ASI SU MANEJO PARA LA INTERPRETACION DE LOS ESTUDIOS REA- LIZADOS. ESTO PERMITE TENER UN AMPLIO PANORAMA DE LA IMPORTANCIA QUE REPRESENTAN LOS PROBLEMAS QUE SE ESTUDIAN, TOMANDO EN CUENTA LAS RE- PERCUSIONES SOCIALES QUE BRINDAN, PARA PODER VALORARLOS Y JERARQUI-- ZARLOS .

LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA INVESTIGACION ADQUIREN IMPORTAN- CIA AL CONTRIBUIR EN UNA PEQUEÑA PARTE AL SERVICIO DE LA CIENCIA Y AL AVANCE DE LA MISMA, EN ESTE CASO SE TRATA DE LA CIENCIA ODONTOLO- GICA, QUE A SU VEZ TENDRA REPERCUSIONES EN LA SOCIEDAD PARA SU BENE- FICIO.

LOS DATOS OBTENIDOS DURANTE ESTE ESTUDIO , TAL VEZ EN UN TIEMPO NO MUY LEJANO, PODRAN SERVIR DE BASE EN LA ELABORACION DE METAS Y OB- JETIVOS PARA LOS PROGRAMAS DE ESTAS INSTITUCIONES.

EL ESTUDIO SE REALIZARA EN UNA POBLACION INTEGRADA POR ALUMNOS DE LA ESCUELA PRIMARIA, CUYA EDAD OSCILA ENTRE LOS 6 Y 12 AÑOS, A- BARCANDO TANTO EL SEXO FEMEENINO COMO EL MASCULINO.

SE HACE EVIDENTE UNA DE LAS CONTRADICCIONES QUE EXISTEN EN ES- TOS MODELOS DE SERVICIO (IMSO) SIENDO QUE TIENEN ESTABLECIDOS PRO-- GRAMAS, DEBERIAN DE CONTAR CON OBJETIVOS BIEN DEFINIDOS, PERO EN LA ACTUALIDAD ESTO NO OCURRE. CADA INSTITUCION DEBE CONTAR CON UNA PRO- GRAMACION, QUE CONTENGA METAS Y OBJETIVOS CUYAS ACTIVIDADES ESTEN EN CAMINADAS HACIA UNA FINALIDAD, Y EN BASE A ELLAS LOS RESULTADOS QUE SE OBTENGAN PUEDAN SER EVALUADOS Y SERVIR COMO OBJETO DE ESTUDIO.

O B J E T I V O S

13

1.- DETERMINACION DEL NUMERO DE PERSONAS QUE RECIBIERON ATENCION ODONTOLOGICA EN EL PERIODO CORRESPONDIENTE A ENERO-SEPTIEMBRE DE 1981.

2.- ESTIMAR LA CANTIDAD Y PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTOS DE PREVENCION Y REHABILITACION ORAL QUE SE REALIZARON PARA EL TRATAMIENTO DE CADA PATOLOGIA.

2.1 CANTIDAD Y PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTOS DE PREVENCION Y REHABILITACION ORAL QUE SE REALIZARON PARA EL TRATAMIENTO DE CARIES.

2.2 CANTIDAD Y PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTOS DE PREVENCION Y REHABILITACION ORAL QUE SE REALIZARON PARA EL TRATAMIENTO DE PARODONTOPATIAS.

2.3 CANTIDAD Y PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTOS DE PREVENCION Y REHABILITACION ORAL QUE SE REALIZARON PARA EL TRATAMIENTO DE MALOCLUSIONES.

3.- ORGANIZAR LA INFORMACION REFERENTE A LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE HAN REALIZADO EN ESTE IMSO.

4.- DETERMINAR LAS ACTIVIDADES QUE TUVIERON MAYOR IMPORTANCIA Y PREFERENCIA EN RELACION A LOS NIVELES DE PREVENCION DE LEAVELL Y CLARK.

H I P O T E S I S

14

EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL IMSO REFORMA EN EL AÑO DE 1981(ENERO - SEPTIEMBRE),SE ENCUENTRA CON MAYOR FRECUENCIA EL PROCESO CARIOSO EN RELACION AL PROCESO DE PARODONTOPATIAS Y MALOCCLUSIONES.

- 1.- REVISION BIBLIOGRAFICA DE 5 AÑOS A LA FECHA.
- 2.- HISTORIAS CLINICAS QUE SE ENCUENTRAN ARCHIVADAS EN EL IMSO REFORMA CORRESPONDIENTES AL PERIODO 1981 (ENERO-SEPTIEMBRE).

3.- METODO CIENTIFICO

- 4.- INVESTIGACION DESCRIPTIVA DE LAS HISTORIAS CLINICAS QUE SE ENCUENTRAN ARCHIVADAS EN EL IMSO REFORMA, LAS CUALES BRINDAN INFORMACION ACERCA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE HAN REALIZADO.

PARA REALIZAR LA INVESTIGACION, PRIMERO SE OBTUVO INFORMACION ACERCA DE LAS PATOLOGIAS ORALES (CARIES, PARODONTOPATIAS, MALOCLUSIONES) MEDIANTE LA REVISION BIBLIOGRAFICA. LUEGO EN EL IMSO REFORMA SE SEPARARON TODAS LAS HISTORIAS CLINICAS QUE CORRESPONDIAN UNICAMENTE AL PERIODO 1981 (ENERO-SEPTIEMBRE) DE LAS CUALES SE OBTUVO UN TOTAL DE 1128. POSTERIORMENTE SE CLASIFICARON LAS HISTORIAS CLINICAS EN RELACION A LA EDAD Y AL SEXO.

UNA VEZ LOGRADO ESTO SE PROSIGUIO A REALIZAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:

- A) RECOPIACION DE DATOS A PARTIR DE LAS FUENTES ORIGINALES: (HISTORIAS CLINICAS).
- B) ORGANIZACION DE LOS DATOS EN RELACION AL NUMERO DE PERSONAS QUE RECIBIERON ATENCION ODONTOLOGICA EN UN TIEMPO DETERMINADO, POR EDAD Y SEXO, ASI COMO LA CANTIDAD Y PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTOS DE PREVENCION Y REHABILITACION ORAL QUE SE REALIZARON PARA EL TRATAMIENTO DE CADA PATOLOGIA BUCAL (CARIES, PARODONTOPATIAS Y MALOCLUSIONES)
- C) ELABORACION DE TABLAS EN LAS CUALES SE REGISTRAN LOS DATOS OBTENIDOS DURANTE LA INVESTIGACION.
- D) PRESENTACION GRAFICA DE LAS TABLAS.
- E) ESTADISTICA ANALITICA
- F) ANALISIS Y CONCLUSIONES

DESARROLLO

LA CARIES DENTAL ES UNA ENFERMEDAD INFECCIOSA DE LOS TEJIDOS CALCIFICADOS DE LOS DIENTES , QUE SE CARACTERIZA POR DESMINERALIZACION DE LA PARTE INORGANICA Y DESTRUCCION DE LA SUSTANCIA ORGANICA DE LA PIEZA. ES LA MAS FRECUENTE DE LAS ENFERMEDADES CRONICAS DE LA RAZA HUMANA . UNA VEZ PRODUCIDA SUS MANIFESTACIONES PERSISTEN DURANTE TODA LA VIDA AUNQUE LA LESION SEA TRATADA. PRACTICAMENTE NO HAY REGION GEOGRAFICA DE LA TIERRA CUYOS HABITANTES NO TENGAN ALGUNA MANIFESTACION DE CARIES ; AFECTA A PERSONAS DE AMBOS SEXOS, DE TODAS LAS RAZAS, ESTRATOS SOCIOECONOMICOS Y GRUPOS CRONOLOGICOS. COMIENZA POCO DESPUES QUE LOS DIENTES BROTRAN EN LA CAVIDAD BUCAL. ALGUNAS PERSONAS QUE NUNCA TIENEN CARIES SON DENOMINADAS LIBRES DE CARIES. NO SE HA ENCONTRADO UNA EXPLICACION SATISFACTORIA PARA ESTA INMUNIDAD.

CENTENARES DE INVESTIGADORES ODONTOLOGOS HAN ESTUDIADO LOS DIVERSOS ASPECTOS DEL PROBLEMA DE LA CARIES DENTAL. PESE A ESTA EXTENSA INVESTIGACION , MUCHAS FACETAS DE LA ETIOLOGIA TODAVIA SIGUEN SIENDO OSCURAS, Y LOS ESPUEZOS POR LA PREVENCION SOLO HAN TENIDO EXITO PARCIAL.

LA CARIES DENTAL ES LA CAUSA DE ALREDEDOR DEL 40 AL 45% DEL TOTAL DE EXTRACCIONES DENTARIAS. OTRO 40 A 45% SE DEBE A LAS ENFERMEDADES PARODONTALES Y EL RESTO A RAZONES PROTESICAS, ORTODONTICAS, ETC. LO MAS ALARMANTE RESPECTO A LA CARIES NO ES SIN EMBARGO EL NUMERO TOTAL DE EXTRACCIONES QUE ELLA ORIGINA, SINO EL HECHO DE QUE EL ATAQUE CARIOSO COMIENZA A UNA EDAD MUY TEMPRANA EN LA VIDA DEL HOMBRE Y NO PERDONA PRACTICAMENTE A NADIE..

LA CARIES COMO CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD NECESITA DE LOS TRES FACTORES QUE INTEGRAN LA TRIADA ECOLOGICA PARA QUE SE PRESENTE, SIEMPRE Y CUANDO UNO DE ESTOS FACTORES ALTERE EL EQUILIBRIO DE ESTA TRIADA .

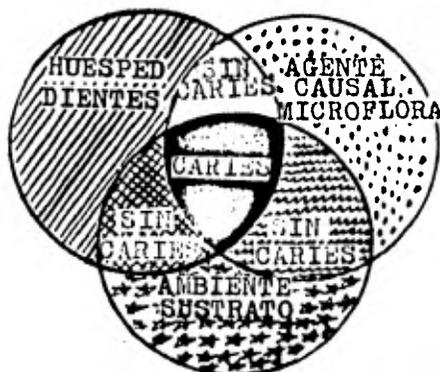
LA TEORIA DE LA FORMACION DE CARIES DENTAL QUE ACEPTA LA MAYOR PARTE DE LOS INVESTIGADORES EN LA ACTUALIDAD ES LA COMUNMENTE LLAMADA " TEORIA DE LA DESCALCIFICACION ACIDA"; PROPUESTA DESDE FINES DEL SIGLO XIX , ESTA TEORIA EN SU FORMA ORIGINAL, SEÑALABA QUE LA DEGRADACION BACTERIANA DE LOS CARBOHIDRATOS DE LA DIETA QUE SE CONSERVABA EN LAS ZONAS SUCIAS DE LOS DIENTES, PRODUCIA ACIDO QUE DISOLVIA

EL ESMALTE DENTAL SUBYACENTE, INICIANDO ASI LA LESION DE CARIES..

EN LA CARIES DENTAL , LA LESION PRIMARIA SE PRODUCE EN PRIMER LUGAR EN LA SUPERFICIE DENTAL, Y SI NO SE DETIENE O ELIMINA PROGRESA HACIA ADENTRO , AFECTANDO EN ULTIMA INSTANCIA A LA PULPA. LAS LESIONES CARIOSAS INICIALES OCURREN CON MAYOR FRECUENCIA EN AQUELLAS SUPERFICIES QUE FAVORECEN LA ACUMULACION DE ALIMENTOS Y MICROORGANISMOS. AHORA SE SABE QUE UNO DE LOS CAMBIOS DETECTABLES MAS TEMPRANAMENTE A NIVEL DE INVESTIGACION ES LA PERDIDA DE MINERAL DEL ESMALTE DEBAJO DE LA SUPERFICIE. EN LA MAYORIA DE LOS CASOS EL PRIMER CAMBIO CLINICO OBSERVABLE EN LA CARIES DEL ESMALTE ES EL ASPECTO BLANQUECINO DE LA SUPERFICIE EN EL LUGAR DEL ATAQUE. AUNQUE ESTE COLOR BLANQUECINO PUEDE PASAR INADVERTIDO CUANDO LA PIEZA ESTA HUMEDA, ES FACILMENTE DETECTABLE CON UN EXPLORADOR Y MANTENIENDO LA PIEZA DENTAL SECA..

EN GENERAL SI SE QUIERE COMPRENDER EL PROCESO DE LA CARIES DEBEMOS TOMAR EN CONSIDERACION QUE PARA QUE SE DESARROLLE ESTA ENFERMEDAD SE NECESITAN LOS TRES FACTORES SIGUIENTES: CARBOHIDRATOS FERMENTABLES, ENZIMAS MICROBIANAS BUCALES, Y COMPOSICION QUIMICA Y FISICA DE LA SUPERFICIE DENTAL.

TRIADA ECOLOGICA



AGENTE CAUSAL .- ENZIMAS MICROBIANAS BUCALES (MICROFLORA) BACTERIAS CARIOGENICAS.

HUESPED .- COMPOSICION QUIMICA Y FISICA DE LOS DIENTES .(DIENTES)

AMBIENTE .- CARBOHIDRATOS FERMENTABLES. (SUSTRATO).

CUANDO EXISTE DESEQUILIBRIO EN CUALQUIERA DE ESTOS TRES FACTORES, ENTONCES SE DESENCADENA LA ENFERMEDAD " CARIES " .

A CONTINUACION VAMOS A ESTUDIAR DETENIDAMENTE CADA UNO DE ESTOS FACTORES, PARA ENTENDER DE UNA MANERA MAS AMPLIA LA ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD CARIES.

AGENTE CAUSAL. - (MICROFLORA)

CUANDO MENOS 27 VARIEDADES DE MICRORGANISMOS SE HAN AISLADO DE LA PLACA DENTAL MADURA, QUE ADEMAS DE BACTERIAS CONTIENEN CELULAS EPITELIALES Y LEUCOCITOS.

LA CUENTA PREDOMINANTE DE FORMAS CULTIVABLES DE MICRORGANISMOS EN LA PLACA SON COMO SIGUE:

ESTREPTOCOCOS FACULTATIVOS	_____	27 %
DIFTEROIDES FACULTATIVOS	_____	23 %
DIFTEROIDES ANAEROBIOS	_____	18 %
PEPTOESTREPTOCOCOS	_____	.01 %
FUSOBACTERIAS	_____	4 %
NEISSERIA	_____	3 %
VIBRIOS	_____	2 %
LACTOBACILOS	_____	.01 %

ESTREPTOCOCOS. - DE LOS ESTREPTOCOCOS DE LA BOCA, LOS ESTREPTOCOCOS ACIDURICOS, COMO LOS LACTOBACILOS CRECEN EN MEDIO ACIDO Y PRESENTAN SOLAMENTE UNA PORCION MENOR DE LA FLORA TOTAL; COMPRENEN LOS GRUPOS HEMOLITICO, LACTICO Y DE ENTEROCOCOS. DE LOS ESTREPTOCOCOS RESTANTES, S. MITIS Y S. SALIVARIUS HAN RECIBIDO LA MAYOR ATENCION EN EL PAPEL DE LOS ESTREPTOCOCOS EN EL PROCESO DE LA CARIES. S. SALIVARIUS, LA CEPA PREDOMINANTE DE ESTREPTOCOCOS EN LA LENGUA Y OTROS TEJIDOS BLANCOS DE LA BOCA, PUEDE PRODUCIR LESIONES SIMILARES A LA CARIES IN-VITRO Y EXISTEN UNOS DATOS DE QUE HAY UNA RELACION ENTRE LA FRECUENCIA DE ESTOS MICRORGANISMOS Y LA CARIES DENTAL. SIN EMBARGO LA FRECUENCIA DE ESTE MICRORGANISMO EN LA PLACA DENTAL ES MUY BAJA.

S. MITIS, POR OTRA PARTE ; SE ENCUENTRA EN NUMEROS MUCHO MAYORES EN LA PLACA DENTAL QUE EL S. SALIVARIUS; EL PRIMERO ES EL TIPO PREDOMINANTE ENTRE LOS MICRORGANISMOS DE LA PLACA QUE SON CAPACES DE ALMACENAR POLISACARIDOS.

EL ESTREPTOCOCO MUTANS TIENE HABILIDAD PARA PARTICIPAR EN LA FORMACION DE LAS PLACAS DENTALES A PARTIR DE SACAROSA .ESTE POTENCIAL PATOGENO ESTA DEPENDIENDO DE LA SINTESIS DE POLISACARIDOS EXTRACELULARES QUE CONSISTEN EN GLUCANAS Y FRUCTANAS ,BRINDANDO UNA MAYOR ADHERENCIA A LA PLACA CON EL DIENTE Y A LAS BACTERIAS ENTRE SI .LAS GLUCANAS FORMADAS CONSISTEN DE UNA VARIEDAD DE POLIMEROS INCLUYENDO DEXTRANAS.

LA CAPACIDAD BIOQUIMICA DE ESTOS ORGANISMOS ES FERMENTAR VARIOS CARBOHIDRATOS PRODUCIENDO GRANDES CANTIDADES DE ACIDO.

SACAROSA	DEXTRAN INTRACELULAR	+	ACIDO
	DEXTRAN EXTRACELULAR		
	DEXTRAN INTRACELULAR	=	ALIMENTO
	DEXTRAN EXTRACELULAR	=	ADHESION

ESTREPTOCOCOS CARIOGENICOS. -- NO TODAS LAS BACTERIAS ACIDOGENAS SON CAPACES DE PRODUCIR LESIONES CARIOSAS ;SOLO LOS PRODUCTORES DE DEXTRANAS CAUSAN LESIONES EN LAS SUPERFICIES LISAS .LOS ESTREPTOCOCOS CARIOGENICOS SON UN GRUPO DE MICROORGANISMOS COMPUESTOS DE VARIAS CEPAS .ALGUNAS DE ESTAS SON PATOGENAS PARA EL HOMBRE Y OTRAS NO LO SON (ESPECIFICIDAD).

COMO LOS ESTREPTOCOCOS EXISTEN EN LA BOCA EN GRANDES CANTIDADES Y SON CAPACES DE CONVERTIR RAPIDAMENTE ACIDO ,SE HA PENSADO EN QUE PUEDEN SER PREDOMINANTES EN LA FORMACION DE LA LESION .SIN EMBARGO ABUNDAN TANTO EN INDIVIDUOS CON CARIES ACTIVA COMO EN LOS QUE NO LA TIENEN. SU DISTRIBUCION NO ESTA TAN LOCALIZADA COMO SUCEDE EN LOS LACTOBACILOS .

EXISTE LA POSIBILIDAD DE QUE LOS ESTREPTOCOCOS PROPORCIONAN GRAN PARTE DEL ACIDO QUE PRODUCE EL DESCENSO DEL pH DE LA PLACA Y EN OTROS LUGARES DE LA BOCA;Y QUE EN ALGUNAS PARTES,PARTICULARMENTE EN LOS DIENTES,EL ACIDO ES SUFICIENTE PARA QUE LOS LACTOBACILOS SE ESTABLESCAN ,Y UNA VEZ ESTABLECIDOS AUMENTEN EL ACIDO TOTAL QUE ES PRODUCIDO CUANDO SE INGIEREN CARBOHIDRATOS..

LACTOBACILOS. -- EN LA BOCA LIBRE DE CARIES COMUNMENTE NO HAY LACTOBA

CILIOS. ESTOS MICRORGANISMOS SE DESARROLAN MAS CUANDO HAY EN LA BOCA AREAS DE RETENCION COMO LO SON: LOS DIENTES, PROTESIS, ALTERACIONES EN LOS DIENTES PRODUCIDOS POR LESIONES CARIOSAS. COMO ESTOS MICRORGANISMOS SON ACIDURICOS, ES DECIR CON UN pH BAJO (COMUNMENTE DE 5.0) FAVORECE SU CRECIMIENTO, ENTONCES SOLAMENTE AQUELLOS SITIOS EN LA BOCA DONDE EL pH PUEDE PERMANECER BAJO POR PERIODOS LARGOS, FAVORECEN SU ESTABLECIMIENTO. ESTO ES POSIBLE SOLO EN AREAS DE LOS DIENTES QUE HAN TENIDO MUY POCO CONTACTO CON LA SALIVA.

COMO ESTOS SITIOS SOLO CONSTITUYEN UN PEQUEÑO PORCENTAJE DEL AREA TOTAL EN QUE LAS BACTERIAS PUEDEN CRECER, NO ES SORPRENDENTE QUE ESTOS MICRORGANISMOS CONSTITUYAN TAN PEQUEÑO PORCENTAJE DE LA FLORA BUCAL TOTAL. COMO ESTOS SITIOS SON LOS MAS ACIDOS DE LA BOCA Y DONDE OCURREN LAS CARIES, ES EXPLICABLE QUE LA MAYOR PARTE DE LOS INVESTIGADORES HAN CONCLUIDO QUE LA PRESENCIA DE LOS LACTOBACILOS EN LA BOCA NO ES LA CAUSA DE LA CARIES DENTAL, SINO MAS BIEN INDICA LA PRESENCIA DE CONDICIONES QUE FAVORECEN LA CARIES. EN OTRAS PALABRAS, LA MAYOR PARTE DEL ACIDO PROVIENE DE LOS ESTREPTOCOCOS QUE SON MAS NUMEROSOS; POR LO TANTO SI BIEN LOS LACTOBACILOS PROPORCIONAN UN SITIO PARTICULAR CON ACIDO ADICIONAL EN CANTIDAD SUFICIENTE PARA EXEDER EL pH CRITICO. NO SERIA CORRECTO ASUMIR A LOS LACTOBACILOS COMO LA CAUSA DE LA CARIES DENTAL.

PARECE SER QUE LA CUENTA DE LOS LACTOBACILOS VA RELACIONADA - CON LA EDAD DEL INDIVIDUO. EN NIÑOS HASTA DE OCHO AÑOS DE EDAD, ESTOS MICRORGANISMOS ESTAN PRESENTES EN APROXIMADAMENTE 35% EN LAS BOCAS, EN GENTE JOVEN DE OCHO A VEINTE AÑOS DE EDAD ESTAN PRESENTES EN 85 A 95%; Y EN LAS PERSONAS MAYORES DE 20 AÑOS DE EDAD, LA FRECUENCIA ES DE APROXIMADAMENTE DE 50%. ESTA VARIEDAD CON LA EDAD, PARECE CORRER RESPONDER A LA FRECUENCIA DE CARIES DE LOS GRUPOS RESPECTIVOS DE EDAD.

MIENTRAS QUE LOS MICRORGANISMOS BUCALES Y LOS CARBOHIDRATOS RETENIDOS PUEDEN SER CONSIDERADOS COMO FUERZAS DE ATAQUE EN LA ETIOLOGIA DE LA CARIES, Y LA SECRECION SALIVAL PUEDE CONSIDERARSE COMO FUERZA AMBIENTAL CAPAZ DE FAVORECER O DISMINUIR EL PROCESO, EL ESMALTE PUEDE CONSIDERARSE COMO UNA FUERZA DE RESISTENCIA .

LA SUCEPTIBILIDAD A LA CARIES DENTAL ESTA ASOCIADA CON CIERTOS CAMBIOS FISICOS Y QUIMICOS EN EL ESMALTE. ESTOS PODRIAN COMPRENDER ELEMENTOS TAN DIVERSOS COMO IMPERFECCIONES SUPERFICIALES QUE FAVOREZCAN LA ACUMULACION DE CARBOHIDRATOS Y MICRORGANISMOS, Y ALTERACIONES EN LA COMPOSICION DENTAL QUE PREDISPONEN A LA DESTRUCCION POR AGENTES CARIOGENICOS. ESTAS MODIFICACIONES DESFAVORABLES PUEDEN PRODUCIRSE ANTES DE LA ERUPCION DE LOS DIENTES, EN LO QUE PODRIA CLASIFICARSE COMO PERIODO DE FORMACION, Y DESPUES DE LA ERUPCION, EN LO QUE PODRIA LLAMARSE PERIODO DE MANTENIMIENTO.

FORMACION DE ESMALTE Y DESTRUCCION DENTAL

EL PERIODO FORMATIVO DE LAS PIEZAS PUEDE DIVIDIRSE EN TRES SEGMENTOS: FORMACION DE MATRIZ, CALCIFICACION DE MATRIZ Y MADUREZ PREURUPTIVA. COMO LA FORMACION DE LA MATRIZ ES EL PASO PRELIMINAR PARA LA FORMACION DENTAL, LOS TRASTORNOS EN ESTA ETAPA PUEDEN MANIFESTARSE COMO FORMACIONES IMPERFECTAS EN EL ESMALTE. LAS DEFICIENCIAS DE VITAMINA "A" DAN POR RESULTADO ATROFIA DE LOS AMELOBLASTOS, LAS CELULAS FORMADORAS DE ESMALTE. EL ESMALTE QUE SE FORMA SUBSECUENTEMENTE ES HIPOPLASICO Y POR LO MENOS TEORICAMENTE, FAVORECE LA ACUMULACION DE CARBOHIDRATOS FERMENTABLES Y MICRORGANISMOS BUCALES .

ES SABIDO QUE LA VITAMINA "C" ES ESENCIAL PARA FORMAR DENTINA, Y QUE LA FORMACION DE MATRIZ DE DENTINA INICIAL DEBE OCURRIR ANTES DE QUE PUEDA EMPEZAR LA FORMACION DE MATRIZ DEL ESMALTE. CUANDO HAY DEFICIENCIA DE VITAMINA "C" EN CANTIDADES GRANDES EL RESULTADO ES HIPOPLASIA DEL ESMALTE.

LA HIPOPLASIA DEL ESMALTE TAMBIEN PUEDE SER PRODUCIDA POR OTROS FACTORES COMO POR EJEMPLO: DEFICIENCIAS EN CALCIO Y FOSFORO, ACILORHIRIA, TRASTORNOS HORMONALES SOBRE TODO EN LA DISFUNCION DE PARATIROIDES, PERO TAMBIEN EN INSUFICIENCIAS TIROIDEA, HIPOFISIARIA, Y SUPRARRENAL.

LA VITAMINA "D" ES ESENCIAL PARA LA BUENA CALCIFICACION DEL ESMALTE . A MEDIDA QUE SE DISMINUYE LA INGESTA DE ESTA VITAMINA LA SUPERFICIE DEL ESMALTE SE VUELVE HIPOPLASTICA, HASTA EL GRADO DE QUE DEFICIENCIAS GRAVES PRODUCEN GRANDES AREAS CARENTES DE ESMALTE.

DE TODO ESTO PODEMOS CONCLUIR QUE LAS DEFICIENCIAS ESTRUCTURALES EN LA SUPERFICIE DEL ESMALTE POSIBLEMENTE PREDISPONEN A LA CARRIES DENTAL AL FAVORECER LA ACUMULACION DE CARBOHIDRATOS FERMENTABLES Y MICRORGANISMOS BUCALES. ESTAS DEFICIENCIAS PUEDEN PRODUCIRSE EN CUALESQUIERA DE LAS TRES ETAPAS DE FORMACION DEL ESMALTE.

MANTENIMIENTO DEL ESMALTE Y DESTRUCCION DENTAL

LA PIEZA TOTALMENTE BROTADA Y FORMADA, ESPECIALMENTE EL ESMALTE ES RELATIVAMENTE , PERO NO COMPLETAMENTE INERTE. LAS PROPIEDADES QUIMICAS Y FISICAS DEL ESMALTE SON EXTRAORDINARIAS. ES EL TEJIDO CORPORAL MAS DENSO Y ALTAMENTE CALCIFICADO, LA MEJOR EVIDENCIA ES QUE , BASANDOSE EN SU PESO SECO, MAS DEL 95% ES INORGANICO, PROBABLEMENTE UN FOSFATO TRICALCICO MODIFICADO, DE LA NATURALEZA DE LA HIDROXIAPATITA. ADEMAS DEL PRINCIPAL CONSTITUYENTE INORGANICO HAY UNA GRAN VARIEDAD DE OLIGOELEMENTOS . LA PORCION ORGANICA ESTA CONSTITUIDA POR MENOS DE 1%. SE HA SUPUESTO QUE LA PROTEINA ORGANICA EN EL ESMALTE ES LA QUERATINA A CAUSA DE SU ORIGEN ECTODERMICO. POR LO MENOS UN GRUPO DE INVESTIGADORES CREE QUE LA FRACCION ORGANICA DEL ESMALTE REPRESENTA EL LUGAR INICIAL DEL PROCESO DESTRUCTIVO.

LA IMPORTANCIA DE LA COMPOSICION QUIMICA DEL ESMALTE ES PRIMORDIAL PARA DETERMINAR LA SUCEPTIBILIDAD O RESISTENCIA DEL DIENTE HACIA LA CARRIES . SE SABE QUE EL TEJIDO DENTAL CON ALTO CONTENIDO DE FLUORURO TIENE MENOR SOLUBILIDAD ACIDA , EN CAMBIO EL TEJIDO CON ALTO CONTENIDO DE CARBONATO TIENE MAYOR SOLUBILIDAD A LOS ACIDOS.

EXISTE FUERTE EVIDENCIA DE QUE LOS CARBOHIDRATOS ASOCIADOS CON LA FORMACION DE CARIES DENTAL DEBEN: A) ESTAR PRESENTES EN LA DIETA EN CANTIDADES SIGNIFICATIVAS, B) DESAPARECER LENTAMENTE, O SER INGERIDOS FRECUENTEMENTE, O AMBAS COSAS, Y C) SER FACILMENTE FERMENTABLES POR BACTERIAS CARIOGENICAS. POR LO MENOS 3 CARBOHIDRATOS REUNEN ESTAS CUALIDADES GENERALES: 1) LOS ALMIDONES POLISACARIDOS, 2) EL DISACARIDO SACAROSA Y 3) EL MONOSACARIDO GLUCOSA.

EL ALMIDON ESTA AMPLIAMENTE DISTRIBUIDO EN LOS ALIMENTOS NATURALES DE LA DIETA HUMANA. LO SUMINISTRAN PRINCIPALMENTE LAS LEGUMBRES Y LOS CEREALES. LOS ALMIDONES VEGETALES SE ADQUIEREN FACILMENTE EN ESTADO NATURAL Y LA UNICA MODIFICACION QUE SUFREN ANTES DE SU INGESTION ES EL PROCESO DE COCCION. AUNQUE SE SABE QUE ESTE PROCEDIMIENTO LOS VUELVE MAS APTOS PARA DEGRADACION BACTERIANA, NO EXISTEN COMPROBACIONES DE QUE ESTOS ELEMENTOS CONTRIBUYAN APRECIABLEMENTE A LA FRECUENCIA DE CARIES DENTAL.

LOS ALMIDONES DE CEREALES ESTAN SUJETOS A ALTERACIONES MUCHO MAS EXTENSAS POR EL PROCESO DE FABRICACION QUE RECIBEN ANTES DE ESTAR DISPONIBLES PARA LA PREPARACION DE ALIMENTOS. LAS ALTERACIONES SON QUIMICAS Y FISICAS, ESTO SE PUEDE OBSERVAR FACILMENTE SI COMPARAMOS LA HARINA BLANCA PARA HORNEAR Y LA HARINA INTEGRAL QUE LLEGA A LOS MOLINOS INDUSTRIALES PARA SU ELABORACION. SE HA DEMOSTRADO QUE LOS ALMIDONES REFINADOS SON RAPIDAMENTE CONVERTIDOS EN ACIDOS ORGANICOS POR LOS MICRORGANISMO BUCALES. EN LA BOCA POR LO MENOS LA PRIMERA ETAPA DE ESTA REACCION ES ATRIBUIBLE A LA AMILASA SALIVAL. ESTA ENZIMA TIENE UN pH OPTIMO DE 6.9, MUY CERCANO AL DE LA SALIVA, E HIDROLIZA EL ALMIDON, EN ULTIMA INSTANCIA, EN EL DISACARIDO MALTOSA. SUBSECUENTEMENTE LA ENZIMA MALTASA, PRODUCIDA POR MICRORGANISMOS BUCALES, HIDROLIZA LA MALTOSA PARA CONVERTIRLA EN GLUCOSA.

EL DISACARIDO SACAROSA ESTA DISPONIBLE PRINCIPALMENTE EN LA DIETA HUMANA COMO AZUCAR DE CAÑA REFINADA, Y ACTUALMENTE CONSTITUYE APROXIMADAMENTE EL 90% DE LOS AZUCARES CONSUMIDOS POR LOS ESTADOUNIDENSES, CON PROMEDIO DE INGESTION DE 900 GRS. POR SEMANA Y POR INDIVIDUO. LOS MICRORGANISMOS BUCALES LA HIDROLIZAN PRONTO, PROBABLEMENTE POR LA ACCION DE UNA ENZIMA SACARASA, EN UNA MOLECULA DE GLUCOSA Y UNA DE FRUCTOSA.

LA GLUCOSA MONOSACARIDA ESTA DISPONIBLE EN FORMA CRISTALINA, PERO RARAMENTE SE EMPLEA EN LA DIETA. SE USA MAS FRECUENTEMENTE EN LA PREPARACION DE ALIMENTOS Y CONFITURAS COMO JARABE O ALMIDON DE MAIZ. ESTAS SUSTANCIAS CONSTITUYEN APROXIMADAMENTE 10% DEL CONSUMO NORTEAMERICANO DE AZUCAR, Y SON ALGO MENOS DULCES QUE LA SACAROSA.

BASANDONOS EN LO ANTERIOR, PODEMOS AFIRMAR QUE LOS POLISACARIDOS Y DISACARIDOS, CIERTOS ALMIDONES Y LOS AZUCARES DE CAÑA, SON RAPIDAMENTE CONVERTIDOS EN AZUCARES SENCILLOS, GLUCOSA Y FRUCTOSA. LA CONVERSION DE ESTAS SUSTANCIAS EN ACIDOS ORGANICOS SE LLEVA A CABO CON NOTABLE RAPIDEZ, SUPUESTAMENTE PROVOCADA POR EL TIPO ANAEROBIO NORMAL DE DEGRADACION DE LOS CARBOHIDRATOS.

HAY ALGUNOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA RETENCION DE LOS CARBOHIDRATOS EN LA CAVIDAD BUCAL. LOS ALMIDONES, LOS CAMELOS, LOS DULCES BLANDOS SE ADHIEREN TENAZMENTE A LA SUPERFICIE DENTAL MIENTRAS QUE OTROS ALIMENTOS DE CARBOHIDRATOS COMO EL PAN INTEGRAL, GALLETAS SALADAS ROCIADAS CON ACEITE SON MUCHO MENOS ADHERENTES. CON ESTO PODEMOS OBSERVAR QUE AUNQUE CIERTOS ALIMENTOS NO SON CARIOGENICOS EN SI, PUEDEN PROMOVER LA RETENCION BUCAL DE LOS CARBOHIDRATOS CARIOGENICOS CUANDO SE INGIEREN AL MISMO TIEMPO.

AL ESTUDIAR LA RETENCION DE ALIMENTOS EN LA BOCA, SE DEBEN CONSIDERAR OTROS FACTORES, ENTRE ESTOS ESTAN LA FORMA FISICA EN QUE SE ENCUENTRA EL ALIMENTO, ES DECIR LOS CARBOHIDRATOS SE PUEDEN ENCONTRAR EN FORMA DE: PASTEL, CHOCOLATE, CAMELOS ETC. ETC. Y SEGUN ESTUDIOS QUE SE HAN VENIDO REALIZANDO SE HA LOGRADO COMPROBAR QUE LA FORMA FISICA QUE PRESENTAN LOS CARBOHIDRATOS INFLUYE EN LA MAYOR O MENOR DESTRUCCION DEL ESMALTE. CONCLUYENDO DE ESTO LO SIGUIENTE: LA FORMA FISICA DE LOS CARBOHIDRATOS ES DE MAYOR IMPORTANCIA EN LA DESTRUCCION DENTAL, QUE LA CANTIDAD DE CARBOHIDRATO INGERIDA.

LOS MICROORGANISMOS DE LA PLACA DENTOBACTERIANA PUEDEN PRODUCIR AMONIACO A PARTIR DE SUSTRATOS NITROGENADOS, CAUSANDO QUE DE ESTA MANERA QUE EL pH DE LA PLACA SE ELEVE. LA UREA QUE ES UN PRODUCTO FINAL DEL METABOLISMO DE LAS PROTEINAS EN EL CUERPO, ES EXCRETADA EN LA SALIVA Y SE METABOLIZA AUN MAS RAPIDAMENTE QUE LA GLUCOSA POR PARTE DE LAS BACTERIAS DE LA PLACA. LOS AMINOACIDOS Y LAS PROTEINAS DE LA SALIVA Y DE LOS TEJIDOS BLANDOS BUCALES SIRVEN TAMBIEN COMO SUSTRATOS, PERO LOS MICROORGANISMOS LOS DESINTEGRAN MUY LENTAMENTE.

EN GRAN MEDIDA LA DIETA PROVEE EL SUSTRATO PARA LOS MICROORGANISMOS DE LA PLACA QUE PRODUCEN ACIDO, MIENTRAS QUE LA SALIVA Y LOS

DETRITOS DE LOS TEJIDOS BLANDOS BUCALES PROVEEN EL SUSTRATO PARA LOS MICRORGANISMOS QUE PRODUCEN BASE. DEBIDO A ESTOS DESECHOS, EXISTE UN EQUILIBRIO DELICADO ENTRE LA DISPONIBILIDAD DEL SUSTRATO DE ESTAS FUENTES Y LA ALTERACION DE ESTE EQUILIBRIO, FAVORECERIA LA PRODUCCION DE ACIDO O BASE Y EL pH EN LA PLACA. LA MISMA PLACA COMO RESULTADO PUEDE PRODUCIR UN pH BAJO Y LA DISOLUCION DEL ESMALTE, UN pH ALTO Y DEPOSITO DE CALCIO Y FOSFATO DE LA SALIVA, Y SU ACUMULACION EN LA PLACA FORMA EL SARRO.

EL SUSTRATO SE ENCUENTRA ENTONCES FORMADO POR: CARBOHIDRATOS FERMENTABLES, SALIVA (COMPOSICION QUIMICA, ORGANICA, INORGANICA, pH CANTIDAD, VISCOSIDAD, FACTORES ANTIBACTERIANOS), PLACA DENTOBACTERIANA (COMPOSICION QUIMICA Y FISICA) Y LOS DETRITOS DERIVADOS DEL EPITELIO DE LAS MUCOSAS BUCALES.

UN SUSTRATO RICO EN CARBOHIDRATOS PROPORCIONA UN MEDIO FAVORABLE PARA QUE SE DESARROLLEN LOS MICRORGANISMOS BUCALES Y ESTO AUMENTA LA CANTIDAD DE LESIONES CARIOSAS DEBIDO A QUE SE AUMENTA LA PRODUCCION DE ACIDOS, SOBRE TODO (ACIDO LACTICO) LO CUAL PRODUCE LA DESMINERALIZACION DEL ESMALTE, DENTINA, CEMENTO HASTA LLEGAR A LA DESTRUCCION COMPLETA DEL DIENTE.

EN CAMBIO UN SUSTRATO RICO EN GRASA Y PROTEINAS PROPORCIONA UN AMBIENTE DESFAVORABLE PARA EL DESARROLLO DE LOS MICRORGANISMOS BUCALES, LO CUAL TRAE COMO CONSECUENCIA UNA DISMINUCION EN EL PROCESO CARIOSO.

N I V E L E S D E P R E V E N C I O NFOMENTO DE LA SALUD

- a) DIETA ADECUADA EN CANTIDAD Y CALIDAD.
- b) EDUCACION HIGIENICA A LA POBLACION .
- c) HABITOS DE HIGIENE.
- d) ATENCION MEDICA.
- e) CONDICIONES ADECUADAS DE TRABAJO, VIVIENDA, ALIMENTACION, VESTIDO, RECREACION, ETC.

PROTECCION ESPECIFICA

- a) ELIMINACION DE PLACA DENTOBACTERIANA
- b) ODONTOTOMIA PROFILACTICA.
- c) SELLADORES DE FISURAS.
- d) TECNICA DE CEPILLADO BUCAL.
- e) APLICACION TOPICA DE FLUOR.
- f) DIETA CON BAJO CONTENIDO EN CARBOHIDRATOS.

DIAGNOSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO

- a) ELIMINACION DE PLACA DENTOBACTERIANA.
- b) RESTAURACIONES CON MATERIALES ADECUADOS.
- c) RESTABLECIMIENTO DE LA OCLUSION.

LIMITACION DEL DAÑO

- a) TRATAMIENTO ENDODONTICO
- b) EXODONCIA.

REHABILITACION

- a) ELABORACION DE PROTESIS ADECUADAS.
- b) RESTABLECIMIENTO DE LA OCLUSION.
- c) REENTRENAMIENTO DEL PACIENTE EN: HABITOS MASTICATORIOS, MANEJO DE PROTESIS, FONETICA, HABITOS HIGIENICOS.

E P I D E M I O L O G I A
D E L A C A R I E S D E N T A L

ESTE MAL PUEDE SER CONSIDERADO COMO UNA ENFERMEDAD DE LA CIVILIZACION MODERNA, PUESTO QUE EL HOMBRE PREHISTORICO RARA VEZ SUFRIO DE ESTA FORMA DE DESTRUCCION DENTAL. LOS ESTUDIOS ANTROPOLOGICOS DE VON LENHOSSEK REVELARON QUE LOS CRANEOS DOLICOCEFALOS DE HOMBRES DE EL PERIODO PRENEOLITICO (12 000 A.C) NO PRESENTABAN CARIES DENTAL, PERO LOS CRANEOS BRAQUICEFALOS DEL HOMBRE DEL PERIODO DEL NEOLITICO (12 000 A.C. A 3000 A.C.) CONTENIAN DIENTES CARIADOS. EN LA MAYORIA DE LOS CASOS, LA CARIES ERA OBSERVADA EN CRANEOS DE ANCIANOS CUYOS DIENTES TENIAN INTENSA ATRICCION E IMPACCION DE ALIMENTOS.

FRECUENCIA DE CARIES EN SOCIEDADES MODERNAS. - SE HAN REALIZADO EXTENSOS ESTUDIOS SOBRE LA FRECUENCIA DE LA CARIES DENTAL. HAN COMPRENDIDO TODAS LAS PARTES DEL GLOBO Y SIRVEN PARA HACER RESALTAR LA DISTRIBUCION MUNDIAL DE ESTA ENFERMEDAD.

ESQUIMALES _____	0.1 %
RAZA NEGRA DE (E.U.A.) _____	41 %
RAZA BLANCA DE (E.U.A.) _____	74 %

SIN EMBARGO HAY CIERTAS PRUEBAS PARA AFIRMAR QUE NEGROS, CHINOS E INDIOS ORIENTALES, TIENEN COMO PROMEDIO APRECIABLEMENTE MENOS CARIES QUE LOS BLANCOS NORTEAMERICANOS. LOS INGLESSES TIENEN DIENTES NOTABLEMENTE ENFERMOS Y EN UNA FRECUENCIA DE CARIES SUPERIOR A LA DE LOS ITALIANOS, RUSOS Y CHINOS .

LA FRECUENCIA DE CARIES VARIA DE ACUERDO CON LA EDAD, SEXO Y ZONA GEOGRAFICA. SEGUN ESTO SE HA VISTO QUE LA CANTIDAD DE DIENTES CARIADOS PERMANENTES ES MAYOR EN MUJERES QUE EN VARONES DE LA MISMA EDAD . POR EL CONTRARIO, LA CANTIDAD DE CARIES EN DIENTES PRIMARIOS ES MAYOR EN LOS VARONES. SE HA SUGERIDO QUE ESTA DIFERENCIA POR SEXO, SE RELACIONA CON LAS DIFERENCIAS EN LAS EPOCAS DE BROTE DENTAL DENTAL Y A LA CANTIDAD DE TIEMPO QUE LOS DIENTES ESTAN EXPUESTOS AL MEDIO BUCAL .

LA ZONA GEOGRAFICA INFLUYE SOBRE EL PROCESO CARIOSO POR LA EXPOSICION DE FLUOR QUE PUEDE BRINDAR: POR EL TIPO DE ALIMENTACION ,

LA FLORA ,LA FAUNA ETC.

30.

ESTOS ESTUDIOS REVELAN QUE LA CIVILIZACION MODERNA Y EL AUMEN-
TO DE LA CARIES DENTAL, SE HALLAN EN ASOCIACION CONSTANTE, Y QUE LAS
TRIBUS PRIMITIVAS AISLADAS SON RELATIVAMENTE LIBRES DE CARIES.

AUNQUE PUEDA HABER CIERTO GRADO DE RESISTENCIA RACIAL A LA CA-
RIES ;LOS FACTORES DE LA ALIMENTACION SON MAS IMPORTANTES, ESPECIAL-
MENTE PORQUE LA FRECUENCIA DE CARIES AUMENTA AL HABER CONTACTO CON
ALIMENTOS CIVILIZADOS.

CONSECUENCIAS ECONOMICAS DE LA CARIES DENTAL

SEGUN EL ULTIMO INFORME DEL BUREAU OF ECONOMIC RESEARCH AND _
STATICA OF THE AMERICAN DENTAL ASSOCIATION, REALIZADO EN 1965 REVE-
LO QUE EL HABITANTE MEDIO DE ESTADOS UNIDOS REQUERIA 2.9 REESTRUC-
TURACIONES DENTALES DEBIDO A LA CARIES .ESTO ALCANZABA SU PUNTO -
MAXIMO ENTRE LOS 15 Y 24 AÑOS ,CUANDO SE REQUERIAN 4.2 RESTAURA-
CIONES. ESTO SIGNIFICARIA QUE EN UN DETERMINADO PERIODO HAY ALREDE-
DOR DE 584 000 000 DE CARIES SIN OBTURAR EN LA POBLACION DE ESTA -
DOS UNIDOS..LAMENTABLEMENTE SOLO ALREDEDOR DEL 47% DE LA POBLACION
VISITA AL DENTISTA EN UN AÑO.

• LOS INGRESOS DE LOS ODONTOLOGOS EN CONCEPTO DE OBTURACIONES _
RESTAURADORAS ERA DE UNOS 1 224 000 000 DE DOLARES EN UN AÑO. ASI
ES OBVIO QUE LA CARIES DENTAL POSEE UN ENORME PESO ECONOMICO EN LA
POBLACION DE ESE PAIS.

C A R I E S
II NIVEL DE PREVENCION
 (PROTECCION ESPECIFICA)

LOS DATOS PRESENTADOS EN LA TABLA II Y II-1 DAN SOLO UNA IMAGEN DEL NUMERO DE PROCEDIMIENTOS DE PROTECCION ESPECIFICA PARA CARIES ,QUE SE REALIZARON EN LAS DISTINTAS EDADES Y EN AMBOS SEXOS.

LOS RESULTADOS OBTENIDOS INDICAN QUE EL PORCENTAJE DE ESTOS PROCEDIMIENTOS SE ENCUENTRA MAS ELEVADO EN EL SEXO FEMENINO. (VER GRAFICA 2 Y 2a)

EL PORCENTAJE DE ESTOS PROCEDIMIENTOS SE RELACIONA CON LAS DISTINTAS EDADES DE LA SIGUIENTE MANERA:

SEXO FEMENINO

ORDEN	EDAD	PORCENTAJE
PRIMER LUGAR	8 AÑOS	1.5 %
SEGUNDO LUGAR	6 AÑOS	1.3 %
	10 AÑOS	1.3 %
TERCER LUGAR	9 AÑOS	0.9 %
CUARTO LUGAR	7 AÑOS	0.6 %
QUINTO LUGAR	11 AÑOS	0.3 %
	12 AÑOS	0.3 %

SEXO MASCULINO

ORDEN	EDAD	PORCENTAJE
PRIMER LUGAR	9 AÑOS	0.7 %
	10 AÑOS	0.7 %
SEGUNDO LUGAR	11 AÑOS	0.3 %
TERCER LUGAR	6 AÑOS	0.2 %
	7 AÑOS	0.2 %
CUARTO LUGAR	8 AÑOS	0.1 %
	12 AÑOS	0.1 %

EL PORCENTAJE DE LOS PROCEDIMIENTOS SE ENCUENTRA DISMINUIDO EN EL SEXO MASCULINO.

C A R I E S

32

III NIVEL DE PREVENCIÓN (DIAGNÓSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO)

LOS DATOS PRESENTADOS EN LA TABLA III Y III-1 DAN SOLO UNA I MAGEN DEL NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO PARA CARIES, QUE SE EFECTUARON EN LAS DISTINTAS EDADES Y EN AMBOS SEXOS.

LA EVIDENCIA ACTUAL INDICA QUE EL PORCENTAJE DE ESTOS PROCEDIMIENTOS PRESENTA CIFRAS MÁS ELEVADAS EN EL SEXO FEMENINO, EN CAMBIO EN EL SEXO MASCULINO LAS CIFRAS SE ENCUENTRAN DISMINUIDAS. (VER GRÁFICA 3 Y 3a)

EL PORCENTAJE DE ESTOS PROCEDIMIENTOS ESTÁ EN RELACIÓN CON LA EDAD DEL PACIENTE Y TAMBIÉN CON EL SEXO. LA RELACIÓN QUE EXISTE EN CUANTO A LA EDAD ES DE LA SIGUIENTE MANERA:

SEXO FEMENINO

ORDEN	EDAD	PORCENTAJE
PRIMER LUGAR	6 AÑOS	9.8 %
SEGUNDO LUGAR	8 AÑOS	7.9 %
TERCER LUGAR	10 AÑOS	7.3 %
CUARTO LUGAR	9 AÑOS	7.2 %
QUINTO LUGAR	12 AÑOS	2.8 %
SEXTO LUGAR	7 AÑOS	1.5 %
	11 AÑOS	1.5 %

SEXO MASCULINO

ORDEN	EDAD	PORCENTAJE
PRIMER LUGAR	10 AÑOS	6.0 %
SEGUNDO LUGAR	6 AÑOS	4.3 %
TERCER LUGAR	8 AÑOS	2.3 %
	9 AÑOS	2.3 %
CUARTO LUGAR	12 AÑOS	1.8 %
QUINTO LUGAR	11 AÑOS	1.3 %
SEXTO LUGAR	7 AÑOS	1.1 %

C A R I E S
 IV NIVEL DE PREVENCION
 (LIMITACION DEL DAÑO)

33

LOS DATOS PRESENTADOS EN LA TABLA IV Y IV-1 DAN SOLO UNA IMAGEN GENERAL DEL NUMERO DE PROCEDIMIENTOS DE LIMITACION DEL DAÑO PARA CARIES ,QUE SE EFECTUARON EN LAS DISTINTAS EDADES Y EN AMBOS SEXOS.

LOS RESULTADOS INDICAN QUE EL PORCENTAJE DE ESTOS PROCEDIMIENTOS SE ENCUENTRA MAS ELEVADO EN EL SEXO FEMENINO ,EN CAMBIO EN EL SEXO MASCULINO SUCEDE LO CONTRARIO, YA QUE LOS PORCENTAJES DE DICHS PROCEDIMIENTOS SE ENCUENTRAN DISMINUIDOS. (VER GRAFICA 4 y 4a)

LOS RESULTADOS DE PORCENTAJE EN RELACION A LA EDAD SON LOS SIGUIENTES:

SEXO FEMENINO

ORDEN	EDAD	FORCENTAJE
PRIMER LUGAR	6 AÑOS	3.6 %
SEGUNDO LUGAR	8 ANOS	3.2 %
TERCER LUGAR	9 AÑOS	1.9 %
CUARTO LUGAR	7 AÑOS	1.4 %
	10 AÑOS	1.4 %
QUINTO LUGAR	12 AÑOS	1.3 %
SEXTO LUGAR	11 AÑOS	0.6 %

SEXO MASCULINO

ORDEN	EDAD	FORCENTAJE
PRIMER LUGAR	6 AÑOS	1.3 %
SEGUNDO LUGAR	8 AÑOS	1.6 %
	9 AÑOS	1.6 %
TERCER LUGAR	10 AÑOS	0.9 %
CUARTO LUGAR	7 AÑOS	0.6 %
	11 AÑOS	0.6 %
QUINTO LUGAR	12 AÑOS	0.3 %

P A R O D O N T O P A T I A S

LOS DIENTES SE ENCUENTRAN SUJETOS AL ALVEOLO DENTAL POR LA MEMBRANA PERIODONTAL. ESTA MEMBRANA ES UN COMPLEJO DE FIBRAS QUE SE EXTIENDEN EN TODAS DIRECCIONES DE MANERA QUE EL DIENTE ESTA PROTEGIDO CONTRA LA ACCION DE FUERZAS EXTERNAS. POR UN LADO LAS FIBRAS SE INSERTAN AL CEMENTO, TEJIDO SEMEJANTE AL HUESO QUE RECUBRE LA RAIZ DENTARIA, POR OTRO LADO SE SUJETAN A LA LAMINA OSEA DEL HUESO ALVEOLAR.

EXTERNAMENTE ESTAS ESTRUCTURAS SE ENCUENTRAN CUBIERTAS POR EL TEJIDO GINGIVAL. LA ENCIA ESTA CONSTITUIDA SUPERFICIALMENTE POR UN TEJIDO EPITELIAL ESCAMOSO Y ENVUELVE UNA RED DE FIBRAS COLAGENAS QUE CIRCUNDAN AL DIENTE DE TAL MANERA, QUE LA ENCIA QUEDA ADAPTADA AL CUELLO DEL DIENTE, Y LLENA LOS ESPACIOS INTERDENTALES. ESTOS TEJIDOS Y ESTRUCTURAS SON CONOCIDOS COMO PARODONTO.

CARACTERISTICAS DEL PARODONTO SANO

LA ENCIA SANA ES DE COLOR ROSA CORAL PALIDO, CON ASPECTO GRANULOSO DE CASCARA DE NARANJA, RIGIDAMENTE ADAPTADA AL CUELLO DENTAL, CON BISEL Y SURCO GINGIVAL LIBRE DE EXUDADO. LA ENCIA TERMINA EN UN BORDE DELGADO Y DELICADO DENOMINADO ENCIA LIBRE, LA CUAL ESTA BIEN ADHERIDA AL DIENTE. UN CHORRO DE AIRE DE UNA JERINGA SEPARA LA ENCIA LIBRE DE LA SUPERFICIE DENTAL, PERO AQUELLA VOLVERA PRONTO A SU LUGAR.

LA ENCIA SANA ES FIRME AL TACTO E INSENSIBLE A LA PRESION MODERADA; NO SANGRA FACILMENTE. LAS ENCIAS LIBRE E INSERTADA SE UNEN SUAVEMENTE CON LA MUCOSA ALVEOLAR LISA, LA CUAL ES MAS ROJA Y SIN PUNTEADO DEL VESTIBULO Y PISO DE LA BOCA. LOS TEJIDOS INTERDENTALES TIENEN UNA DEPRESION INMEDIATAMENTE DEBAJO DE LA ZONA DE CONTACTO DENOMINADA "COL".

EN EL ADULTO EL TEJIDO DE LA ENCIA ES MAS DENSO, PERO EN LOS NIÑOS LA ENCIA NO ES PUNTEADA Y ES MAS ROJA Y DELICADA.

LA ENFERMEDAD PARODONTAL O PARODONTOPATIAS SE PRESENTAN POR DIVERSOS FACTORES COMO LO SON: FACTORES PREDISONENTES, ALTERACIONES SISTEMICAS (FACTORES GENERALES), FACTORES BACTERIOLOGICOS, PLACA

DENTOBACTERIANA, CALCULO (FACTORES LOCALES).

LAS ALTERACIONES DISTROFICAS O DEGENERATIVAS DEL PERIODONTO SE ORIGINAN POR INFLUENCIAS DEGENERATIVAS CIRCULATORIAS O MECANICAS ,O POR OTRAS ANOMALIAS QUE PRODUCEN CAMBIOS PATOLOGICOS EN EL PARODONTO.

LAS ENFERMEDADES PARODONTALES (PARODONTOPATIAS) SE CLASIFICAN EN DOS GRUPOS GENERALES SOBRE LA BASE DE LOS PROCESOS PATOLOGICOS PRESENTES:

- A) INFLAMACION (GINGIVITIS Y PARODONTITIS)
- B) DISTROFIA (GINGIVOSIS Y PARODONTOSIS)

ES LA INFLAMACION DE LOS TEJIDOS GINGIVALES, QUE SE PRODUCE EN FORMA AGUDA, SUBAGUDA O CRONICA, CON AGRANDAMIENTOS O RESECCION GINGIVAL EVIDENTE, O SIN ELLOS. LA INTENSIDAD DE LA GINGIVITIS DEPENDE DE LA MAGNITUD, DURACION, FRECUENCIA DE LOS IRRITANTES LOCALES Y RESISTENCIA DE LOS TEJIDOS BUCALES. LA GINGIVITIS AGUDA, LA SUBAGUDA DE CUALQUIER NATURALEZA NO SE PRESENTAN COMUNMENTE Y RARAS VECES SE PRESENTAN EN PERSONAS DE BUENA SALUD.

POR EL CONTRARIO, LA GINGIVITIS CRONICA ES MUY COMUN, Y, EN LOS PACIENTES DENTADOS MAYORES ES CASI UNIVERSAL.

ETIOLOGIA. - LA ETIOLOGIA DE LA GINGIVITIS ES VARIADA E INTERVIENEN VARIOS FACTORES EN ELLA, COMO LO SON: LOS FACTORES LOCALES Y LOS SISTEMICOS.

FACTORES LOCALES:

- A) MICRORGANISMOS
- B) CALCULOS
- C) IMPACCION DE ALIMENTOS
- D) RESTAURACIONES O PROTESIS INADECUADAS O IRRITANTES
- E) RESPIRACION BUCAL .
- F) MALPOSICION DENTAL
- G) APLICACION DE SUSTANCIAS QUIMICAS O MEDICAMENTOS.

FACTORES SISTEMATICOS:

- A) TRASTORNOS NUTRICIONALES
- B) ACCION DE MEDICAMENTOS
- C) EMBARAZO, DIABETES Y OTRAS DISFUNCIONES ENDOCRINAS
- D) ALERGIA
- E) HERENCIA
- F) FENOMENOS PSIQUICOS.

ESTOS FACTORES DE ACUERDO A LA DISTRIBUCION DE LA TRIADA ECOLOGICA SE PUEDEN OBSERVAR DE LA SIGUIENTE MANERA:

" AGENTE CAUSAL.-(MICROORGANISMOS)

"

HUESPED.-(TEJIDOS GINGIVALES)

AMBIENTE.-(CALCULO O PLACA DENTOBACTERIANA) SUSTRATO.

AGENTE CAUSAL .-(MICROORGANISMOS)

A) COCOS FACULTATIVOS GRAM POSITIVOS

ESTREPTOCOCOS (MUTANS Y SANGUIS)
ESTAFILOCOCCOS.

B) BACILOS FACULTATIVOS GRAMPOSITIVOS

CORYNEBACTERIUM (FILAMENTOS DIPTEROIDES)
NOCARDIA(DIPTEROIDE AERCBIO)
ODONTOMYCES VISCOSUS

C) COCOS FACULTATIVOS GRAMNEGATIVOS

NEISSERIA

D) COCOS ANAEROBIOS GRAMPOSITIVOS

PEPTOESTREPTOCOCOS

E) BACILOS ANAEROBIOS GRAMPOSITIVOS

LEPTOTRICHIA BUCCALIS
ACTINOMYCES

F) COCOS ANAEROBIOS GRAMNEGATIVOS

VEILLONELLA.

G) BACILOS ANAEROBIOS GAMNEGATIVOS

ESPIRILOS
VIBRIONES

FUSOBACTERIAS

H) ESPIROQUETAS ANAEROBIAS GRAMNEGATIVAS

ESTOS MICROORGANISMOS TIENEN LA PROPIEDAD DE PRODUCIR ENZIMAS LAS CUALES SON CAPACES DE DEGRADAR EL SUSTRATO Y PRODUCIR ASI LA DESTRUCCION DE LOS COMPUESTOS TISULARES DEL HUESPED .LO CUAL VIENE A DAR COMO RESULTADO UNA REACCION INFLAMATORIA EN LA ENCIA, EN LA

CUAL TAMBIEN HAY PARTICIPACION DE LOS MECANISMOS DE DEFENSA, LOS CUA LE SON PROPORCIONADOS POR EL TEJIDO GINGIVAL COMO UNA RESPUESTA AN TE LA AGRESION QUE LE BRINDAN LOS MICRORCANISMOS DE LA CAVIDAD BU - CAL.

LOS MICRORGANISMOS ELABORAN SUSTANCIAS DE DESECHO LAS CUALES RESULTAN TOXICAS PARA EL TEJIDO GINGIVAL, PROVOCANDO ASI SU IRRITA CION E INFLAMACION, ES DECIR; PRODUCEN LA ENFERMEDAD LLAMADA GINGIVI TIS.

HUESPED (TEJIDO GINGIVAL)

EL ESTADO DE SALUD DEL TEJIDO GINGIVAL DEPENDE DEL ESTADO DE SALUD GENERAL O SISTEMICO DEL ORGANISMO HUMANO.

EL ESTADO DE SALUD GENERAL DEPENDE DE VARIOS FACTORES: ESTADO NUTRICIONAL, ESTADO PSIQUICO, METABOLISMO, FUNCIONAMIENTO ENDOCRINO , DIGESTIVO, CARDIACO VASCULAR, RESPIRATORIO, INMUNOLOGICO, RENAL ETC. - PUES CUALQUIER ALTERACION QUE SE PRESENTE EN LA ESTRUCTURA Y FUN CIONAMIENTO DE ESTOS FACTORES, VA A REPERCUTIR EN EL ESTADO DE SA LUD SISTEMICO Y LOCAL.

ASI TENEMOS ENFERMEDADES SISTEMICAS COMO LA DESNUTRICION, LA DIABETES, LAS ANEMIAS LAS CUALES INFLUYEN EN EL TEJIDO GINGIVAL, HA CIENDOLO MENOS RESISTENTE A LAS AGRESIONES DEL MEDIO BUCAL , DEBI DO A LA DISMINUCION DE DEFENSAS CELULARES QUE PROVOCAN ESTAS ENFER MEDADES .

FOR LO CONTRARIO , SI SE TIENE UN BUEN ESTADO DE SALUD SISTEMI CO, EL HUESPED ADQUIERE MAYOR RESISTENCIA PARA COMBATIR AL AGENTE CAUSAL Y EVITAR QUE SE PRESENTE LA ENFERMEDAD GINGIVAL.

AMBIENTE (CALCULO, PLACA DENTOBACTERIANA) SUSTRATO.

LA MORFOLOGIA, ACTIVIDAD METABOLICA Y NIVELES DE pH DE LA PLACA DENTARIA , VARIAN ENTRE LOS DIFERENTES DIENTES Y LAS DIFERENTES ZONAS DE LAS SUPERFICIES DENTARIAS.

HAY UN INTERES CONSIDERABLE POR IDENTIFICAR LOS FACTORES DE LA PLACA DENTARIA QUE DETERMINAN SU ACTIVIDAD CARIOGENICA, CALCULOGENI

CA Y GENERADORA DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL. LAS PLACAS ACIDAS Y LAS BASICAS HAN SIDO VINCULADAS A LA CARIES DENTAL Y LA ENFERMEDAD PERIODONTAL. LAS PLACAS QUE APARECEN EN LAS CORONAS DE LOS DIENTES PRE DOMINAN ESTREPTOCOCOS PRODUCTORES DE DEXTRAN CAUSANTES DE CARIES, EN CONTRASTE CON LAS PLACAS SUBGINGIVALES QUE CONTIENEN ODONTOMYCES VISCOSUS Y ESTREPTOCOCOS PRODUCTORES DE LEVAN, QUE GENERA CARIES Y ENFERMEDAD PERIODONTAL. SE HA VISTO QUE LA PLACA DENTAL CON pH BASICO PRODUCE ENFERMEDAD PERIODONTAL.

CUANDO LA PLACA DENTAL TIENE UN pH MAS BASICO, SE PRODUCE EL CALCULO, EL CUAL ES UNA MASA ADHERENTE, CALCIFICADA O EN CALCIFICACION QUE SE FORMA SOBRE LAS SUPERFICIES DE LOS DIENTES NATURALES.

EL pH BASICO PRODUCE LA PRECIPITACION DE LAS SALES DE CALCIO Y ENTONCES SE PRODUCE LA CALCIFICACION DE LA PLACA DENTAL PARA QUE SE CONVIERTA EN CALCULO.

EL CALCULO Y LA PLACA DENTOBACTERIANA PROPICIAN UN MEDIO FAVORABLE PARA EL DESARROLLO Y CRECIMIENTO DE LOS MICROORGANISMOS BUCALES. POR ESO LA CANTIDAD DE MICROORGANISMOS BUCALES SE ENCUENTRA EN RELACION DIRECTAMENTE PROPORCIONAL A LA CANTIDAD DE SUSTRATO.

LOS COMPUESTOS TISULARES DEL HUESPED TAMBIEN VIENEN A COMPONER UNA PARTE DEL SUSTRATO.

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA GINGIVITIS CRONICA

- A) ALTERACIONES LEVES DEL COLOR DE LA ENCIA LIBRE O MARGINAL, DE UN TONO ROSADO PALIDO A UNO MAS INTENSO QUE PROGRESA HACIA EL ROJO O ROJO AZULADO.
- B) SANGRADO GINGIVAL AL CEPILLADO.
- C) EDENA PROVOCADO POR LA INFLAMACION, PERDIDA DEL PUNTEADO NORMAL CARACTERISTICO.
- D) TUMEFACCION DE LAS PAPILAS INTERDENTALES.
- E) AUMENTO DEL TAMAÑO DE LA ENCIA, Y ADOPTA UNA FORMA DE MEDIA LUNA
- F) PUEDE HABER EXUDADO GINGIVAL EN EL CASO DE GINGIVITIS CRONICA AVANZADA.

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA GINGIVITIS ULCERONECROTIZANTE AGUDA

- A) ENCIA HIPEREMICA Y DOLOROSA, CON EROSIONES NETAMENTE SOCAVADAS EN PAPILAS INTERDENTALES
- B) LOS RESTOS ULCERADOS DE LAS PAPILAS Y ENCIA LIBRE SANGRAN AL SER TOCADAS, Y POR LO GENERAL ESTAN CUBIERTOS DE UNA SEUDOMEMBRANA NECROTICA GRIS.
- C) LA ULCERACION LLEGA A EXTENDERSE HASTA ABARCAR TODOS LOS MARGENES GINGIVALES . COMIENZA COMO UN FOCO AISLADO UNICO QUE SE ORIGINA CON RAPIDEZ. POR ULTIMO HAY UN OLOR FETIDO.
- D) GENERALMENTE EL PACIENTE SE QUEJA DE NO PODER COMER A CAUSA DE UN DOLOR INTENSO EN EL TEJIDO GINGIVAL Y PRESENTA TENDENCIA A LA HEMORRAGIA GINGIVAL.
- E) EL DOLOR ES DE TIPO SUPERFICIAL, DE "PRESION".
- F) EL PACIENTE TAMBIEN PADECE DE DOLOR DE CABEZA, MALESTAR GENERAL Y FIEBRE DE BAJA INTENSIDAD (37.2 a 38.8 GRADOS CENTIGRADOS)
- G) SE PUEDE NOTAR UNA SALIVACION EXCESIVA Y GUSTO METALICO DE LA SALIVA.
- H) LINFADENOPATIA.
- I) EN CASOS MAS AVANZADOS PUEDE HABER MANIFESTACIONES GENERALIZADAS O SISTEMICAS, QUE INCLUYEN LEUCOCITOSIS, TRASTORNOS GASTROINTESTINALES Y TAQUICARDIA.

WILLIAM G. SHAFER; TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL. PAGES. (719-726)
IRVING GLICKMAN ; PERIODONTOLOGIA CLINICA. PAGES. (77-123)

FOMENTO DE LA SALUD

- a) NUTRICION ADECUADA
- b) CONSISTENCIA DE ALIMENTOS
- c) OCLUSION NORMAL (ORTODONCIA INTERCEPTIVA)

PROTECCION ESPECIFICA

- a) DETECCION Y ELIMINACION DE PLACA DENTOBACTERIANA
- b) TECNICA DE CEPILLADO
- c) DETARTRAJE
- d) PREVENCIÓN DE CARIES
- e) ELIMINACION DE RESTAURACIONES MAL ADAPTADAS
- f) ELIMINACION DE MATERIALES QUE PROVOCAN RETENCION DE PLACA
- g) ELIMINACION DE MALOCLUSIONES.

DIAGNOSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO

- a) ANALISIS DE LAS CARACTERISTICAS CLINICAS
- b) SIGNOS Y SINTOMAS.(CAMBIO DE COLOR,SANGRADO,INFLAMACION ETC.)
- c) TRATAMIENTO DE CARIES
- d) DETARTRAJE,RASPADO Y ALISADO DE LA RAIZ
- e) AJUSTE OCLUSAL
- g) CORRECCION DE HABITOS
- h) INDICACIONES CORRECTIVAS SOBRE EL CEPILLADO.

LIMITACION DEL DAÑO

- a) CIRUGIA MUCOGINGIVAL
- b) GINGIVECTOMIA
- c) GINGIVOPLASTIA
- d) INJERTOS LIBRES DE ENCIAS
- g) FERULIZACION
- h) REHABILITACIONES BUCALES
- i) PROTESIS PARCIAL FIJA

REHABILITACION

- a) PROTESIS
- b) INDICACIONES PARA PROTECCION DE MUCOSAS

E P I D E M I O L O G I A
D E L A S P A R O D O N T O P A T I A S

42

" LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES SON CONOCIDAS DESDE LA ANTIGÜE_ " DAD. LOS CRANEOS DE HOMBRES PRIMITIVOS PRESENTAN SEÑALES DE ENFERME_ DAD PERIODONTAL CRONICA, EN TANTO QUE LA FORMA AGUDA SE PRESENTA HAS_ TA EL AÑO 400 A.C. EN LOS SOLDADOS GRIEGOS.

LA INFORMACION DE MAYOR UTILIDAD PROVIENE DE LOS ESTUDIOS EPI_ DEMIOLÓGICOS QUE MUESTRAN UNA RELACION LINEAL ENTRE LA FALTA DE _ BUENA HIGIENE Y LA APARICION DE LA GINGIVITIS O PARODONTITIS.

ESTA RELACION PARECE SER LA MISMA INDEPENDIEMENTE DE RAZA, DIETA, CLIMA, Y OTROS FACTORES VARIABLES DE LA POBLACION.

LOS ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS EFECTUADOS EN TODO EL MUNDO INDI_ CAN LA DISTRIBUCION UNIVERSAL DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL Y PERIODON_ TAL EN TODAS LAS CULTURAS .EN SU MAYOR PARTE TIENE UNA ALTA FRECU_ ENCIA ,AFECTANDO EN CIERTO GRADO APROXIMADAMENTE A LA MITAD DE LA POBLACION INFANTIL Y A CASI TODA LA POBLACION ADULTA.

LAS ESTADISTICAS VARIAN ENTRE LAS POBLACIONES ,PERO ES CONSEN_ SO QUE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL ES LA CAUSA PRINCIPAL DE LA PERDI_ DA DE DIENTES EN LA POBLACION ADULTA. A LA CARIES SE DEBEN LA MAYO_ RIA DE LAS EXTRACCIONES DENTARIAS HASTA APROXIMADAMENTE LOS 35 AÑOS DE EDAD, DESPUES DE LO CUAL LA ENFERMEDAD PERIODONTAL SE CONVIERTE EN LA CAUSA MAS IMPORTANTE.

ALREDEDOR DEL 60% A 70% DE LOS DIENTES PERDIDOS EN E.U.A. DESPUES DE LOS 40 AÑOS ,ES POR CAUSA DE ENFERMEDAD PARODONTAL, MIEN_ TRAS QUE EN LA INDIA LA ENFERMEDAD PERIODONTAL ES RESPONSABLE DEL 80% DE LOS DIENTES EXTRAIDOS DESPUES DE LOS 30 AÑOS DE EDAD.

LA GINGIVITIS CRONICA ES LA ENFERMEDAD PERIODONTAL MAS FRECUEN_ TE EN LOS NIÑOS Y ESTA PROVOCADA PRINCIPALMENTE POR LA PLACA DENTO BACTERIANA, MATERIA ALBA Y EN ULTIMA INSTANCIA EL SARRO QUE SE PRE- SENTA MAS BIEN DESPUES DE LOS 15 AÑOS DE EDAD.

II NIVEL DE PREVENCION
(PROTECCION ESPECIFICA)

LOS DATOS PRESENTADOS EN LA TABLA V Y V-1, NOS DAN UNA VISION MAS AMPLIA DEL NUMERO DE PROCEDIMIENTOS QUE SE REALIZARON EN LAS DISTINTAS EDADES Y EN AMBOS SEXOS EN ESTE NIVEL DE PREVENCION.

LOS RESULTADOS OBTENIDOS DEMOSTRARON QUE LOS PORCENTAJES MAS ELEVADOS SE ENCUENTRAN LOCALIZADOS EN EL SEXO FEMENINO Y LOS MAS BAJOS EN EL SEXO MASCULINO. (VER GRAFICA 5 y 5a)

EN RELACION A LA EDAD ,DICHOS PROCEDIMIENTOS PRESENTARON LOS SIGUIENTES RESULTADOS:

SEXO FEMENINO

ORDEN	EDAD	PORCENTAJE
PRIMER LUGAR	8 AÑOS	1.0 %
SEGUNDO LUGAR	10 AÑOS	0.9 %
TERCER LUGAR	6 AÑOS	0.6 %
	9 AÑOS	0.6 %
CUARTO LUGAR	11 AÑOS	0.3 %
	12 AÑOS	0.3 %
QUINTO LUGAR	7 AÑOS	0.2 %

SEXO MASCULINO

ORDEN	EDAD	PORCENTAJE
PRIMER LUGAR	9 AÑOS	0.6 %
SEGUNDO LUGAR	10 AÑOS	0.5 %
TERCER LUGAR	11 AÑOS	0.3 %
CUARTO LUGAR	6 AÑOS	0.2 %
	12 AÑOS	0.2 %
QUINTO LUGAR	7 AÑOS	0.1 %
	8 AÑOS	0.1 %

P A R O D O N T O P A T I A S

44

III NIVEL DE PREVENCION

(DIAGNOSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO)

LOS DATOS PRESENTADOS EN LA TABLA VI Y VI-1, DAN UNA VISION MAS AMPLIA DEL NUMERO DE PROCEDIMIENTOS QUE SE REALIZARON EN LAS DISTINTAS EDADES Y EN AMBOS SEXOS EN ESTE NIVEL DE PREVENCION.

LOS RESULTADOS OBTENIDOS DEMUESTRAN QUE LOS PORCENTAJES MAS ELEVADOS SE ENCUENTRAN UBICADOS EN EL SEXO FEMENINO Y LOS MAS BAJOS SE ENCUENTRAN EN EL SEXO MASCULINO. (VER GRAFICA 6 y 6a)

EN RELACION A LA EDAD, DICHS PORCENTAJES PRESENTAN LOS SIGUIENTES RESULTADOS:

SEXO FEMENINO

ORDEN	EDAD	PORCENTAJE
PRIMER LUGAR	8 AÑOS	0.3 %
SEGUNDO LUGAR	6 AÑOS	0.2 %
TERCER LUGAR	9 AÑOS	0.1 %
	10 AÑOS	0.1 %
	12 AÑOS	0.1 %

SEXO MASCULINO

ORDEN	EDAD	PORCENTAJE
PRIMER LUGAR	6 AÑOS	0.2 %
SEGUNDO LUGAR	7 AÑOS	0.1 %
	9 AÑOS	0.1 %
	10 AÑOS	0.1 %
	11 AÑOS	0.1 %
	12 AÑOS	0.1 %

P A R O D O N T O P A T I A S

IV NIVEL DE PREVENCIÓN

(LIMITACIÓN DEL DAÑO)

LOS DATOS PRESENTADOS EN LA TABLA VII Y VII-1, NOS DAN UNA VISIÓN MÁS AMPLIA DEL NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS QUE SE REALIZARON EN LAS DISTINTAS EDADES Y EN AMBOS SEXOS EN ESTE NIVEL DE PREVENCIÓN.

LOS RESULTADOS OBTENIDOS DEMUESTRAN QUE LOS PORCENTAJES MÁS ELEVADOS SE ENCUENTRAN UBICADOS EN EL SEXO FEMENINO. (VER GRÁFICA 7 y 7a)

EN RELACIÓN A LA EDAD, DICHS PORCENTAJES PRESENTAN LOS SIGUIENTES RESULTADOS:

SEXO FEMENINO

ORDEN	EDAD	PORCENTAJE
PRIMER LUGAR	11 AÑOS	0.1 %
	12 AÑOS	0.1 %

SEXO MASCULINO

NO SE REPORTARON DATOS

LA OCLUSION ES EL CONTACTO ENTRE LOS DIENTES SUPERIORES E INFERIORES EN TODAS LAS POSICIONES Y MOVIMIENTOS MANDIBULARES, ES EL RESULTADO DEL CONTROL NEUROMUSCULAR DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA MASTICATORIO.

LOS COMPONENTES DEL SISTEMA MASTICATORIO SON:

- 1.- DIENTES
- 2.- ESTRUCTURAS PARODONTALES .
- 3.- MAXILARES SUPERIOR E INFERIOR.
- 4.- ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR.
- 5.- MUSCULOS Y LIGAMENTOS ASOCIADOS.
- 6.- MUSCULOS DE LOS LABIOS Y LENGUA.
- 7.- VASOS Y NERVIOS.

OCCLUSION FUNCIONAL .- ES LA QUE TRABAJA EN FORMA EFICAZ E INDOLORA Y PERMANECE EN ESTADO DE SALUD, SEA CUAL FUERE LA RELACION DE LOS DIENTES SUPERIORES E INFERIORES . CADA OCLUSION SE VALORA SOBRE LA BASE DE SU PROPIA SALUD Y ACTIVIDAD.

OCCLUSION CENTRICA.- ES LA POSICION CONTACTANTE NORMAL QUE PRODUCE LA MAXIMA INTERCUSPIDACION Y EL MAYOR NUMERO DE CONTACTOS ENTRE AMBAS ARCADAS DENTARIAS.

OCCLUSION ORGANICA.- ES CUANDO HAY UNA RELACION CENTRICA Y UNA OCLUSION CENTRICA ARMONIOSAS.

RELACION CENTRICA.- ES UNA RELACION OSEA, EN LA CUAL EL CONDILO SE LOCALIZA EN LA ZONA MAS POSTERIOR, SUPERIOR Y MEDIA CON RESPECTO A LA CAVIDAD GLENOIDEA.

DENTRO DE LA OCLUSION EXISTEN ALTERACIONES EN LAS RELACIONES OSEAS Y DENTARIAS, CAUSADAS POR UNA GRAN DIVERSIDAD DE FACTORES. A ESTAS ALTERACIONES EN LA POSICION DE LOS DIENTES EN LA OCLUSION SE LES CONOCE COMO MALOCLUSIONES.

LAS MALOCLUSIONES SE CLASIFICAN DE DIFERENTES MANERAS, EN BASE

AL TIPO DE POSICION QUE PRESENTAN LOS DIENTES EN LAS ARCADAS DENTARIAS.

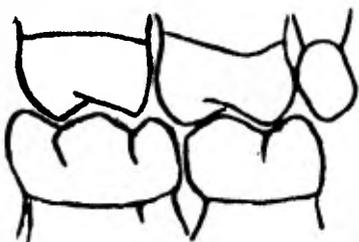
LAS MALOCLUSIONES SE CLASIFICAN SEGUN ANGLE EN:

- I.- NEUTROCLUSION
- II.- DISTOCLUSION
- III.- MESIOCLUSION

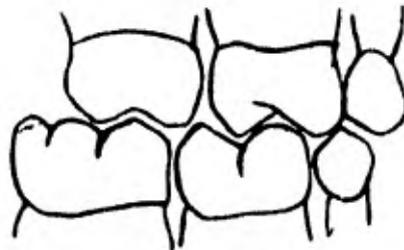
I.- NEUTROCLUSION.-- LA CUSPIDE MESIOVESTIBULAR DEL PRIMER MOLAR SUPERIOR PERMANENTE, OCLUYE EN EL SURCO MESIOVESTIBULAR DEL PRIMER MOLAR INFERIOR PERMANENTE.

II.- DISTOCLUSION.-- LA CUSPIDE MESIOVESTIBULAR DEL PRIMER MOLAR SUPERIOR PERMANENTE, OCLUYE EN EL ESPACIO COMPRENDIDO ENTRE LA CUSPIDE MESIOVESTIBULAR DEL PRIMER MOLAR INFERIOR PERMANENTE Y LA CUSPIDE VESTIBULAR DEL SEGUNDO PREMOLAR INFERIOR PERMANENTE.

III.- MESIOCLUSION.-- LA CUSPIDE MESIOVESTIBULAR DEL PRIMER MOLAR SUPERIOR PERMANENTE, OCLUYE EN EL ESPACIO COMPRENDIDO ENTRE LA CUSPIDE DISTOVESTIBULAR DEL PRIMER MOLAR INFERIOR PERMANENTE Y LA CUSPIDE MESIOVESTIBULAR DEL SEGUNDO MOLAR INFERIOR PERMANENTE.



NEUTROCLUSION



DISTOCLUSION



MESIOCLUSION

LOS DIENTES PRIMARIOS SON ESENCIALES PARA REALIZAR UNA CORRECTA PREPARACION MECANICA DE LOS ALIMENTOS DEL NIÑO PARA DIGERIR Y ASIMILAR DURANTE UNO DE LOS PERIODOS MAS ACTIVOS DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO .OTRA DESTACADA FUNCION ES MANTENER EL ESPACIO EN LOS ARCOS DENTALES PARA LAS PIEZAS PERMANENTES SUCEDANEAS,ESTIMULA EL CRECIMIENTO DE LAS MANDIBULAS POR MEDIO DE LA MASTICACION(ESPECIALMENTE EN EL DESARROLLO DE LA ALTURA DE LOS ARCOS DENTALES . TAMBIEN TIENEN IMPORTANCIA LOS DIENTES PRIMARIOS EN EL DESARROLLO DE LA FONACION Y LA ESTETICA .

LOS DIENTES PRIMARIOS SON POR LO TANTO ESENCIALES PARA EL DESARROLLO CORRECTO DE LA DENTICION PERMANENTE.

LAS INDICACIONES PARA EL USO DE MANTENEDORES DE ESPACIO SE HAN CLARIFICADO POR MEDIO DEL ESTUDIO DE LOS EFECTOS DE LA PERDIDA PREMATURA DE LOS DIENTES, TANTO PRIMARIOS COMO PERMANENTES, DURANTE LAS FASES DE LA DENTICION MIXTA Y DESARROLLO DEL ARCO DENTAL. EN LA DENTICION PRIMARIA EL AREA MOLAR ES MUY IMPORTANTE.

UNA EVALUACION CONCIENSUDA DE LOS EFECTOS PRODUCIDOS POR LA PERDIDA PREMATURA DE LOS DIENTES EN LA DENTICION PRIMARIA Y MIXTA , Y SU ADECUADO REMPLAZO POR MEDIO DE MANTENEDORES DE ESPACIO ,PREVIENE SERIOS PROBLEMAS DENTALES EN EL ADULTO, COMO LO SERIAN LAS MALOCLUSIONES.

GRACIAS AL AVANCE DE LA ODONTOLOGIA ,SE PUEDEN REALIZAR PROCEDIMIENTOS TANTO PREVENTIVOS COMO INTERCEPTIVOS, TENIENDO DE ANTEMANO CONOCIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES Y ALTERNATIVAS CON QUE CONTAMOS ACTUALMENTE, COMO SON LA ETIOLOGIA Y DIAGNOSTICO DE LAS MALOCLUSIONES .

EXISTEN MALOCLUSIONES CUYAS CARACTERISTICAS DE AVANCE NO PERMITEN LA INTERVENCION DEL ODONTOLOGO GENERAL PARA RESOLVER ESOS PROBLEMAS ,SINO QUE REQUIEREN YA LA PARTICIPACION DEL ESPECIALISTA (ORTODONCISTA) PARA RESOLVERLOS. EN ESTE CASO LA FUNCION DEL ODONTOLOGO GENERAL SERA LA DE DETECTAR DICHA PATOLOGIA PARA LUEGO CANALIZAR AL PACIENTE CON EL ESPECIALISTA ADECUADO.

CUANDO LA ATENCION ODONTOLÓGICA PARA PREVENIR E INTERCEPTAR LAS MALOCLUSIONES NO SE REALIZA A TIEMPO, EL AVANCE DE LA MALOCLUSION SE AGRAVA, AUMENTANDO ASI LAS MOLESTIAS PARA EL PACIENTE Y EL COSTO, SIENDO QUE ESTO SE PUDO EVITAR CON LA PARTICIPACION DEL ODONTOLOGO GENERAL EN LA ATENCION PRIMARIA.

LOS FACTORES ETIOLOGICOS DENTRO DEL CAMPO DE ACCION DEL ODONTO-PEDIATRA SON: LAS RESTAURACIONES DE TAMAÑO INADECUADO JUNTO CON EL FRACASO EN MANTENER EL ESPACIO CUANDO SE HAN PERDIDO PIEZAS DENTARIAS PREMATURAMENTE. EN LA EPOCA ACTUAL SE ASOCIADO GENERALMENTE LOS HABITOS LINGUALES CON PIEZAS EN PROTRUSION Y MORDIDAS ABIERTAS , TAMBIEN INTERVIENEN EN ESTAS MALOCLUSIONES LOS HABITOS DE DEDO (SUCCION).

LA HERENCIA ES OTRO FACTOR ETIOLOGICO EN LAS MALOCLUSIONES

N I V E L E S D E P R E V E N C I O NFOMENTO DE LA SALUD

- a) DIETA ADECUADA EN CANTIDAD Y CALIDAD
- b) EDUCACION HIGIENICA A LA POBLACION
- c) HABITOS DE HIGIENE
- d) ATENCION MEDICA
- e) CONDICIONES ADECUADAS DE TRABAJO, VIVIENDA, ALIMENTACION, VESTIDO RECREACION ETC.

PROTECCION ESPECIFICA

- a) ELIMINACION DE PLACA DENTOBACTERIANA
- b) ODONTOTOMIA PROFILACTICA
- c) SELLADORES DE FISURAS
- d) TECNICA DE CEPILLADO
- e) APLICACION TOPICA DE FLUOR
- f) DIETA CON BAJO CONTENIDO EN CARBOHIDRATOS

DIAGNOSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO

- a) AJUSTE DE RESTAURACIONES DE TAMAÑO INADECUADO.
- b) RESTABLECIMIENTO DE LA OCLUSION
- c) MANTENEDORES DE ESPACIO
- d) RECUPERADORES DE ESPACIO

LIMITACION DEL DANO

- a) COLOCACION DE PLACAS HOWLEY PARA TRATAMIENTO DE HABITOS LINGUA - LES Y DE SUCCION DE DEDO.

REHABILITACION

E P I D E M I O L O G I A
D E L A S M A L O C L U S I O N E S

" AUNQUE SE CONSIDERA A LA CARIES DENTAL COMO LA PRINCIPAL ENFERMEDAD DE LOS DIENTES EN TODO EL MUNDO, LA MALOCLUSION TAMBIEN ES MUY FRECUENTE. CON LA FLUORIZACION EXISTE LA POSIBILIDAD DE REDUCIR SIGNIFICATIVAMENTE Y AUN ELIMINAR LA CARIES COMO PROBLEMA. PERO, LA NATURALEZA MORFOGENETICA DE LA MAYOR PARTE DE LAS MALOCLUSIONES, NOS ASEGURA QUE EL PROBLEMA DENTOFACIAL CONTINUARA EXIGIENDO LO MEJOR QUE LA ODONTOLOGIA PUEDA OFRECER POR MUCHO TIEMPO.

SEGUN LO QUE NOS REFIEREN ALGUNOS ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS, A CERCA DE LAS MALOCLUSIONES, LOS DATOS NOS INDICAN QUE LAS DENTICIONES DECIDUAS ALCANZAN UN PORCENTAJE DEL 20%, LAS DENTICIONES MIXTAS PRESENTABAN MALOCLUSION CON UN PORCENTAJE CORRESPONDIENTE AL 39%. Y EL 58% DE LOS QUE POSEIAN DENTICION PERMANENTE TAMBIEN PRESENTABAN MALOCLUSION.

M A L O C L U S I O N E S
 III NIVEL DE PREVENCION
 (DIAGNOSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO)

LOS DATOS PRESENTADOS EN LA TABLA VIII Y VIII-1, NOS DAN UNA VISION MAS AMPLIA DEL NUMERO DE PROCEDIMIENTOS QUE SE REALIZARON EN LAS DISTINTAS EDADES Y EN AMBOS SEXOS EN ESTE NIVEL DE PREVENCION .

LOS RESULTADOS OBTENIDOS DEMOSTRARON QUE LOS PORCENTAJES MAS ELEVADOS SE ENCUENTRAN LOCALIZADOS EN EL SEXO FEMENINO , Y LOS MAS BAJOS EN EL SEXO MASCULINO. (VER GRAFICA 8 y 8a)

EN RELACION A LA EDAD DICHOS PROCEDIMIENTOS PRESENTARON LOS SIGUIENTES RESULTADOS:

SEXO FEMENINO

ORDEN	EDAD	PORCENTAJE
PRIMER LUGAR	6 AÑOS	0.2 %
	7 AÑOS	0.2 %

SEXO MASCULINO

ORDEN	EDAD	PORCENTAJE
PRIMER LUGAR	6 AÑOS	0.1 %
	7 AÑOS	0.1 %

M A L O C L U S I O N E S

IV NIVEL DE PREVENCION

(LIMITACION DEL DAÑO)

LOS DATOS PRESENTADOS EN LA TABLA IX Y IX-1 ,NOS DAN UNA VISION MAS AMPLIA DEL NUMERO DE PROCEDIMIENTOS QUE SE REALIZARON EN LAS DISTINTAS EDADES Y EN AMBOS SEXOS EN ESTE NIVEL DE PREVENCION .

LOS RESULTADOS OBTENIDOS DEMOSTRARON QUE LOS PORCENTAJES MAS ELEVADOS SE ENCUENTRAN LOCALIZADOS EN EL SEXO FEMENINO Y LOS MAS BAJOS EN EL SEXO MASCULINO.(VER GRAFICA 9 y 9a)

EN RELACION A LA EDAD DICHOS PROCEDIMIENTOS PRESENTARON LOS SIGUIENTES RESULTADOS:

SEXO FEMENINO

ORDEN	EDAD	PORCENTAJE
PRIMER LUGAR	10 AÑOS	0.2 %
SEGUNDO LUGAR	9 AÑOS	0.1 %

SEXO MASCULINO

ORDEN	EDAD	PORCENTAJE
PRIMER LUGAR	8 AÑOS	0.1 %

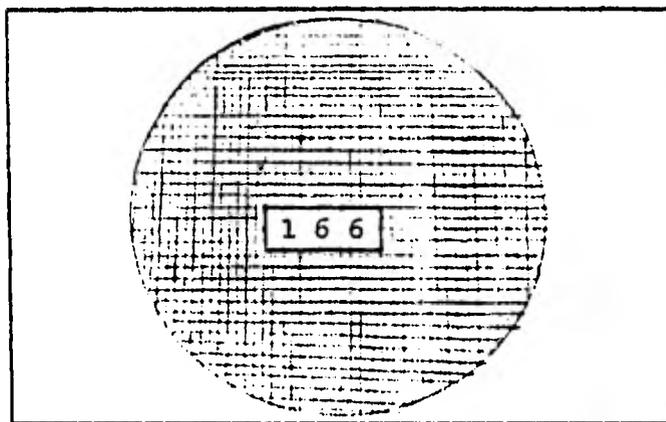
ANALISIS DE RESULTADOS

EN TOTAL EL NUMERO DE PACIENTES QUE RECIBIERON ATENCION ODONTOLOGICA EN EL IMSO REFORMA DURANTE EL PERIODO DE ENERO A SEPTIEMBRE DE 1981, FUE DE 166 ESTUDIANTES.

EL SEXO FEMENINO FUE EL QUE ALCANZO CIFRAS MAYORES, PUES LA CANTIDAD DE PACIENTES DE ESTE SEXO QUE RECIBIERON ATENCION ODONTOLOGICA FUE DE 101.

LA CANTIDAD DE PACIENTES DEL SEXO MASCULINO FUE DE 65.

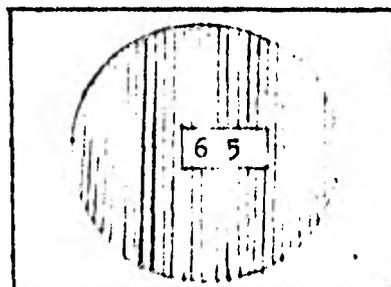
VER ESQUEMA: FIG. (A)



F



M



LOS DATOS PRESENTADOS EN LA TABLA I DAN SOLO UNA IMAGEN GENERAL DEL NUMERO DE ESTUDIANTES QUE RECIBIERON ATENCION ODONTOLOGICA EN EL IMSO REFORMA DURANTE EL PERIODO 1981(ENERO-SEPTIEMBRE).

LA EVIDENCIA ACTUAL NOS INDICA QUE EL SEXO FEMENINO FUE EL QUE MAYOR ATENCION ODONTOLOGICA RECIBIO, YA QUE EL PORCENTAJE SE ENCUENTRA MAS ELEVADO EN ESTE SEXO, EN COMPARACION AL SEXO MASCULINO. (VER GRAFICA 1 y 1a)

LA RELACION EXISTENTE ENTRE LA EDAD Y EL PORCENTAJE DE ATENCION QUE RECIBIERON LOS ESTUDIANTES ES COMO A CONTINUACION VAMOS A DESCRIBIR:

SEXO FEMENINO

ORDEN	EDAD	PORCENTAJE
PRIMER LUGAR	6 AÑOS	13.2 %
SEGUNDO LUGAR	8 AÑOS	12.6 %
TERCER LUGAR	10 AÑOS	10.8 %
CUARTO LUGAR	9 AÑOS	8.4 %
QUINTO LUGAR	12 AÑOS	6.6 %
SEXTO LUGAR	7 AÑOS	6.0 %
SEPTIMO LUGAR	11 AÑOS	3.0 %

SEXO MASCULINO

ORDEN	EDAD	PORCENTAJE
PRIMER LUGAR	6 AÑOS	9.0 %
SEGUNDO LUGAR	9 AÑOS	6.6 %
TERCER LUGAR	10 AÑOS	6.0 %
CUARTO LUGAR	8 AÑOS	5.5 %
QUINTO LUGAR	11 AÑOS	4.8 %
SEXTO LUGAR	7 AÑOS	3.6 %
	12 AÑOS	3.6 %

II NIVEL DE PREVENCION
(PROTECCION ESPECIFICA)

LA GRAFICA No. 2 NOS MUESTRA EL NUMERO DE PROCEDIMIENTOS QUE SE REALIZARON EN LAS DISTINTAS EDADES Y SEXOS.

LOS RESULTADOS INDICAN QUE EL MAYOR NUMERO DE PROCEDIMIENTOS FUERON REALIZADOS EN EL SEXO FEMENINO Y EN LA EDAD DE 8 AÑOS, LUEGO ESTAS CIFRAS FUERON DISMINUYENDO EN LAS EDADES; 6,10,9, 7,11 Y 12 AÑOS.

EL SEXO MASCULINO PRESENTO MENOR CANTIDAD DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS. LAS EDADES 9 Y 10 FUERON LAS QUE OBTUVIERON VALORES MAS ALTOS , LUEGO ESTOS VALORES FUERON DISMINUYENDO A MEDIDA QUE SE PRESENTARON LAS SIGUIENTES EDADES: 11,6,7,8, Y 12, AÑOS.

C A R I E S

58

III NIVEL DE PREVENCION (DIAGNOSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO)

LA GRAFICA No. 3 NOS MUESTRA EL NUMERO DE PROCEDIMIENTOS QUE SE REALIZARON EN LAS DISTINATAS EDADES Y SEXOS.

LOS RESULTADOS INDICAN QUE EL MAYOR NUMERO DE PROCEDIMIENTOS FUERON RELIZADOS EN EL SEXO FEMENINO Y EN LA EDAD DE 6 AÑOS ,LUEGO ESTAS CIFRAS FUERON DISMINUYENDO EN LAS EDADES : 8,10,9,12,7 y 11 AÑOS.

EL SEXO MASCULINO PRESENTO MENOR CANTIDAD DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS.LA EDAD DE 10 AÑOS FUE LA QUE OBTUVO VALORES MAS ALTOS ,LUEGO ESTOS VALORES FUERON DISMINUYENDO A MEDIDA QUE SE PRESENTARON LAS SIGUIENTES EDADES: 6,8,9,12,7 Y 11 AÑOS.

C A R I E S

59

IV NIVEL DE PREVENCIÓN
(LIMITACIÓN DEL DAÑO)

LA GRÁFICA No. 4 NOS MUESTRA EL NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS QUE SE REALIZARON EN LAS DISTINTAS EDADES Y SEXOS.

LOS RESULTADOS INDICAN QUE EL MAYOR NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS FUERON REALIZADOS EN EL SEXO FEMENINO Y EN LA EDAD DE 6 AÑOS, LUEGO ESTAS CIFRAS FUERON DISMINUYENDO EN LAS EDADES: 8,10,9,7,12 Y 11 AÑOS.

EL SEXO MASCULINO PRESENTO MENOR CANTIDAD DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS. LA EDAD DE 6 AÑOS FUE LA QUE OBTUVO VALORES MAS ALTOS ,LUEGO ESTOS VALORES FUERON DISMINUYENDO A MEDIDA QUE SE PRESENTARON LAS SIGUIENTES EDADES: 8,9,10,7,11 Y 12 AÑOS.

PARODONTOPATIAS

60

II NIVEL DE PREVENCIÓN
(PROTECCIÓN ESPECÍFICA)

LA GRÁFICA No. 5 NOS MUESTRA EL NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS QUE SE REALIZARON EN LAS DISTINTAS EDADES Y SEXOS.

LOS RESULTADOS INDICAN QUE EL MAYOR NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS FUERON REALIZADOS EN EL SEXO FEMENINO Y EN LA EDAD DE 8 AÑOS, LUEGO ESTAS CIFRAS FUERON DISMINUYENDO EN LAS EDADES 10, 6, 9, 11, 12 Y 7 AÑOS.

EL SEXO MASCULINO PRESENTÓ MENOR CANTIDAD DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS. LA EDAD DE 9 AÑOS FUE LA QUE OBTUVO VALORES MÁS ALTOS, LUEGO ESTOS VALORES FUERON DISMINUYENDO A MEDIDA QUE SE PRESENTARON LAS SIGUIENTES EDADES: 10, 11, 6, 12, 7, Y 8 AÑOS.

P A R O D O N T O P A T I A S

61

III NIVEL DE PREVENCIÓN

(DIAGNÓSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO)

LA GRÁFICA No. 6 NOS MUESTRA EL NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS QUE SE REALIZARON EN LAS DISTINTAS EDADES Y SEXOS.

LOS RESULTADOS INDICAN QUE EL MAYOR NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS FUERON REALIZADOS EN EL SEXO FEMENINO Y EN LA EDAD DE 8 AÑOS, LUEGO ESTAS CIFRAS FUERON DISMINUYENDO EN LAS EDADES: 6, 9, 10 Y 12 AÑOS.

EL SEXO MASCULINO PRESENTÓ MENOR CANTIDAD DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS. LA EDAD DE 6 AÑOS FUE LA QUE OBTUVO VALORES MÁS ALTOS. LUEGO ESTOS VALORES FUERON DISMINUYENDO A MEDIDA QUE SE PRESENTARON LAS SIGUIENTES EDADES: 7, 9, 10, 11, Y 12 AÑOS.

P A R O D O N T O P A T I A S

62

IV NIVEL DE PREVENCIÓN
(LIMITACIÓN DEL DAÑO)

LA GRÁFICA No. 7 NOS MUESTRA EL NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS QUE SE REALIZARON EN LAS DISTINTAS EDADES Y SEXOS.

LOS RESULTADOS INDICAN QUE EL MAYOR NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS FUERON REALIZADOS EN EL SEXO FEMENINO Y EN LA EDAD DE 11 AÑOS Y 12 AÑOS.

M A L O C L U S I O N E S

63

III NIVEL DE PREVENCION

(DIAGNOSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO)

LA GRAFICA No. 8 NOS MUESTRA EL NUMERO DE PROCEDIMIENTOS QUE SE REALIZARON EN LAS DISTINTAS EDADES Y SEXOS.

LOS RESULTADOS INDICAN QUE EL MAYOR NUMERO DE PROCEDIMIENTOS FUERON REALIZADOS EN EL SEXO FEMENINO Y EN LA EDAD DE 6 AÑOS Y 7 AÑOS.

EL SEXO MASCULINO PRESENTO MENOR CANTIDAD DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS. LAS EDADES DE 6 Y 7 AÑOS FUERON LAS QUE OBTUVIERON VA LORES MAS ELEVADOS.

M A L O C L U S I O N E S

IV NIVEL DE PREVENCION

(LIMITACION DEL DAÑO)

LA GRAFICA No. 9 NOS MUESTRA EL NUMERO DE PROCEDIMIENTOS QUE SE REALIZARON EN LAS DISTINTAS EDADES Y SEXOS.

LOS RESULTADOS INDICAN QUE EL MAYOR NUMERO DE PROCEDIMIENTOS FUERON REALIZADOS EN EL SEXO FEMENINO Y EN LA EDAD DE 10 AÑOS, LUEGO ESTAS CIBRAS FUERON DISMINUYENDO EN LAS EDADES: 9 AÑOS.

EL SEXO MASCULINO PRESENTO MENOR CANTIDAD DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS. LA EDAD DE 8 AÑOS FUE LA QUE OBTUVO VALORES MAS ALTOS.

LA GRAFICA "A" NOS MUESTRA EL PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTOS QUE SE REALIZARON EN LOS DISTINTOS NIVELES DE PREVENCION DE LEA VELL Y CLARK ,Y EN AMBOS SEXOS.

LOS RESULTADOS INDICAN QUE EL MAYOR PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTOS FUE LOCALIZADO EN EL III NIVEL DE PREVENCION(DIAGNÓSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO), LUEGO LE SIGUEN EN ORDEN DECRECIENTE EL IV NIVEL DE PREVENCION (LIMITACION DEL DAÑO)Y,II NIVEL DE PREVENCION (PROTECCION ESPECIFICA).

EN LOS NIVELES DE PREVENCION I Y V,NO SE REALIZARON ACTIVIDADES DE NINGUNA ESPECIE.

EN RELACION AL SEXO,EL MAYOR PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTOS FUE ENCONTRADO EN EL SEXO FEMENINO, YA QUE ESTE PRESENTA EN TODOS LOS NIVELES CIFRAS MAS ELEVADAS. EN CAMBIO EL SEXO MASCULINO SIEMPRE PRESENTA CIFRAS MAS BAJAS.

LA GRAFICA "B" NOS MUESTRA EL PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTOS QUE SE REALIZARON EN LOS DISTINTOS NIVELES DE PREVENCION DE LEAVELL Y CLARK, EN AMBOS SEXOS.

LOS RESULTADOS INDICAN QUE EL MAYOR PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTOS FUE LOCALIZADO EN EL II NIVEL DE PREVENCION (PROTECCION ESPECIFICA) , LUEGO LE SIGUEN EN ORDEN DECRECIENTE EL III NIVEL DE PREVENCION (DIAGNOSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO) , Y EL IV NIVEL DE PREVENCION QUE CORRESPONDE A (LIMITACION DEL DAÑO).

EN LOS NIVELES DE PREVENCION I Y V, NO SE REALIZARON ACTIVIDADES DE NINGUNA ESPECIE.

EN RELACION AL SEXO , EL MAYOR PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTOS FUE ENCONTRADO EN EL SEXO FEMENINO, YA QUE ESTE PRESENTA EN TODOS LOS NIVELES DE PREVENCION CIFRAS MAS ELEVADAS. EN CAMBIO EL SEXO MASCULINO SIEMPRE PRESENTA CIFRAS MAS BAJAS.

M A L O C L U S I O N E S

LA GRAFICA "C" NOS MUESTRA EL PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTOS QUE SE REALIZARON EN LOS DISTINTOS NIVELES DE PREVENCION DE LEA VELL Y CLARK, Y EN AMBOS SEXOS.

LOS RESULTADOS INDICAN QUE EL MAYOR PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTOS FUE LOCALIZADO EN EL III NIVEL DE PREVENCION (DIAGNOSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO) , LUEGO LE SIGUEN EN ORDEN DECRECIENTE EL IV NIVEL DE PREVENCION (LIMITACION DEL DAÑO) .

EN LOS NIVELES DE PREVENCION I, II, Y V NO SE REALIZARON ACTIVIDADES DE NINGUNA ESPECIE.

EN RELACION AL SEXO, EL MAYOR PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTOS FUE ENCONTRADO EN EL SEXO FEMENINO, YA QUE ESTE PRESENTA EN TODOS LOS NIVELES CIFRAS MAS ELEVADAS. EN CAMBIO EL SEXO MASCULINO SIEMPRE PRESENTA CIFRAS MAS BAJAS.

LA GRAFICA "D" NOS MUESTRA EL PORCENTAJE DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE REALIZARON PARA EL TRATAMIENTO DE LAS PATOLOGIAS ORALES: CARIES, PARODONTOPATIAS Y MALOCLUSIONES, EN BASE AL SEXO MASCULINO Y FEMENINO.

LOS RESULTADOS INDICAN QUE EL MAYOR PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTOS FUERON EFECTUADOS PARA EL TRATAMIENTO DE CARIES ,LUEGO LE SIGUE EN MENOR CANTIDAD LAS PARODONTOPATIAS Y POR ULTIMO LAS MALOCLUSIONES.

EN TODOS ESTOS PADECIMIENTOS BUCALES ,EL SEXO FEMENINO RESULTO SER EL QUE MAYOR PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTOS OBTUVO.

CARIES EN DENTADURAS
PERMANENTES

68

EN EL SEXTO AÑO DE VIDA, LA DENTADURA PERMANENTE EMPIEZA A BRO-
TAR Y COMIENZA LA EXPOLIACION DE LA DENTADURA PRIMARIA. ESTOS DOS
PROCESOS TERMINAN A LOS DOCE AÑOS, A EXCEPCION DE LOS TERCEROS MOLA-
RES..

SE HAN REALIZADO UN NUMERO CONSIDERABLE DE ESTUDIOS SOBRE LA
EXPERIENCIA DE CARIES DENTAL EN LA DENTADURA PERMANENTE. ESTOS ESTU-
DIOS CONCUERDAN GENERALMENTE EN QUE EL 20% DE LOS NIÑOS DE 6 AÑOS
HAN EXPERIMENTADO DESTRUCCION DENTAL EN PIEZAS PERMANENTES. DESPUES
SIGUE UN RAPIDO AUMENTO DE MANERA QUE 60 % Y 85% DE LOS NIÑOS A
LOS 8 Y 10 AÑOS DE EDAD HAN SIDO ATACADOS POR CARIES DENTAL. A LOS
12 AÑOS CUANDO LA MAYOR PARTE DE LA DENTADURA PERMANENTE HA BROTADO
, YA MAS DEL 90% DE LOS NIÑOS DE EDAD ESCOLAR HAN SIDO ATACADOS POR
LA CARIES DENTAL.

LA MAYOR PARTE DE LA CARIES DENTAL EN PIEZAS PERMANENTES DE NI-
ÑOS DE 6 A 12 AÑOS DE EDAD, LA PRESENTAN LOS MOLARES A LOS 6 AÑOS. A
LOS 7 AÑOS, APROXIMADAMENTE EL 25% DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANEN-
TES INFERIORES SE ENCUENTRAN CARIADOS. HAY AUMENTOS DEL 50% A LOS 9
AÑOS, Y DEL 70% A LOS 12 AÑOS.

EL PRIMER MOLAR PERMANENTE ES UNA DE LAS PIEZAS MAS SUCEPTIBLE
A LA CARIES, DEBIDO A SU CONFIGURACION ANATOMICA Y POR SER LA PRIME-
RA EN BROTRAR. POR ESTA RAZON EL MAYOR NUMERO DE TRATAMIENTOS HA CO--
RRESPONDIDO A LA EDAD DE 6 AÑOS EN CARIES DENTAL.

EN CUANTO AL SEXO SE HA DEMOSTRADO QUE LAS NIÑAS PRESENTAN MA-
YOR EXPERIENCIA DE CARIES QUE LOS NIÑOS DE IGUAL EDAD.

TAMBIEN SE HA DEMOSTRADO QUE EN EL SEXO FEMENINO LAS PIEZAS
BROTAN A EDADES MAS TEMPRANAS QUE EN EL SEXO MASCULINO. POR ESTO ES-
TAN EXPUESTAS A LOS RIESGOS DE CARIES DENTAL A EDADES MAS TEMPRA-
NAS. DEBIDO A ESTO SE ENCONTRO QUE EL SEXO FEMENINO FUE EL QUE OBTU-
VO EL MAYOR PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE CA-
RIES DENTAL.

EN BASE A LOS DATOS OBTENIDOS DURANTE LA INVESTIGACION ,PODEMOS VER QUE EL SEXO FEMENINO Y LA EDAD DE 6 AÑOS FUERON LOS QUE RECIBIERON MAYOR ATENCION ODONTOLOGICA .ESTO SE DEBE A QUE LA FRECUENCIA DEL PROCESO CARIOSO TIENE UNA ESTRECHA RELACION CON EL ASPECTO BIOLÓGICO DEL HUESPED ,ES DECIR,VARIA DE ACUERDO A LA EDAD Y AL SEXO.

SEGUN ESTO SE HA VISTO QUE LA CANTIDAD DE DIENTES CARIADOS PERMANENTES ES MAYOR EN MUJERES QUE EN VARONES DE LA MISMA EDAD,DEBIDO A QUE SE HA DEMOSTRADO QUE EN EL SEXO FEMENINO,LAS PIEZAS BROTAN A EDADES MAS TEMPRANAS QUE EN EL SEXO MASCULINO.POR ESTO SE HA SUGERIDO QUE ESTA DIFERENCIA POR EDAD Y SEXO ,SE RELACIONA CON LAS DIFERENCIAS EN LAS EPOCAS DE BROTE DENTAL,Y A LA CANTIDAD DE TIEMPO QUE LOS DIENTES ESTAN EXPUESTOS AL MEDIO BUGAL .

CONCLUSIONES

EN BASE A LA INFORMACION QUE SE OBTUVO DURANTE LA INVESTIGACION QUE SE REALIZO EN EL IMSO REFORMA, PODEMOS CONCLUIR LO SIGUIENTE:

I.- LOS PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS QUE SE REALIZARON CON MAYOR FRECUENCIA FUERON AQUELLOS CUYA ACTIVIDAD ESTA DIRIGIDA HACIA LA ATENCIÓN CURATIVA Y REHABILITATORIA, ES DECIR SE LE HA DADO MAYOR IMPORTANCIA A REALIZAR ACTIVIDADES PARA ATENDER A LOS PACIENTES CUANDO YA TIENEN PRESENTE LA ENFERMEDAD .

II.- EL NIVEL DE PREVENCIÓN QUE OBTUVO MAYORES PORCENTAJES FUE EL TERCER NIVEL. ES DECIR, LA ATENCIÓN QUE SE EFECTUO, SE ENFOCO MAS HACIA EL DIAGNOSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO.

III.- EL CUARTO NIVEL TUVO MENORES CANTIDADES DE ACTIVIDADES.

IV.- EL SEGUNDO NIVEL ALCANZO CIFRAS MENORES EN RELACION A LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL TERCER Y CUARTO NIVEL DE PREVENCIÓN.

V.- LAS PATOLOGIAS ORALES QUE MAYOR ATENCIÓN TUVIERON FUERON:

PRIMER LUGAR	CARIES
SEGUNDO LUGAR	PARODONTOPATIAS
TERCER LUGAR	MALOCCLUSIONES

VI.- EN EL TRATAMIENTO DE CADA UNA DE LAS PATOLOGIAS ORALES QUE SE PRESENTARON EN ESTA INSTITUCION, EL SEXO FEMENINO FUE EL QUE TUVO MAYOR ASISTENCIA Y EL QUE MAYOR ATENCIÓN ODONTOLÓGICA RECIBIO.

VII.- LA EDAD QUE MAYOR CANTIDAD DE PROCEDIMIENTOS OBTUVO FUE LA DE 6 AÑOS.

PROPUESTAS
Y/O
RECOMENDACIONES

COMO UNA ALTERNATIVA PARA MEJORAR LAS CONDICIONES DE SALUD O--
RAL DE LA POBLACION QUE ESTA SIENDO ATENDIDA POR EL IMSO REFORMA. SE
RIA CONVENIENTE ENFOCAR MAS LAS ACTIVIDADES HACIA LA ACCION PREVEN--
TIVA (I Y II NIVELES DE PREVENCION) DEBIDO A QUE ESTAS RESUL--
TAN MAS ECONOMICAS Y POR LO TANTO CUBREN UN MAYOR PORCENTAJE DE A--
TENCION PARA LA POBLACION, ALCANZANDO CON ESTO UN MAYOR BENEFICIO SO
CIAL. ES DECIR LA ACCION DE LOS ODONTOLOGOS QUE TRABAJAN EN ESTA INS
TITUCION DEBE DIRIGIRSE Y REALIZARSE ANTES DE QUE LA ENFERMEDAD SE
PRESENTE .

PARA QUE ESTO PUEDA LLEVARSE A CABO ES NECESARIO TAMBIEN ABAR--
CAR ZONAS ESCOLARES EN DONDE LA POBLACION ESTUDIANTIL TENGA EDADES
COMPRENDIDAS ENTRE LOS TRES Y SEIS AÑOS, Y SI SE PUEDE DAR ATENCION
A UNA EDAD MAS TEMPRANA LOS RESULTADOS SERIAN MAS BENEFICIOSOS TODA
VIA.

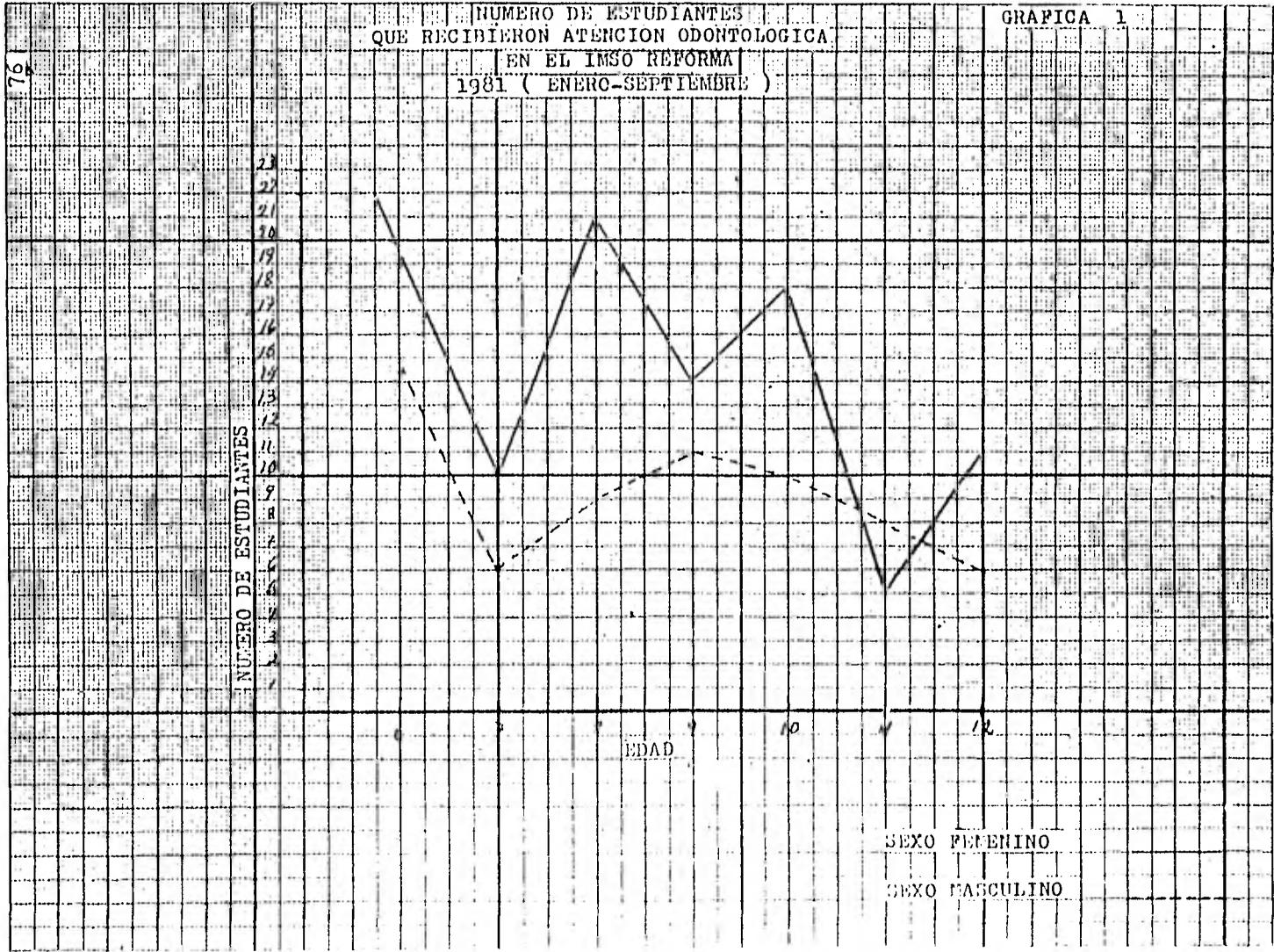
ANEXOS

73

NUMERO DE ESTUDIANTES
 QUE RECIBIERON ATENCION ODONTOLOGICA
 EN EL IMSO REFORMA
 1981 (ENERO-SEPTIEMBRE)

TABLA I

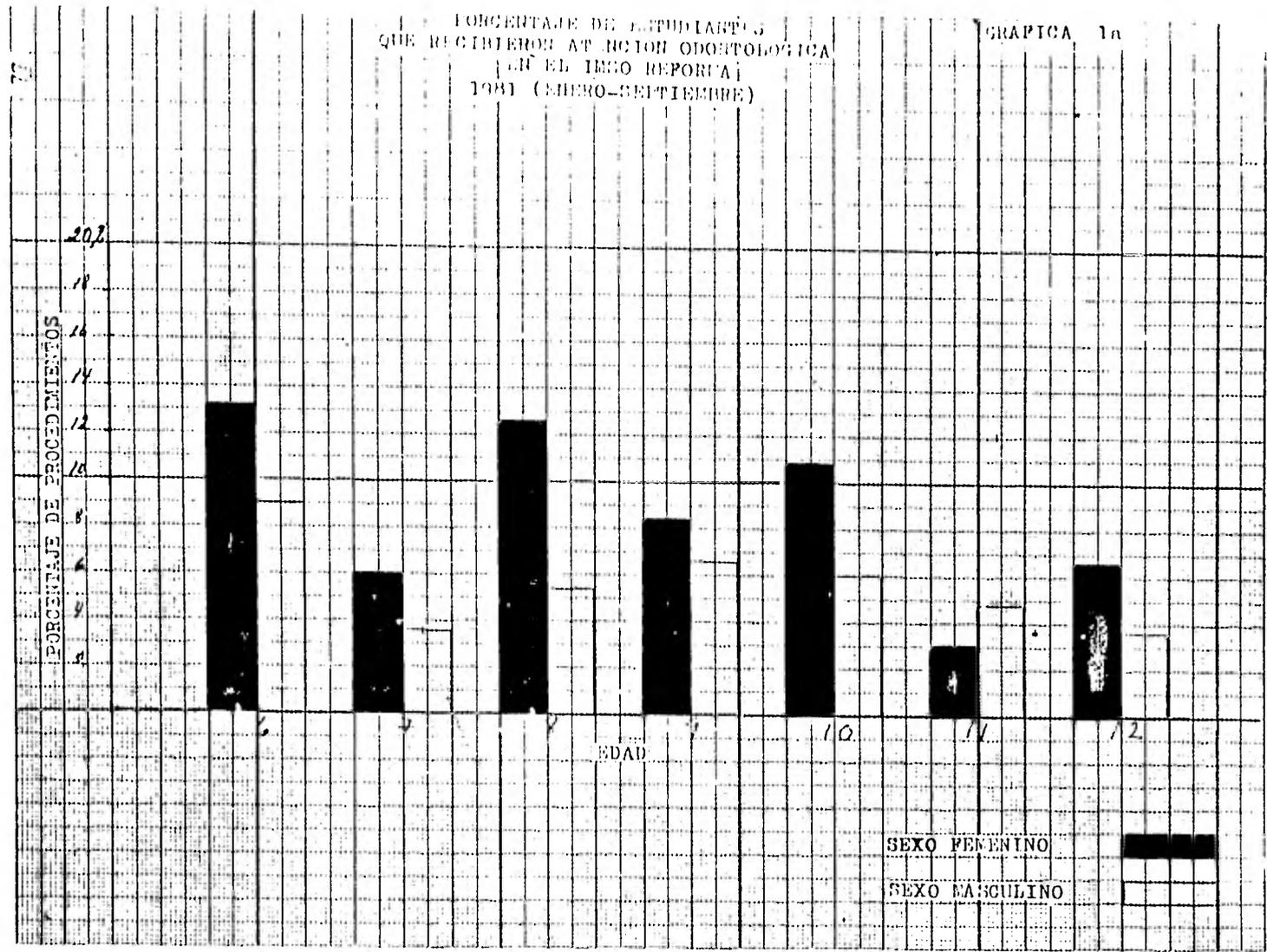
EDAD	No. DE ESTUDIANTES DEL SEXO FEMENINO	No. DE ESTUDIANTES DEL SEXO MASCULINO	TOTAL
6 AÑOS	22	15	37
7 AÑOS	10	6	16
8 AÑOS	21	9	30
9 AÑOS	14	11	25
10 AÑOS	18	10	28
11 AÑOS	5	8	13
12 AÑOS	11	6	17
TOTAL	101	65	166



76

PORCENTAJE DE ESTUDIANTES
 QUE RECIBIERON ATENCIÓN ODONTOLÓGICA
 EN EL MES REPORTEADO
 1981 (ENERO-SEPTIEMBRE)

GRÁFICA 1a



C A R I E S
II NIVEL
(PROTECCION ESPECIFICA)

TABLA II

EDAD	No. DE PROCEDIMIENTOS DEL SEXO FEMENINO	No. DE PROCEDIMIENTOS DEL SEXO MASCULINO	TOTAL
6 AÑOS	10	2	12
7 AÑOS	5	2	7
8 AÑOS	12	1	13
9 AÑOS	7	6	13
10 AÑOS	10	6	16
11 AÑOS	3	3	6
12 AÑOS	3	1	4
TOTAL	50	21	71

C A R I E S
II NIVEL

EDAD	FLUOR		SELLADORES DE FISURAS		PROFILAXIS		TECNICA DE CEPILLADO		TOTAL
	F	M	F	M	F	M	F	M	
6 AÑOS	1	0	4	0	5	2	0	0	12
7 AÑOS	3	1	0	0	2	1	0	0	7
8 AÑOS	4	0	0	0	7	1	1	0	13
9 AÑOS	2	1	0	0	4	4	1	1	13
10 AÑOS	3	2	0	0	7	4	0	0	16
11 AÑOS	0	0	0	0	3	3	0	0	6
12 AÑOS	0	0	0	0	2	1	1	0	4
TOTAL	13	4	4	0	30	16	3	1	71

TABLA II-1

CARLES I
II NIVEL

GRAFICA 2

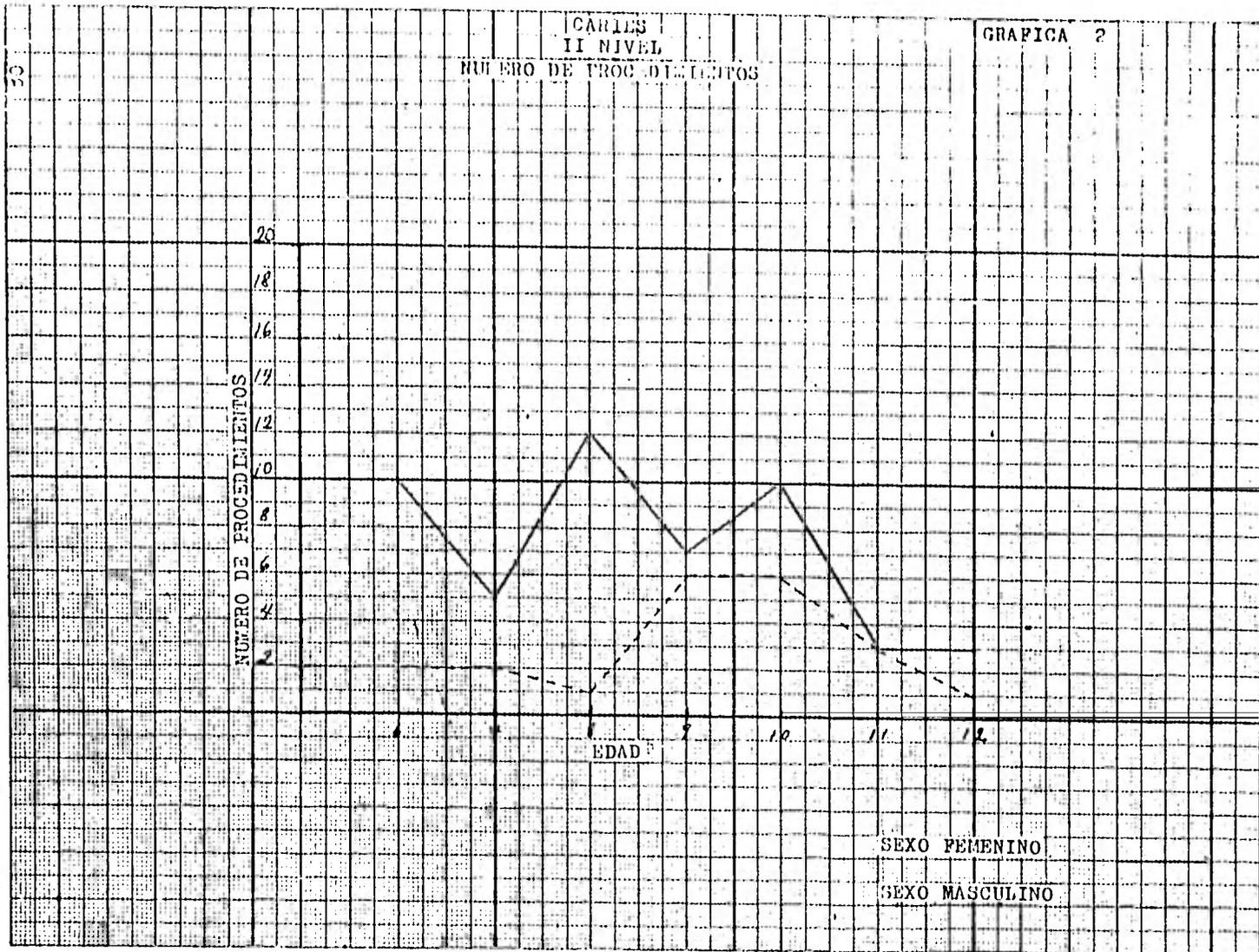
NUMERO DE PROC DELITOS

NUMERO DE PROCEDIMIENTOS

EDAD

SEXO FEMENINO

SEXO MASCULINO



CARIES
II NIVEL

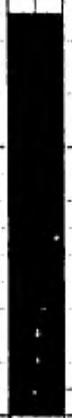
GRAFICA 2a

PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTOS

51

PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTOS

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10



EDAD

SEXO FEMENINO

SEXO MASCULINO



C A R I E S
 III NIVEL
 DIAGNOSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO

TABLA III

EDAD	No. DE PROCEDIMIENTOS DEL SEXO FEMENINO	No. DE PROCEDIMIENTOS DEL SEXO MASCULINO	TOTAL
6 AÑOS	74	33	107
7 AÑOS	12	9	21
8 AÑOS	60	19	79
9 AÑOS	56	18	74
10 AÑOS	57	46	103
11 AÑOS	12	10	22
12 AÑOS	22	14	36
TOTAL	293	149	442

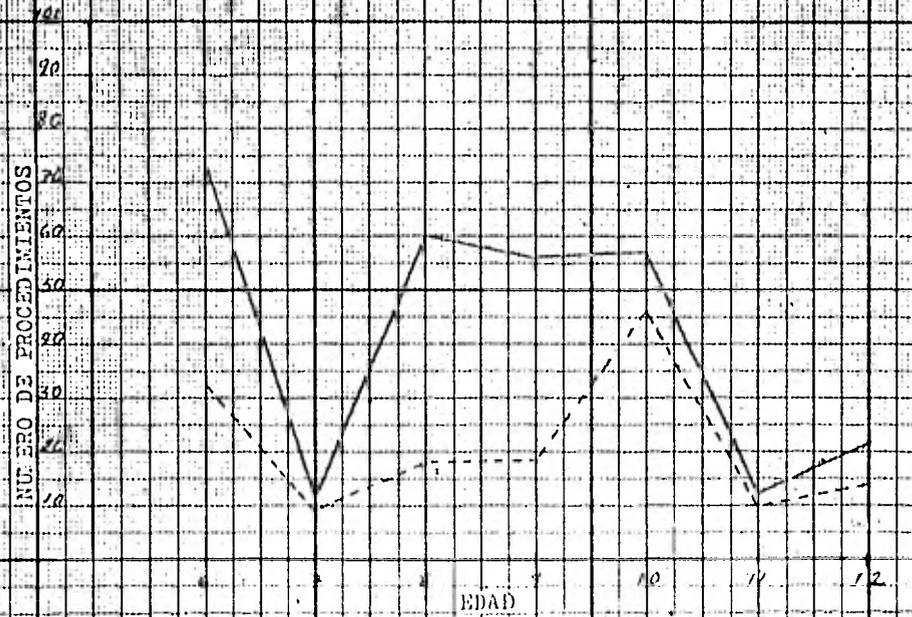
C A R I E S
III NIVEL

EDAD	AMALGAMA		RESINA		CURACION		CORONAS DE ACERO C.		PROFILAXIS		TOTAL
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
6 AÑOS	50	21	9	4	5	6	5	0	5	2	107
7 AÑOS	7	8	0	0	3	0	0	0	2	1	21
8 AÑOS	39	16	3	0	11	1	0	1	7	1	79
9 AÑOS	45	14	0	0	7	0	0	0	4	4	74
10 AÑOS	47	38	2	1	1	3	0	0	7	4	103
11 AÑOS	7	6	0	0	2	1	0	0	3	3	22
12 AÑOS	18	13	2	0	0	0	0	0	2	1	36
TOTAL	213	116	16	5	29	11	5	1	30	16	442

TABLA III - 1

CARIES
III NIVEL
NUMERO DE PROCEDIMIENTOS

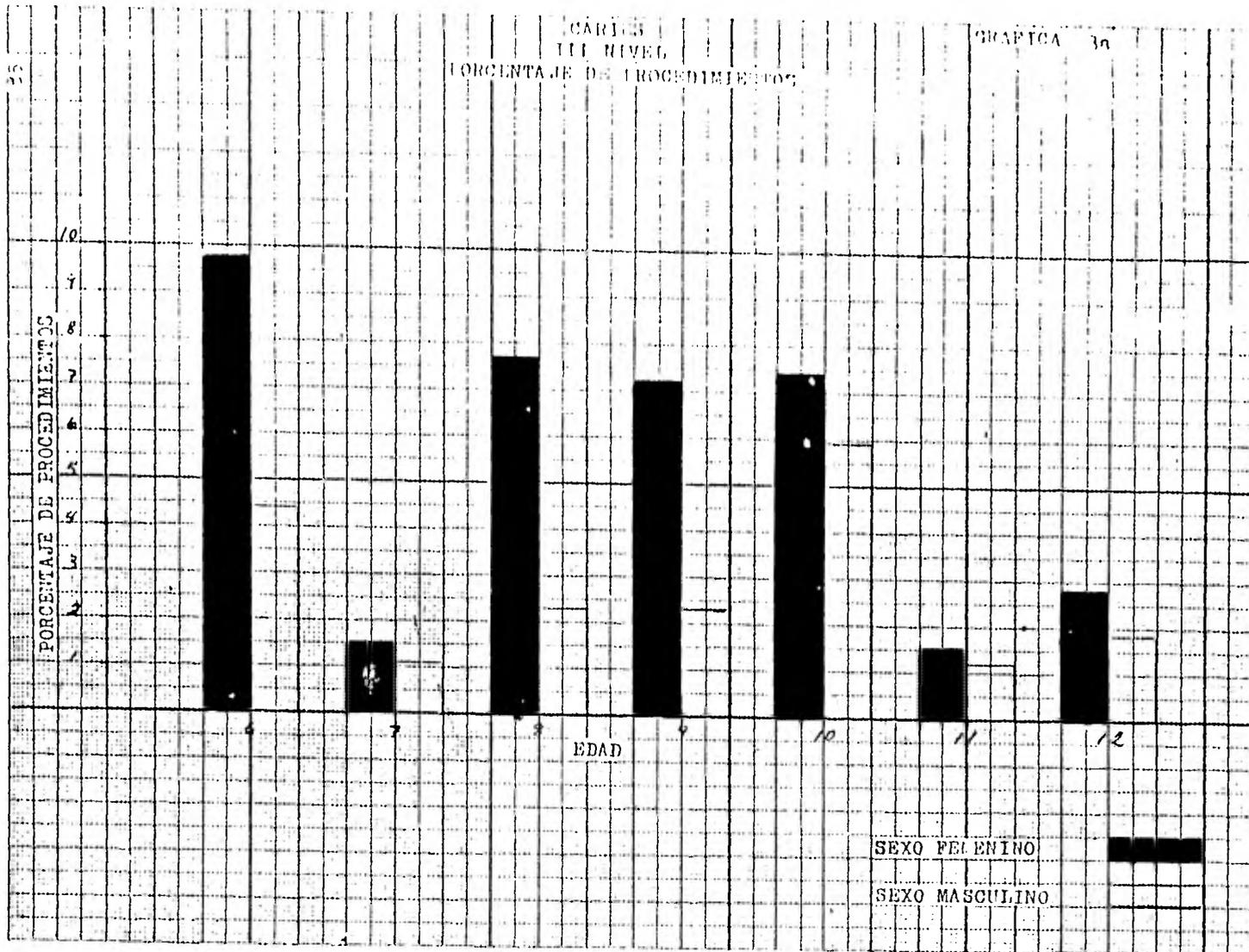
GRAFICA 3



SEXO FEMENINO
SEXO MASCULINO

CARTAS
 III NIVEL
 PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTOS

GRÁFICA 3a



C A R I E S
IV NIVEL
(LIMITACION DEL DAÑO)

TABLA IV

EDAD	No. DE PROCEDIMIENTOS DEL SEXO FEMENINO	No. DE PROCEDIMIENTOS DEL SEXO MASCULINO	TOTAL
6 AÑOS	28	14	42
7 AÑOS	11	5	16
8 AÑOS	25	13	38
9 AÑOS	15	13	28
10 AÑOS	25	7	32
11 AÑOS	5	5	10
12 AÑOS	10	3	13
TOTAL	119	60	179

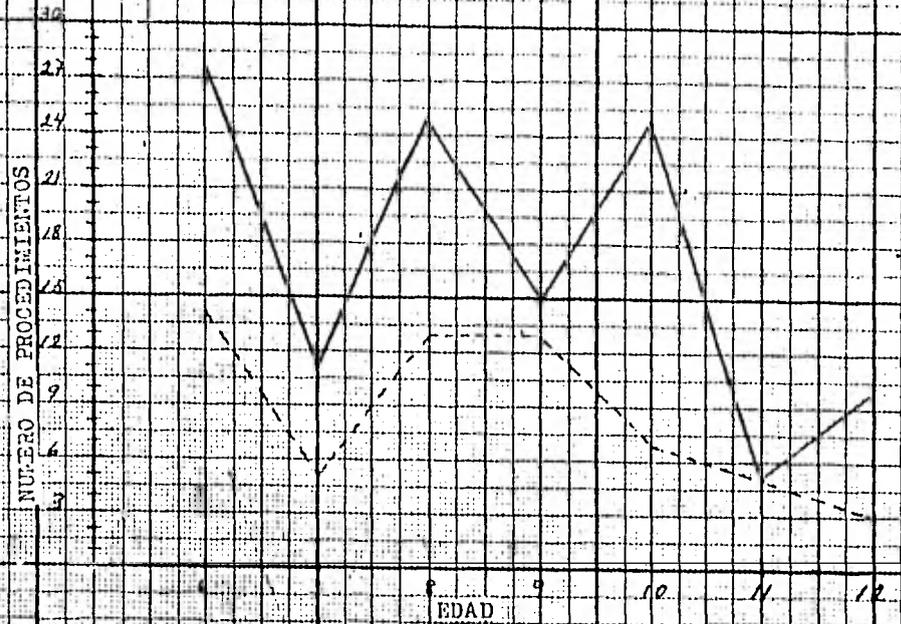
C A R I E S
IV NIVEL

EDAD	ENDODONCIA		EXODONCIA		TOTAL
	F	M	F	M	
6 AÑOS	6	6	22	8	42
7 AÑOS	1	0	10	5	16
8 AÑOS	9	4	16	9	38
9 AÑOS	1	6	14	7	28
10 AÑOS	5	3	20	4	32
11 AÑOS	2	1	3	4	10
12 AÑOS	3	2	7	1	13
TOTAL	27	22	92	38	179

TABLA IV - 1

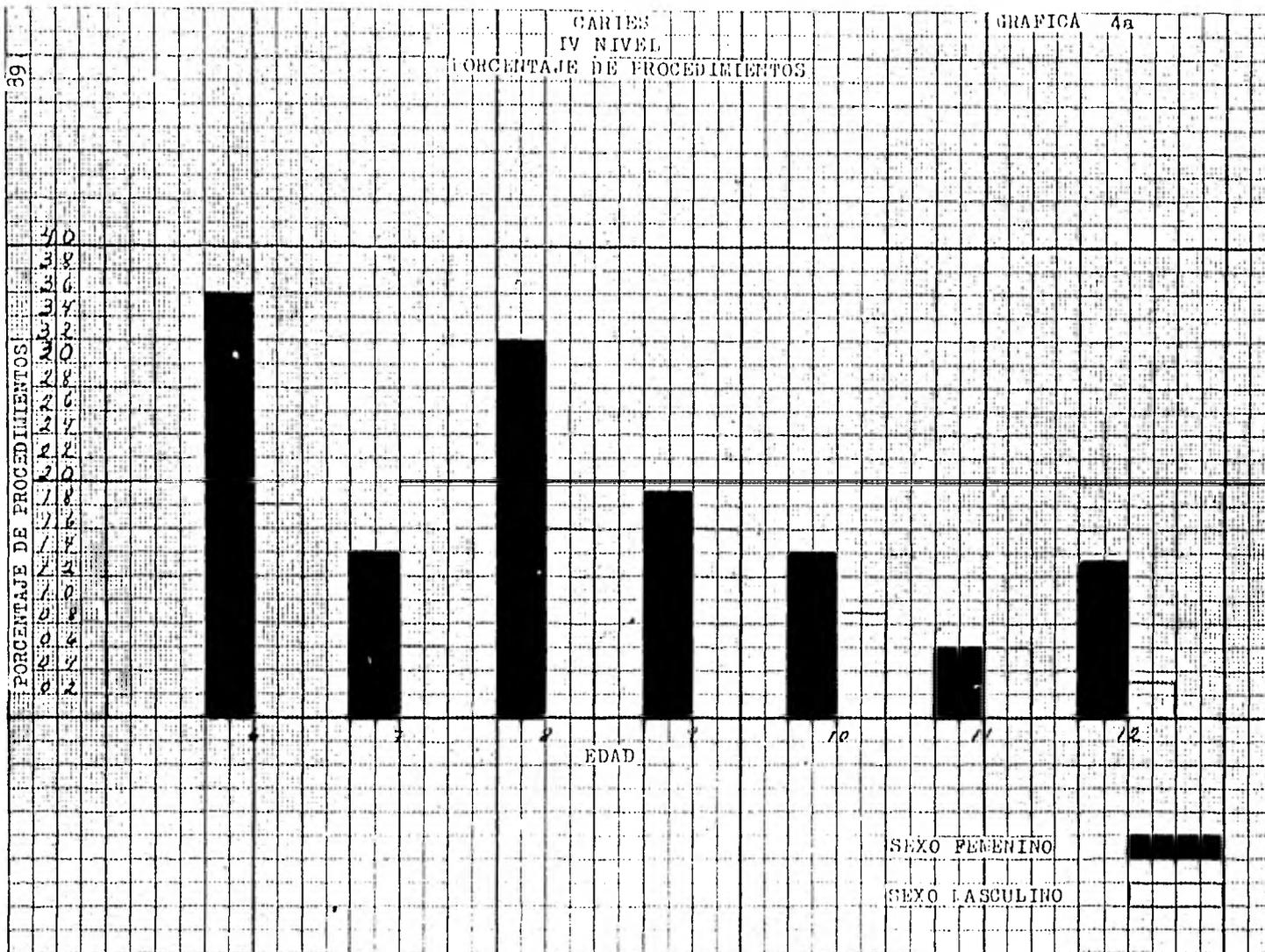
CARIES
IV NIVEL
NUMERO DE PROCEDIMIENTOS

GRAPICA 4



SEXO FEMENINO

SEXO MASCULINO



G I N G I V I T I S
II. NIVEL
(PROTECCION ESPECIFICA)

TABLA V

EDAD	No. DE PROCEDIMIENTOS DEL SEXO FEMENINO	No. DE PROCEDIMIENTOS DEL SEXO MASCULINO	TOTAL
6 AÑOS	5	2	7
7 AÑOS	2	1	3
8 AÑOS	8	1	9
9 AÑOS	5	5	10
10 AÑOS	7	4	11
11 AÑOS	3	3	6
12 AÑOS	3	2	5
TOTAL	33	13	51

PARODONTOPATIAS

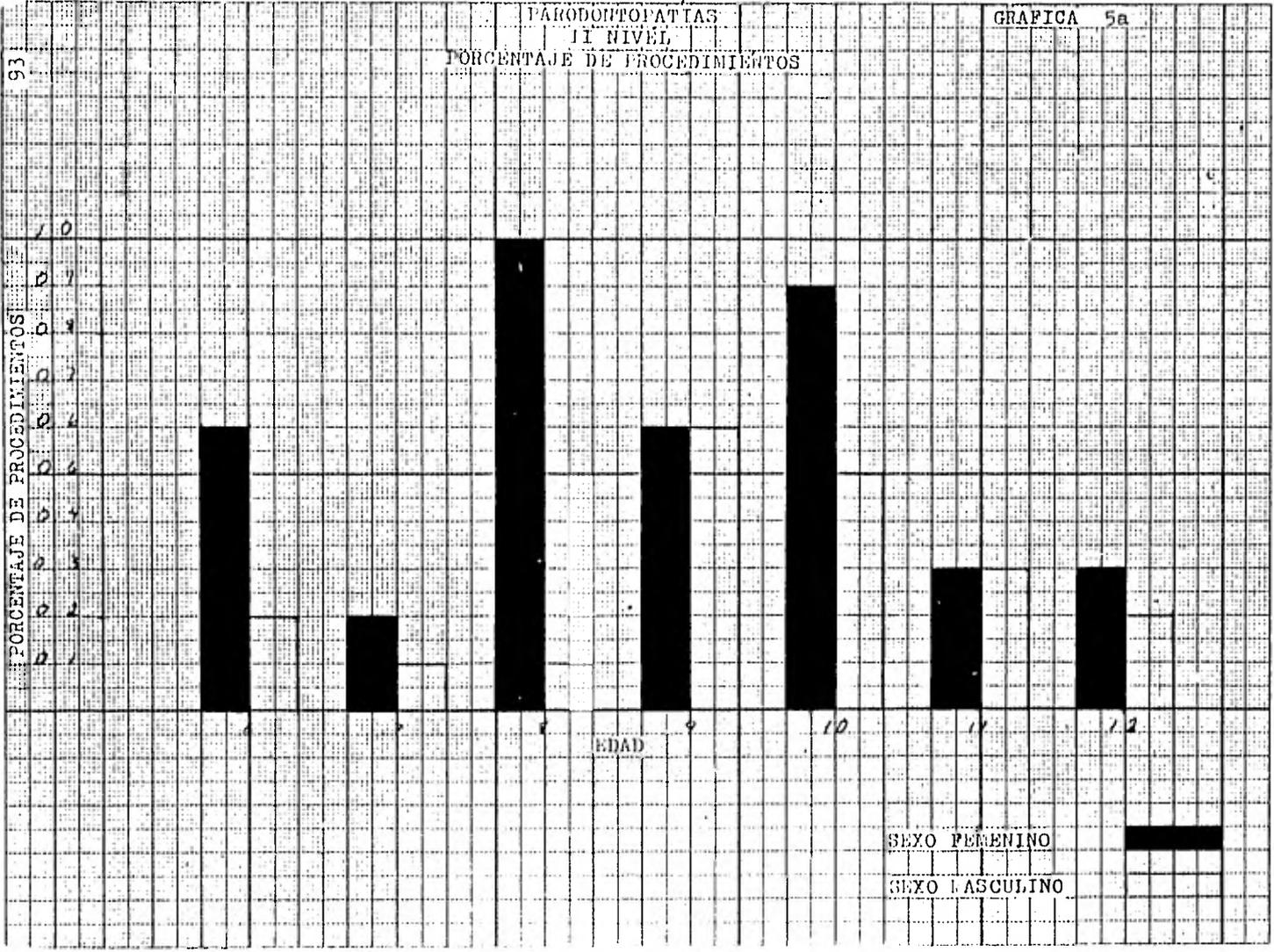
91

II NIVEL

EDAD	PROFILAXIS		TECNICA DE CEPILLADO		DERTARTRAJE		TOTAL
	F	M	F	M	F	M	
6 AÑOS	5	2	0	0	0	0	7
7 AÑOS	2	1	0	0	0	0	3
8 AÑOS	7	1	1	0	0	0	9
9 AÑOS	4	4	1	1	0	0	10
10 AÑOS	7	4	0	0	0	0	11
11 AÑOS	3	3	0	0	0	0	6
12 AÑOS	2	1	1	0	0	1	5
TOTAL	30	16	3	1	0	1	51

TABLA V - 1





G I N G I V I T I S
 III NIVEL
 (DIAGNOSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO)

TABLA VI

EDAD	No. DE PROCEDIMIENTOS DEL SEXO FEMENINO	No. DE PROCEDIMIENTOS DEL SEXO MASCULINO	TOTAL
6 AÑOS	2	2	4
7 AÑOS	0	1	1
8 AÑOS	3	0	3
9 AÑOS	1	1	2
10 AÑOS	1	1	2
11 AÑOS	0	1	1
12 AÑOS	1	1	2
TOTAL	8	7	15

PARODONTOPATIAS

95

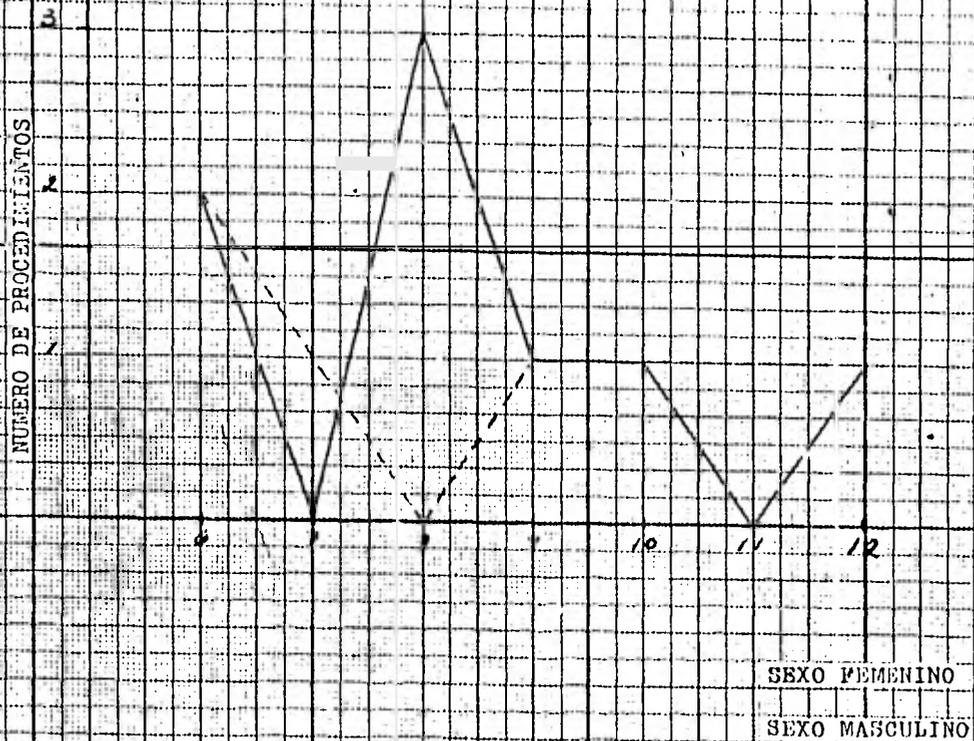
III NIVEL

EDAD	DERTARTRAJE		RASPADO Y CURETAJE		TECNICA DE CEPILLADO		DRENADO DE ABCESO		TOTAL
	F	M	F	M	F	M	F	M	
6 AÑOS	0	0	0	0	0	0	2	2	4
7 AÑOS	0	0	0	0	0	0	0	1	1
8 AÑOS	0	0	0	0	1	0	2	0	3
9 AÑOS	0	0	0	0	1	1	0	0	2
10 AÑOS	0	0	0	0	0	0	1	1	2
11 AÑOS	0	0	0	0	0	0	0	1	1
12 AÑOS	0	1	0	0	1	0	0	0	2
TOTAL	0	1	0	0	3	1	5	5	15

TABLA VI - 1

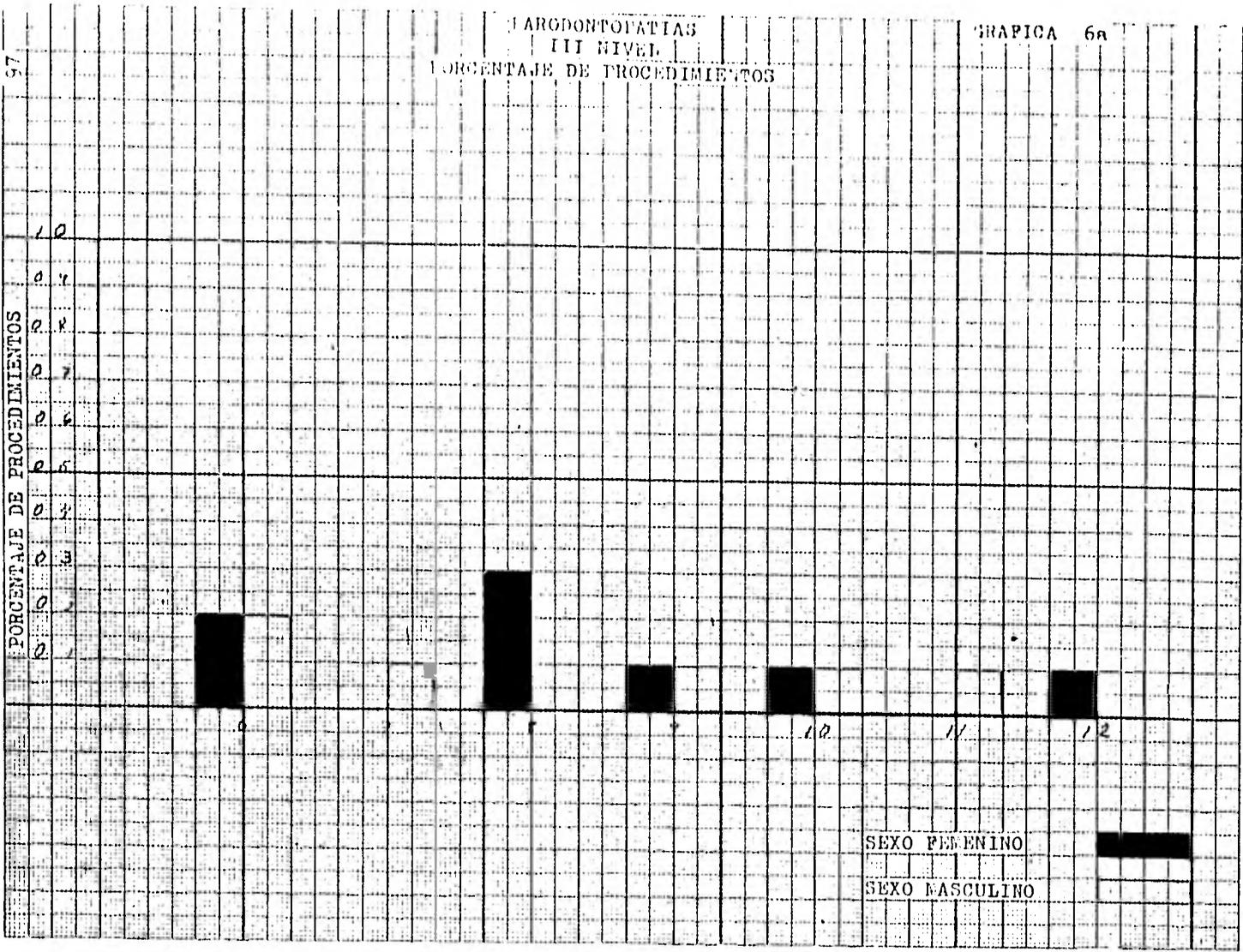
PARODONTOPATIAS
III NIVEL
NUMERO DE PROCEDIMIENTOS

GRAFICA 6



ARTRODORPATIAS
III NIVEL
PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTOS

GRAFICA 6a



PARODONTOPATIAS

IV NIVEL

(LIMITACION DEL DAÑO)

TABLA VII

EDAD	No. DE PROCEDIMIENTOS DEL SEXO FEMENINO	No. DE PROCEDIMIENTOS DEL SEXO MASCULINO	TOTAL
6 AÑOS	0	0	0
7 AÑOS	0	0	0
8 AÑOS	0	0	0
9 AÑOS	0	0	0
10 AÑOS	0	0	0
11 AÑOS	1	0	1
12 AÑOS	1	0	1
TOTAL	2	0	2

PARODONTOPATIAS

99

IV NIVEL

EDAD	CIRUGIA MUCOGINGIVAL		GINGIVECTOMIA		TOTAL
	F	M	F	M	
11 AÑOS	0	0	1	0	1
12 AÑOS	0	0	1	0	1
TOTAL	0	0	2	0	2

TABLA VII - 1

FARODONTO ATLAS
IV NIVEL
NUMERO DE PROCEDIMIENTOS

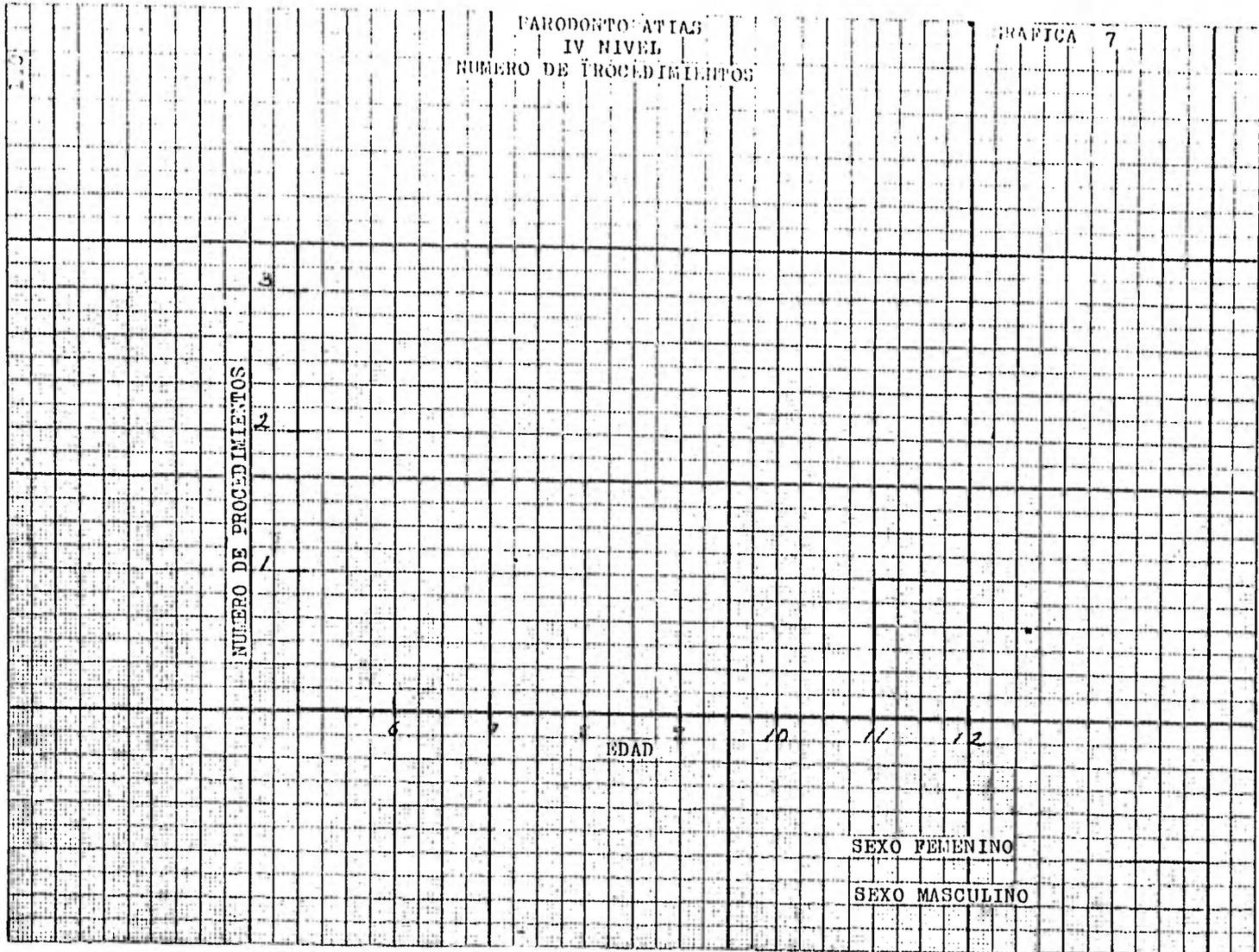
GRAFICA 7

NUMERO DE PROCEDIMIENTOS

EDAD

SEXO FEMENINO

SEXO MASCULINO



PARODONTOPATIAS
IV NIVEL
PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTOS

GRAFICA 7a



M A L O C L U S I O N E S
III NIVEL
(DIAGNOSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO)

TABLA VIII

EDAD	No. DE PROCEDIMIENTOS DEL SEXO FEMENINO	No. DE PROCEDIMIENTOS DEL SEXO MASCULINO	TOTAL
6 AÑOS	2	1	3
7 AÑOS	2	1	3
8 AÑOS	0	0	0
9 AÑOS	0	0	0
10 AÑOS	0	0	0
11 AÑOS	0	0	0
12 AÑOS	0	0	0
TOTAL	4	2	6

M A L O C L U S I O N E SIV NIVEL
(LIMITACION DEL DAÑO)

TABLA IX

EDAD	No. DE PROCEDIMIENTOS DEL SEXO FEMENINO	No. DE PROCEDIMIENTOS DEL SEXO MASCULINO	TOTAL
6 AÑOS	0	0	0
7 AÑOS	0	0	0
8 AÑOS	0	1	1
9 AÑOS	1	0	1
10 AÑOS	2	0	2
11 AÑOS	0	0	0
12 AÑOS	0	0	0
TOTAL	3	1	4

M A L O C L U S I O N E SIII NIVEL

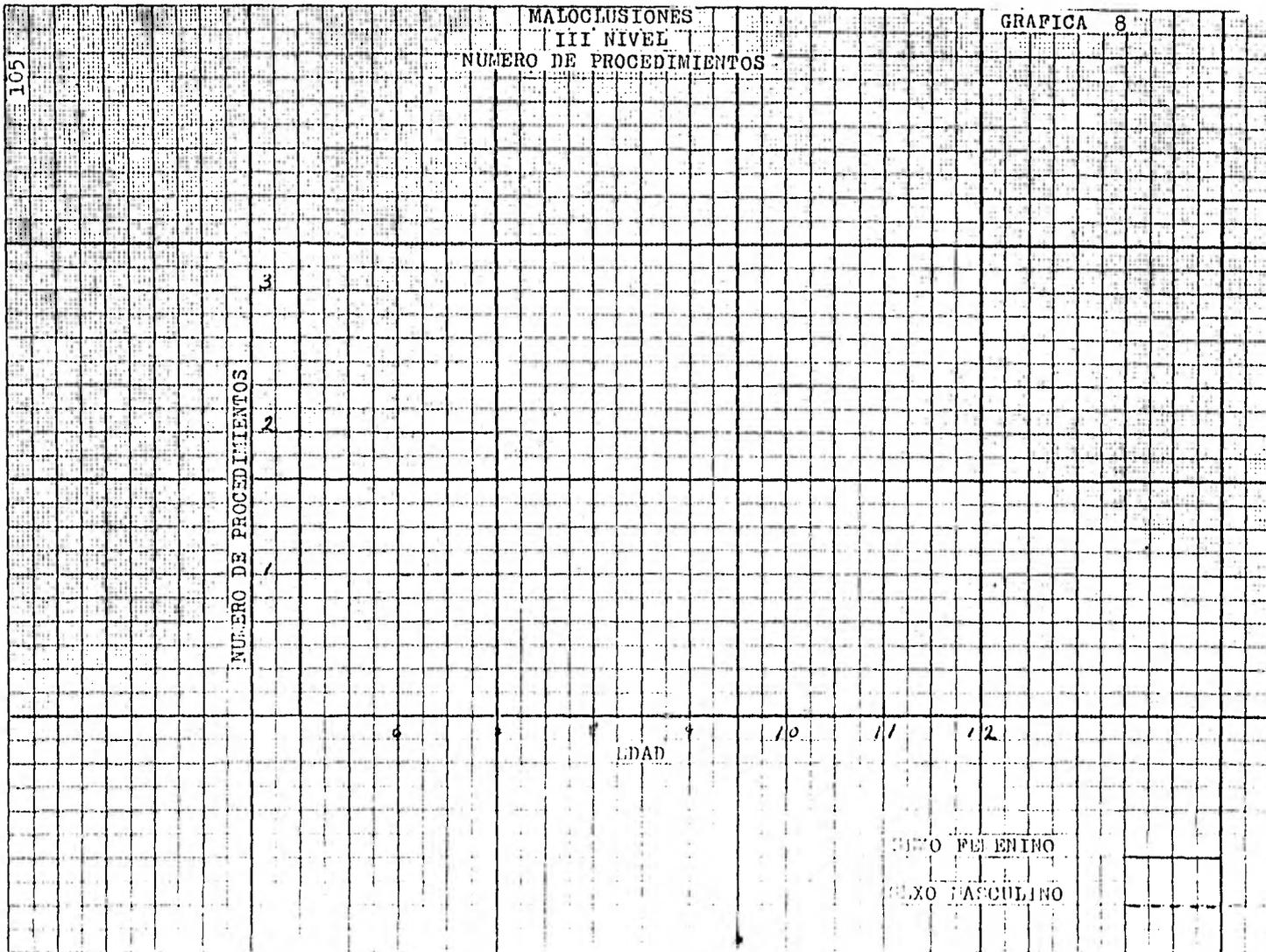
EDAD	MANTENEDORES DE ESPACIO		TOTAL
	F	M	
6 AÑOS	2	1	3
7 AÑOS	2	1	3
TOTAL	4	2	6

TABLA VIII - 1

IV NIVEL

EDAD	PLACAS HOWLEY PARA HABITOS LINGUALES Y DE SUCCION DE DEDO		TOTAL
	F	M	
8 AÑOS	0	1	1
9 AÑOS	1	0	1
10 AÑOS	2	0	2
TOTAL	3	1	4

TABLA IX - 1

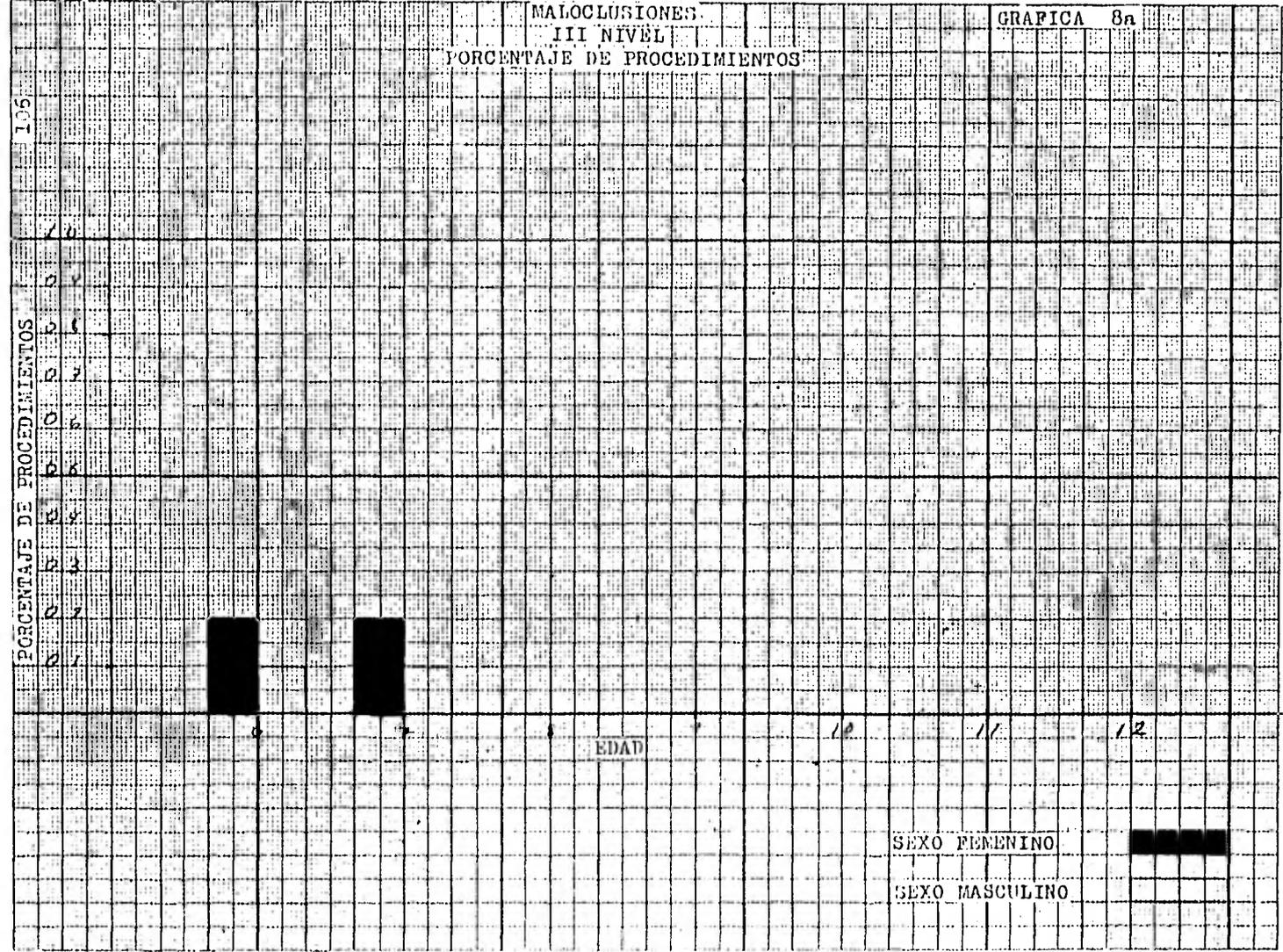


MALOCCLUSIONES

III NIVEL

PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTOS

GRAFICA 8a



ANALOCCLUSIONES
IV NIVEL
NUMERO DE PROCEDIMIENTOS

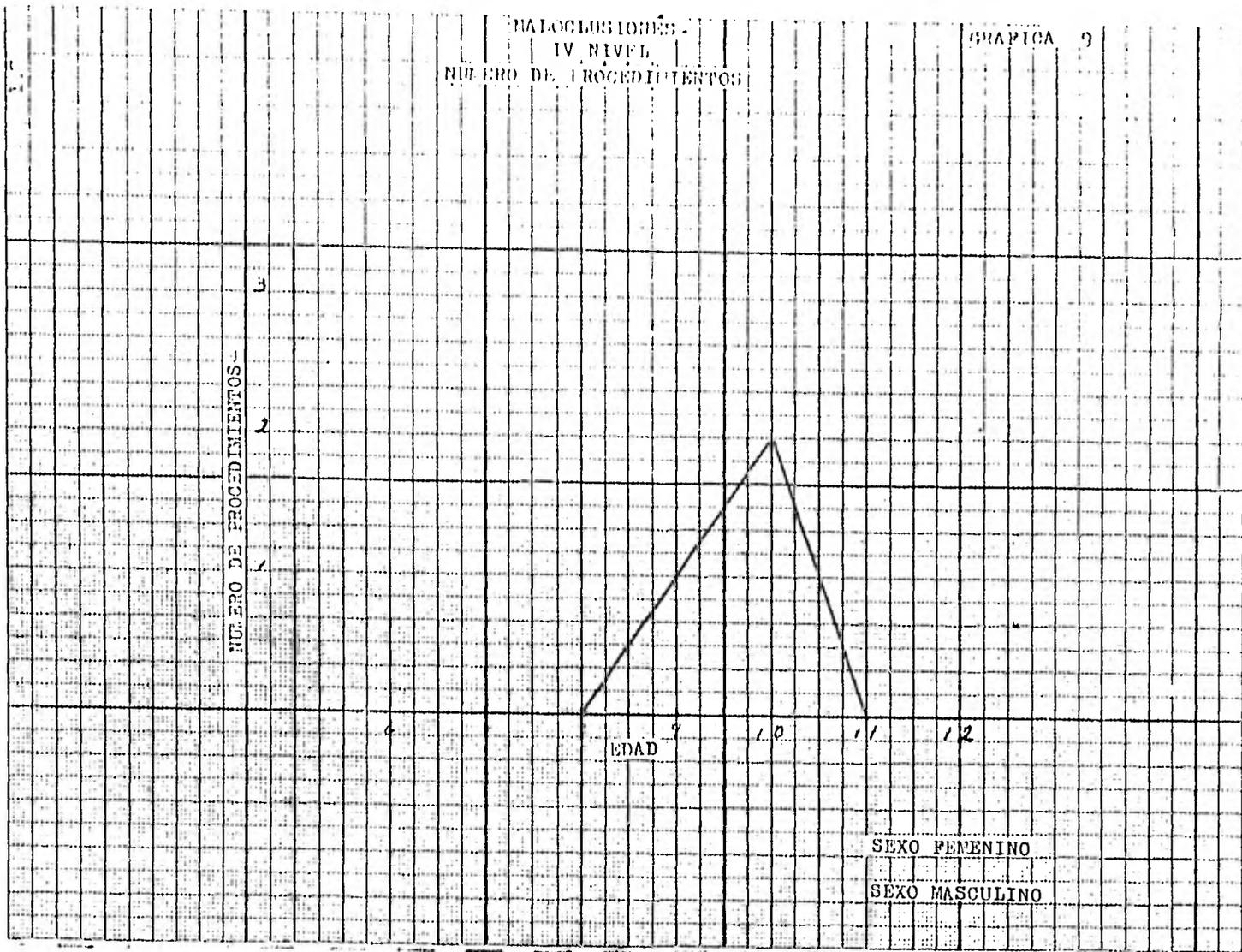
GRAFICA 9

NUMERO DE PROCEDIMIENTOS

EDAD

SEXO FEMENINO

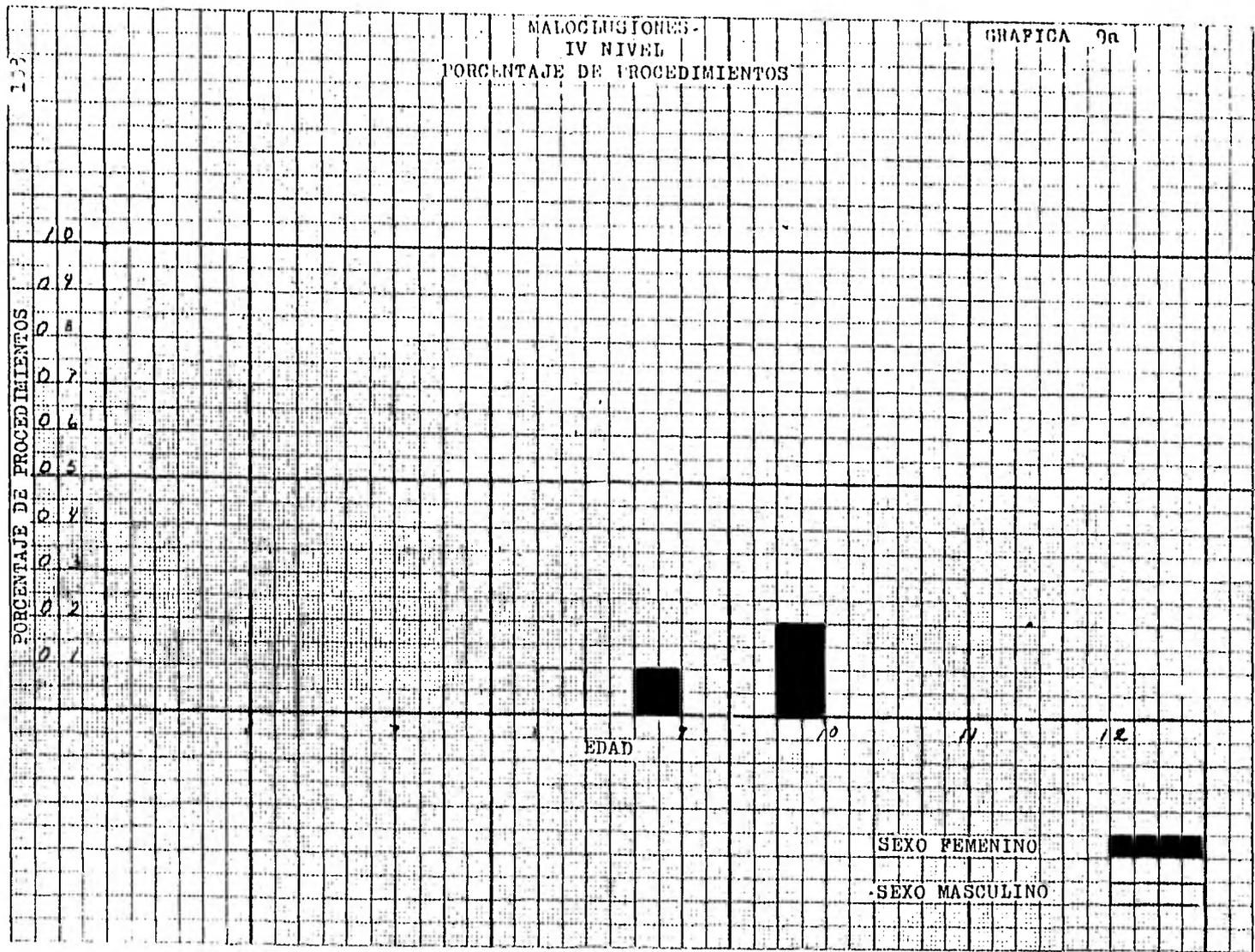
SEXO MASCULINO

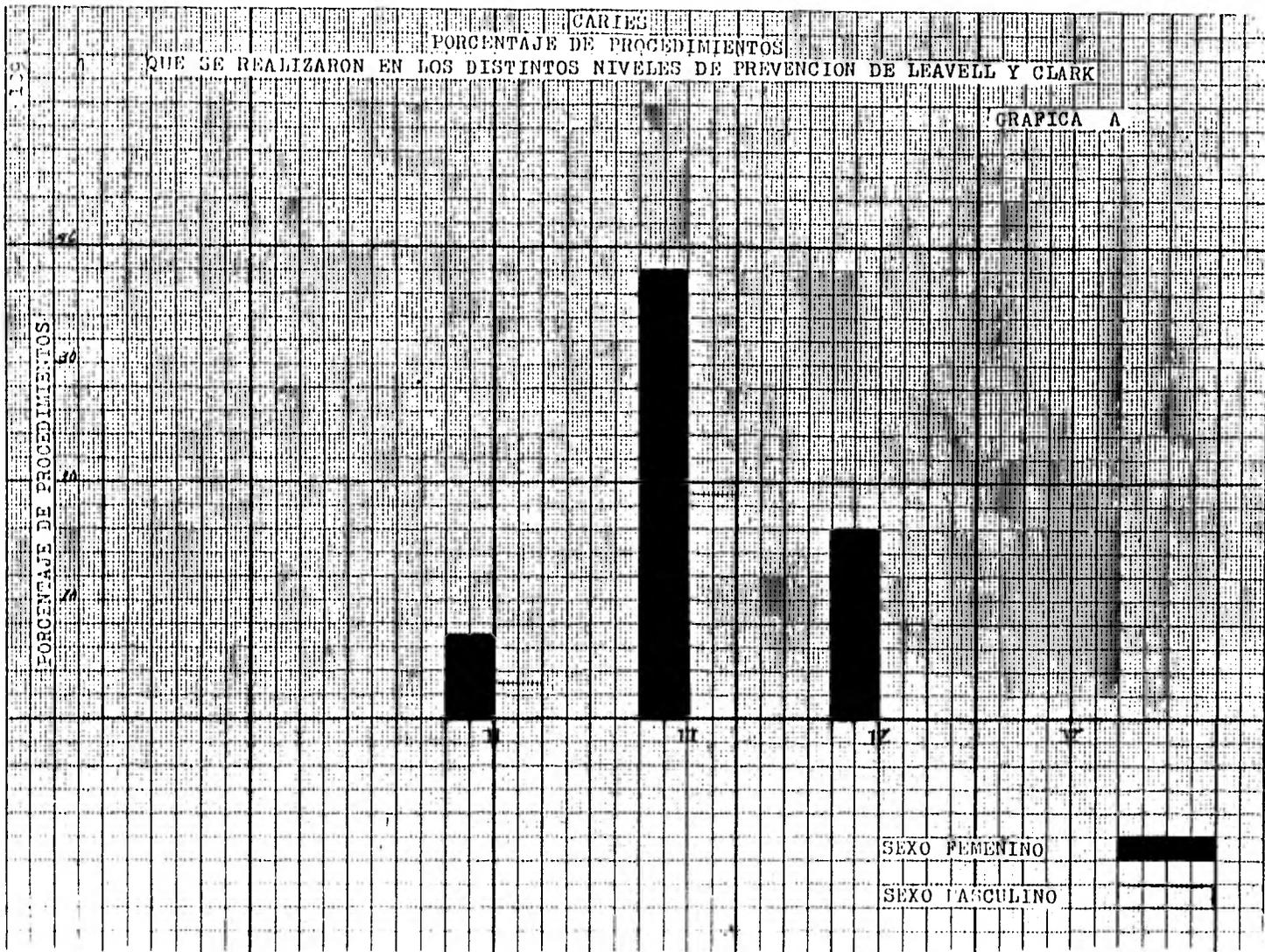


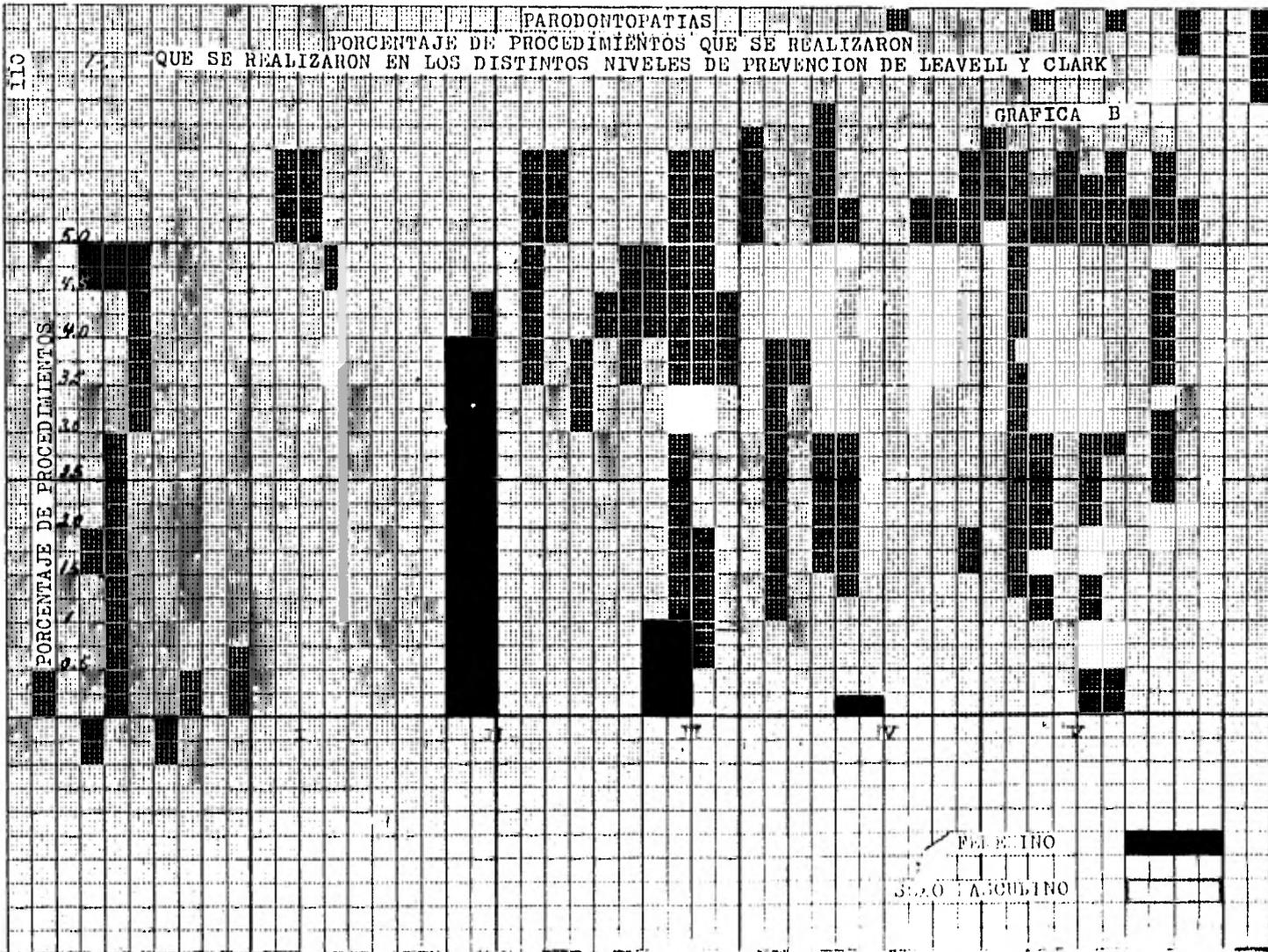
MALOCCLUSIONES -
IV NIVEL

GRAFICA 9a

PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTOS

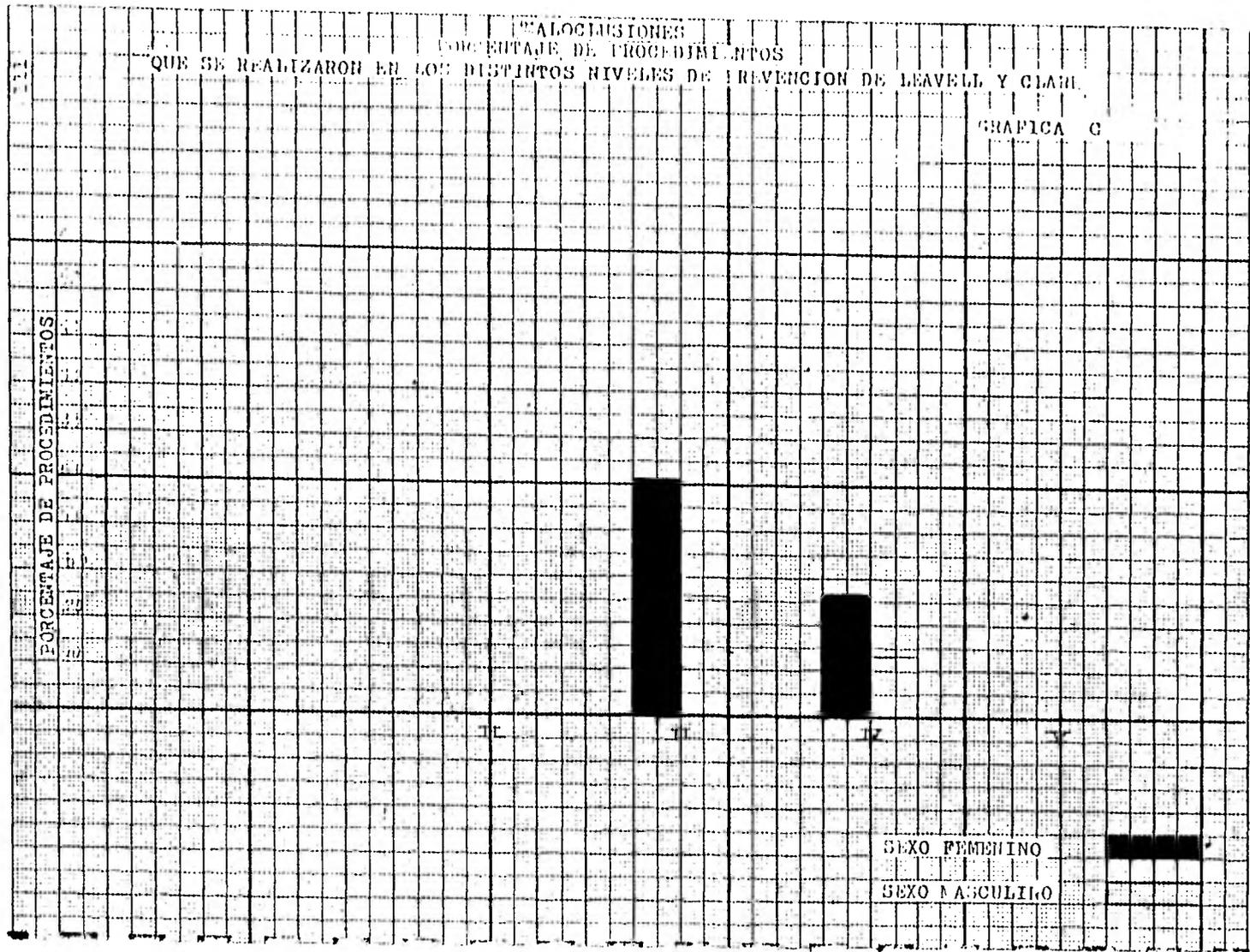






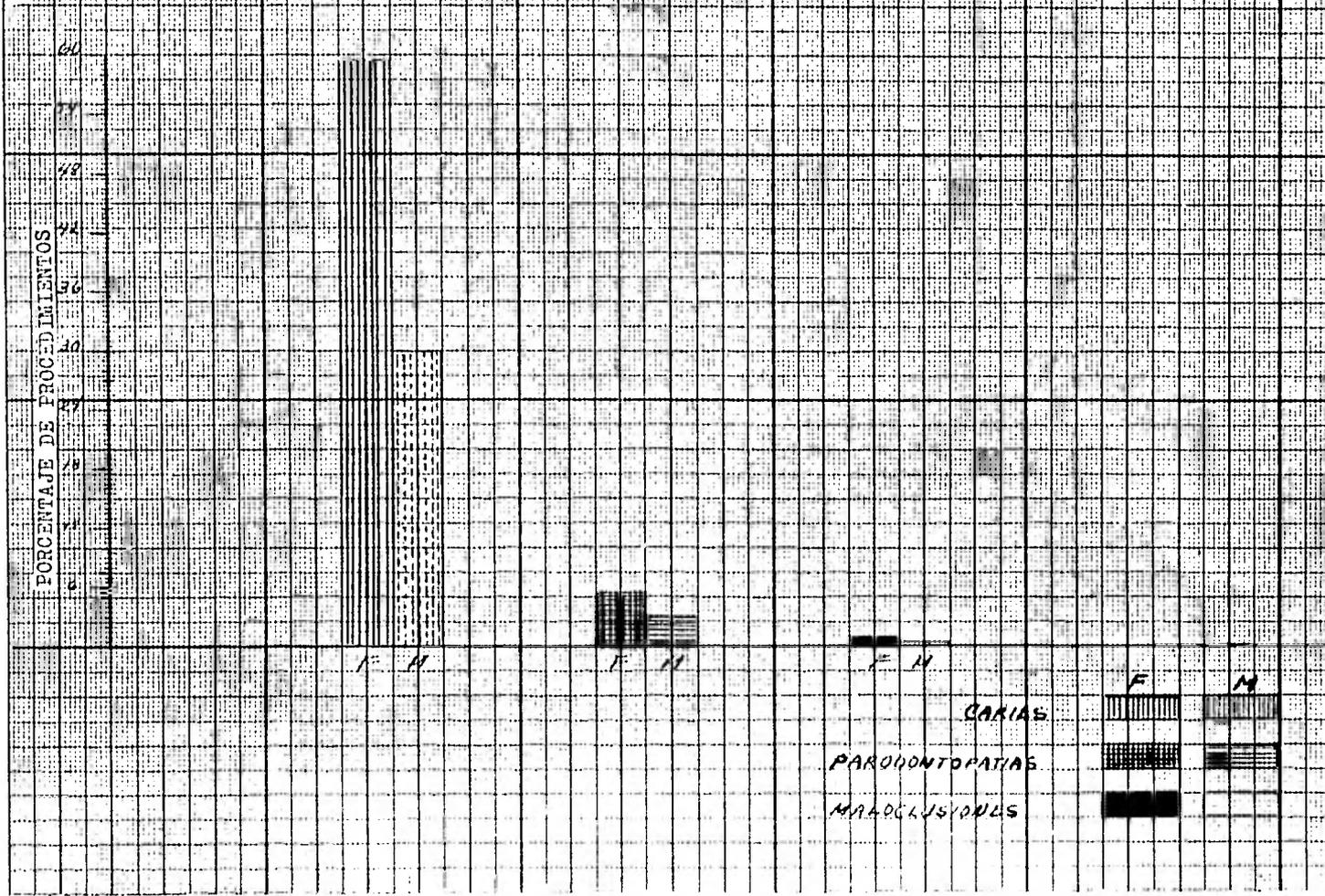
ALOCACIONES
PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTOS
QUE SE REALIZARON EN LOS DISTINTOS NIVELES DE PREVENCIÓN DE LEAVEL Y CLASE

GRAFICA C



CARIES PARODONTOPATIAS MALOCLUSIONES
PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTOS

GRAFICA D



BIBLIOGRAFIA

- 1.- ROLANDO ARMIJO ROJAS
EPIDEMIOLOGIA APLICADA
EDIT. INTERMEDICA. BUENOS AIRES - REPUBLICA ARGENTINA. 1976
- 2.- BRIAN MAC MAHON .
THOMAS F. PUGH.
PRINCIPIOS Y METODOS DE EPIDEMIOLOGIA
LA PRENSA MEDICA MEXICANA 2a. EDICION 1978 .
- 3.- MARIO BUNGE
LA CIENCIA SU METODO Y SU FILOSOFIA
EDIT. LOGOS,MEDELLIN COLOMBIA.
- 4.- DR. COSME ORDOÑEZ CARCELLER
DR. ROBERTO PLASENCIA LE RIVERAND.
MEDICINA PREVENTIVA
EDITORIA UNIVERSITARIA LA HABANA,CUBA.
- 5.- RAFAEL ESPONDA V.
ANATOMIA DENTAL
3a. EDICION UNAM TEXTOS UNIVERSITARIOS 1975.
- 6.- MARTIN FROBISHER
MICROBIOLOGIA
8a. EDICION. EDIT. INTERAMERICANA ,MEXICO.
- 7.- GLICKMAN ,IRVING
PERIODONTOLOGIA CLINICA.
4a. EDICION EDIT. INTERAMERICANA, MEX. 1974
- 8.- B.L GORDON
LO ESENCIAL DE LA INMUNOLOGIA
2a. EDICION EDIT. EL MANUAL MODERNO ,MEX. 1975

- 9.- GRABER
ORTODONCIA
2a. EDICION EDIT. INTERAMERICANA . 1979.
- 10.- GRANT A. STERN I. EVERETT F.
PERIODONCIA DE OREAN
4a. EDICION EDIT.INTERAMERICANA,MEX. 1975.
- 11.- HARNOLD KOONTZ,CYRIL O' DONNEL.
CURSO DE ADMINISTRACION MODERNA
SEXTA EDICION 1979.
- 12.- KRAUS JORDAN ABRAMS
ANATOMIA DENTAL
EDITORIAL INTERAMERICANA MEX. 1972.
- 13.- MASLER MAURY
MANUAL DE CARIOLOGIA
UNIVERSIDAD DE TUFTS. BOSTON E.U.A.
- 14.- MITCHEL DAVID;STANDISH,MILES.FAST,THOMAS.
PROPEDEUTICA ODONTOLOGICA
2a. EDICION EDIT. INTERAMERICANA 1979.
- 15.- MURRAY R. SPIEGEL.
ESTADISTICA
MEX. 1979.
- 16.- METODOLOGIA BIOESTADISTICA
EDIT. PAZ MONTALVO MADRID ESPAÑA.
2a. EDICION 1974.
- 17.- FELIPE PARDINAS .
METODOLOGIA Y TECNICAS DE INVESTIGACION EN CIENCIAS SOCIALES.
SIGLO XXI EDITORES MEX. ESPAÑA, ARGENTINA, COLOMBIA.
- 18.- ROLAND PRESSAT
EL ANALISIS DEMOGRAFICO
INSTITUTO DEL LIBRO IMPRESO EN CUBA 1970

- 19.- OCTAVIO A. RASCON CH.
INTRODUCCION A LA TEORIA DE LAS PROBABILIDADES.
UNAM. MEX. 1976.
- 20.- RAUL ROJAS SORIANO
GUIA PARA REALIZAR INVESTIGACIONES SOCIALES
UNAM. 1980.
- 21.- STEPHEN P. SHAO ph. D.
ESTADISTICA PARA ECONOMISTAS Y ADMINISTRADORES DE EMPRESAS.
HERRERO HERMANOS ,SUCS. S.A. MEXICO.
14 a. EDICION EN ESPAÑOL . DIC. DE 1978.