



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PERFIL DE SALUD BUCODENTAL EN UNA MUESTRA
DE ALUMNOS DE 2 AÑO F O. UNAM.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

MARIO JORGE JÁUREGUI NAVA

TUTORA: C.D. MARÍA CONCEPCIÓN RÁMIREZ SOBERÓN

MÉXICO, D.F.

2009



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.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por darme la oportunidad de pertenecer a ella y darme el cocimiento para poder cumplir los sueños de mi vida...
Gracias

A mis padres por ser los mejores del mundo, por procurar siempre mi bienestar y hacerme sentir el hombre más afortunado del mundo por tenerlos a mi lado Gracias...

A mis Abuelos Rosa y Odilón por cuidar de mí y enseñarme la Humildad y el significado del trabajo los quiero como a mis padres, y a los que ya no están Albina y Antonio gracias por hacer de mis vacaciones las mejores Gracias...

A ti Ari Gracias por ayudarme y preocuparte por mí es inexplicable lo que la vida me ha dado gracias a ti y los tuyos y a pesar de la distancia siempre te he sentido cerca de mí...
Te Amo

A la Facultad de Odontología y a sus Profesores que juntos me guiaron durante mi formación
Gracias...

A mi hermana Diana que adoro, espero te superes y recuerda que cuentas conmigo siempre.
Te Extraño...

A toda mi familia gracias por ayudarme en los momentos más difíciles y tener siempre tiempo para escucharme espero que un día me den la alegría de volverlos a ver juntos, forman parte importante en mi vida
Gracias...

A mis amigas Carmen, Guadalupe y Sofía Gracias por su apoyo y verdadera amistad la vida siempre me ha rodeado de buenos amigos y a ustedes no las cambiaría por nada...

A la C.D. Concepción Ramírez Soberón por ser una excelente persona, asesorarme en este trabajo y darme todo su tiempo y paciencia y a su amiga la MTRA. Arcelia Meléndez por sus consejos y guía...
Gracias

Al Lic. Juan Ramón Barrul Vidal y al Lic. José Antonio Barrul Vidal, así como a toda su Familia por darme un gran ejemplo de Trabajo, Humildad y Éxito pero sobre todo por darme oportunidades de las cuales siempre estaré agradecido....

FACULTAD

A la Dra. Concepción Sánchez Gómez y a la Dra. Marcela Salazar del Departamento de Biología del Desarrollo del Hospital Infantil de México por enseñarme mucho de ciencias y que con disciplina se obtienen grandes Resultados Gracias...

A mi Amigo Christian Margarit y Dante González por darme siempre Amistad verdadera y ayudarme siempre que se los pedí gracias Amigos los aprecio Mucho.

1904

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. ANTECEDENTES.....	6
2.1 Enfermedad Periodontal.....	11
2.1.1 Clasificación de Enfermedades Periodontales.....	11
2.1.2 Periodonto.....	14
2.1.3 Examen clínico Periodontal.....	14
2.1.4 Bolsa Periodontal.....	17
2.1.5 Gingivitis.....	17
2.1.6 Periodontitis.....	19
2.2 Caries Dental	23
2.2.1 Etiología de la Caries Dental.....	22
2.2.2 Factores Etiológicos.....	24
2.2.3 Factores de riesgo.....	27
2.2.4 Clasificación de la Caries Dental.....	28
2.2.5 Historia Natural de la Caries Dental.....	29
2.2.6 Prevención de la Caries Dental	30
2.2.7 Índice (CPO).....	30
2.3 Maloclusiones.....	31
2.3.1 Etiología de las Maloclusiones.....	32
2.3.1 Clasificación de Angle.....	33
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	34
4. JUSTIFICACIÓN.....	35
5. OBJETIVOS.....	36
5.1 General.....	36
5.2 Específicos.....	36
6. METODOLOGÍA.....	37
6.1 Material y método.....	37
6.2 Tipo de estudio	38
6.3 Población de estudio y muestra	38
6.4 Criterios de inclusión.....	38
6.5 Criterios de exclusión.....	38
6.6 Variables de estudio.....	38
7. RESULTADOS	39
8. CONCLUSIONES.....	47
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
ANEXOS	



1.- INTRODUCCIÓN

En la época actual, la población estudiantil de nivel licenciatura se ve expuesta a situaciones de estrés y ansiedad relacionadas a las presiones por la adaptación a un medio social adulto; esto aunado a un estilo de vida, marcado por una dieta, no balanceada, hábitos nocivos y mala higiene oral favorecerá el desarrollo de enfermedades bucodentales en los estudiantes de la Facultad de Odontología.

Las enfermedades bucodentales se encuentran dentro de los cinco problemas de salud de mayor frecuencia en nuestro país siendo las de mayor prevalencia la caries dental, la enfermedad periodontal y las maloclusiones. Una vez establecidos estos tres padecimientos, son persistentes y si el tratamiento se pospone, se vuelve más complejo y costoso.

Este estudio, fue motivado ya que se carece de información sobre la epidemiología de las enfermedades bucodentales en alumnos de la facultad, además de la inquietud de conocer el estado de salud bucodental de estos, ya que dicha información puede sentar las bases para estudios de alcance poblacional y necesidades de tratamiento entre los profesionales de la salud, en específico de los alumnos de la facultad de odontología.

Se busco específicamente, identificar en una muestra de alumnos de alumnos de 2^o año, la prevalencia de Enfermedad Periodontal, Caries dental y Maloclusiones así como hábitos alimenticios, nocivos y de higiene como factores de riesgo para enfermedades bucodentales, a sabiendas que son los alumnos los que se dedican a resolverlas.



2.- ANTECEDENTES

En México son pocos los estudios realizados sobre la prevalencia de enfermedades bucodentales tanto en alumnos que estudian la carrera de Cirujano Dentista como en profesionales.^{1,2} Uno de éstos fue dirigido a conocer el estado bucal de los cirujanos dentistas, de las delegaciones de D.F. (Tlalnepantla, Naucalpan, Cuatitlán y Gustavo A Madero) se evaluaron a 60 dentistas del Valle de México observándose que el 46.7% requería atención dental, 40% por caries dental, 18.3% por prótesis, 41.7% para sustituir alguna obturación defectuosa, 5% por extracción y 5% para tratamiento periodontal. Cabe señalar que las mujeres mostraron mayor cuidado bucal que los hombres.³

De igual forma se evaluó en la Facultad de Estudios Superiores (FES Iztacala) la salud bucodental y necesidades de tratamiento de una muestra de estudiantes de la carrera de cirujano dentista con edades de entre 17 - 44 años (19.5); 30% hombres y 70% mujeres. La caries dental se presentó en el 98.6% de los sujetos, el CPO fue de 2.8, con valor mínimo de cero y máximo de 6.25. Se encontraron diferencias por sexo en el CPO a favor de los hombres cabe hacer notar que este estudio sustituye a uno realizado con anterioridad y en contraste se reportó una disminución del CPO con respecto al anterior pero se encontró un incremento en la prevalencia de maloclusiones.⁴

Así mismo De la Fuente Hernández J. y González de Cossío M. estudiaron la prevalencia de caries y pérdida dental como indicadores de las necesidades terapéuticas en estudiantes de educación media superior que ingresan a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) obtenidas a partir del índice CPO incluido en el Examen Médico Automatizado (EMA) como instrumento de autorrespuesta estandarizado demostró que la prevalencia de caries dental y pérdida dental fue de 48.0% y 34.2% respectivamente con un índice CPO promedio de 5.



Las necesidades de tratamiento para caries y pérdida dental se obtuvieron en al menos un diente por estudiante.

Las conclusiones obtenidas fueron que cerca del 50% de los alumnos que ingresan al bachillerato de la UNAM requiere la atención de al menos un diente por caries dental o prótesis dental ⁵ lo que es importante tener en cuenta al comparar los resultados de la Primera Encuesta Nacional de Caries Dental y Fluorosis Dental 1996-2000 informan que el promedio del índice CPOD a la edad de 12 años fue de 2.23; en ambas anomalías se observa un alto porcentaje de caries no tratadas. Asimismo, la Encuesta Nacional de Caries Dental 2001 señala que la prevalencia de caries para el grupo de edad de 15 años fue de 58% y el índice CPOD de 1.91, mientras que para el DF la prevalencia fue de 88.6% con un índice CPOD de 5.31.³⁵

Maupome G. en 1993, estudió a 2,596 pacientes de zonas marginadas en diferentes estados de la República Mexicana y notificó un índice CPOD de 8.3 en mayores de 15 años. De igual forma, en el año 2000 Rivas realizó un estudio en una muestra representativa de 540 adolescentes del estado de Zacatecas y reportó un CPOD de 7.2. Esta información es similar a la de Rivera y colaboradores del año 2006, en la que se identificó un índice CPOD de 6.8 y una prevalencia de caries de 97% en 113 estudiantes de bachillerato.⁵

En el año 2000 Papapanou P. evaluó a pacientes jóvenes de diferentes grupos étnicos (negros, asiáticos, latinos y norteamericanos) muestra el incremento en la prevalencia de recesiones gingivales moderadas y severas, bolsas periodontales de 4 a 6mm y pérdida de hueso los cuales van aumentando con la edad. Estos estudios revelan que la enfermedad periodontal tiene mayor incidencia y extensión en personas de raza negra, con menor nivel socio-económico o que no han atención dental por más de tres años y que aumenta conforme a la edad.⁷



Los estudios realizados sobre este tema han demostrado que existen patrones en común, como son la edad, el género, la raza y el lugar de residencia.

Edad: la prevalencia de la enfermedad periodontal aumenta de modo directo con el incremento de la edad, esto no significa que el envejecimiento causa un aumento en la prevalencia extensión y severidad de la enfermedad periodontal, dado que los datos descriptivos transversales sólo pueden sugerir asociaciones entre variables y no pueden demostrar causa y efecto.

Género: Los hombres exhiben de manera uniforme prevalencia y severidad de enfermedad periodontal mayor que en las mujeres.

Raza: La gente de raza negra exhibió de manera uniforme, una mayor prevalencia de enfermedad periodontal que la raza blanca.

Lugar de residencia: Estudios realizados por Hernández J, en varias regiones de la república mexicana, demuestran que las cifras de enfermedad periodontal son mayores en zonas rurales que en zonas urbanas¹⁰.

En México la enfermedad periodontal es un problema de salud pública que afecta a la mayoría de la población entre las edades de 30-40 años teniendo impacto en la salud general al no aplicar medidas preventivas para ser detectada oportunamente.^{6, 8, 9}

El impacto en la salud bucal es determinado por una mayor prevalencia de placa dentobacteriana, cálculo, gingivitis, pérdida de soporte, movilidad dental, bolsas periodontales y pérdida de dientes cuando no existen buenos hábitos de higiene oral entre otros factores.^{9, 10}



Por otra parte las maloclusiones, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), ocupan el tercer lugar en frecuencia de problemas bucodentales. La mayoría de las enfermedades bucales y en particular las maloclusiones, no ponen en riesgo la vida del paciente pero su prevalencia e incidencia, serán siempre un problema grave de salud pública.¹¹

La Norma Oficial Mexicana-013 para la Prevención de Enfermedades Bucodentales, creada con base en los parámetros de salud bucodental de la OMS, nos menciona que México se encuentra entre los países de mayor prevalencia de maloclusiones; por lo tanto se requiere de una mayor infraestructura de atención por parte de los servicios de salud de nuestro país, con lo que se mejoraría la calidad de salud bucal en la población mexicana.¹¹

Ojeda León S. en 1996 reportó que las maloclusiones se presentan con tasas de prevalencia considerablemente altas, ya que en promedio, más del 60% de la población las desarrolla³¹.

Autores como Ojeda y Sánchez en sus respectivos estudios en escolares del norte de México (15-17 años) reportaron una mayor prevalencia de maloclusión Clase I en comparación con la Clase II y la Clase III, no encontrando diferencias con relación a género, aún cuando la Clase I es la de menor severidad.^{32, 33}

En la División de Estudios de Posgrado e Investigación (DEPEI) de la UNAM, Talley Millán M: Katagiri M: Pérez Tejada H. analizaron una muestra de 428 expedientes de los pacientes atendidos en el Departamento de Ortodoncia de La División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la UNAM, durante los años 1998 al 2004. A partir del levantamiento del índice de maloclusiones, de acuerdo con la clasificación de Angle.



Se seleccionaron personas entre 8 y 40 años de edad y se obtuvo una base de datos con base en las historias clínicas de cada paciente y para finalizar un análisis de los modelos de estudio para determinar el tipo de oclusión según Angle.

Los resultados reflejan que 226 pacientes presentan Clase I dental según Angle, que representan el 52.8% del total de la muestra, 145 pacientes padecen Clase II que representa el 33.9% y, 57 pacientes se encuentran en Clase III, que representa el 13.3%.¹¹

2.1 ENFERMEDAD PERIODONTAL

Se llama enfermedad periodontal al conjunto de alteraciones en la fisiología de los tejidos que rodean y soportan los dientes. Éstas, se pueden categorizar como gingivitis, que es una inflamación de la encía, con un cambio de coloración a rojizo; y periodontitis, que es la inflamación gingival acompañada de pérdida de la inserción del tejido conectivo.

En el desarrollo de la enfermedad periodontal intervienen múltiples factores (hormonales, medicamentos, enfermedades sistémicas, así como hábitos nocivos entre otros).⁷

De acuerdo a la nueva clasificación, la enfermedad periodontal se clasifica en enfermedades periodontales inducidas por placa y no inducidas por placa.

2.1.1 CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDADES PERIODONTAL DE LA ACADEMIA AMERICANA DE PERIODONCIA.²⁰

ENFERMEDADES PRODUCIDAS POR PLACA DENTAL:

Asociada solo a placa dental

Enfermedades periodontales modificadas por factores sistémicos

- Asociadas al sistema endocrino
(Gingivitis asociada a pubertad, gingivitis asociada a ciclo menstrual, gingivitis asociada a embarazo, gingivitis asociada a diabetes)
- Asociadas con discrasias sanguíneas
(Gingivitis asociada a leucemias u otras)
- Enfermedades gingivales producidas por medicamentos
- Periodontales producidas por malnutrición
(Por deficiencia de ácido ascórbico)



ENFERMEDADES PERIODONTALES NO PRODUCIDAS POR PLACA:

- Origen bacteriano
(*Streptococcus*, *Treponema palladium*, *Neisseria gonorrhoea*)
- Origen viral
(Herpes virus)
- Origen fúngico
(Candidiasis, eritema gingival lineal, histoplasmosis)
- Origen genético
(Fibromatosis hereditaria gingival)

MANIFESTACIONES DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS:

- Desordenes mucocutaneos
(Liquen, pénfigo, eritema multiforme, lupus)
- Reacciones alérgicas
(Mercurio, níquel, dentífricos, enjuagues, comidas)

LESIONES TRAUMÁTICAS

- Daños químicos
- Daños físicos o mecánicos
- Daños térmicos

REACCIONES A CUERPO EXTRAÑO Y OTRAS NO ESPECÍFICAS

Periodontitis crónica

- Localizada
- Generalizada

Periodontitis agresiva

- Localizada
- Generalizada

Periodontitis como manifestaciones de enfermedades sistémicas

- Asociada con desordenes hematológicos

- Asociada con desordenes genéticos

Enfermedades periodontales necrosantes

- Gingivitis ulceronecrosante
- Periodontitis ulceronecrosante

Abscesos del periodonto

- Absceso gingival
- Absceso periodontal
- Absceso pericoronar

Periodontitis asociadas con lesiones endodónticas.

Deformidades y alteraciones del desarrollo o adquiridas

- Factores dentarios localizados que predisponen
(Factores anatómicos dentarios, restauraciones, fracturas radiculares, reabsorción radicular cervical)

Deformidades mucogingivales

(Recesión tejido gingival, pérdida de encía queratinizada, mala posición de frenillo, fondo de vestíbulo decrecido, exceso gingival, color anormal)

Traumatismo oclusal.²⁰

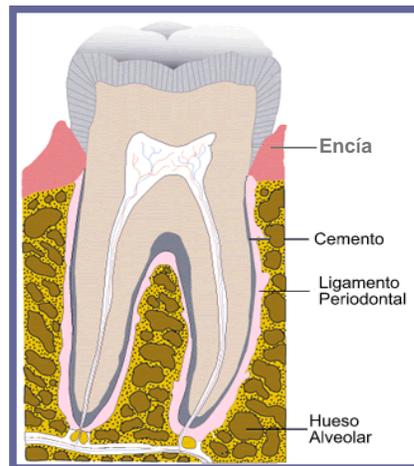
Periodontitis crónica, periodontitis agresiva, periodontitis con manifestaciones de enfermedades sistémicas, enfermedades periodontales necrotizantes, abscesos en el periodonto, periodontitis asociada con lesiones endodoncias y deformidades del desarrollo son caracterizadas por cambios inflamatorios y destrucción de los tejidos blandos y de soporte.^{8, 14}

2.1.2 PERIODONTO

Se llama periodonto al aparato de sostén del diente en el alveolo dentario, y está formado por el cemento, el ligamento periodontal, la encía y el hueso alveolar, establece una unidad funcional biológica que experimenta algunas modificaciones con la edad y además está sujeta a alteraciones morfológicas y funcionales, así como a modificaciones debidas a alteraciones del medio bucal. La función principal del periodonto es unir el diente al tejido óseo de los maxilares y conservar la integridad de la superficie de la mucosa masticatoria de la cavidad oral.

De acuerdo a la función se divide en:

- Periodonto de protección: encía
- Periodonto de inserción: ligamento, hueso alveolar, cemento ^{12, 13}



2.1.3 EXAMEN CLÍNICO PERIODONTAL

Para registrar y cuantificar las lesiones de la enfermedad periodontal hay en la actualidad una serie de índices que tienen en cuenta el grado de inflamación de los tejidos gingivales, el grado de destrucción periodontal, la acumulación de placa y cálculo así como signos clínicos como el sangrado después de algún estímulo¹⁵.

Uno de los índices más utilizados es el conocido como IPC (Índice Periodontal Comunitario) diseñado en 1997 por la OMS, este índice cuenta con los siguientes parámetros:

- Presencia o ausencia de sangrado gingival en respuesta a un sondeo suave.
- Presencia o ausencia de bolsas subgingivales, subdivididas en poco profundas o profundas, utilizando una sonda especial con un extremo esférico de 0.5mm de diámetro y un área de color entre los 3.5 y 5.5mm del extremo.^{15,16}

CPITN Grado 0

Periodonto sano. La sonda no entra más allá de los 0.1 - .3mm, correspondientes a la profundidad del surco gingival normal.

Tratamiento: Mantener la salud bucal.



²¹ www.iqb.es/odonto/atlas/cap1/c1_163sm.h

CPITN Grado 1

Sangrado después de la palpación.
El sondeo no es mayor a 3 mm

Tratamiento: la higiene necesitaba mejorarse con una técnica de cepillado más adecuada.



²¹ www.iqb.es/odonto/atlas/cap1/c1_163sm.htm

CPITN Grado 2

Durante el sondeo se notan cálculos (bolsas de 3-4mm).

Tratamiento: La higiene bucal necesita mejorarse y se considera llevar a cabo un tratamiento quirúrgico (raspado y alisado radicular), con mantenimiento posterior.



²¹ www.iqb.es/odonto/atlas/cap1/c1_163sm.htm

CPITN Grado 3

Hay presencia de bolsas de 4 a 6 mm

Tratamiento: mejorar la higiene bucal, RAR y mantenimiento posterior



²¹ www.iqb.es/odonto/atlas/cap1/c1_163sm.htm

CPITN Grado 4

Bolsas de más de 6mm de profundidad al sondeo.

Tratamiento: Mejorar higiene bucal, RAR, plan de tratamiento quirúrgico.



²¹ www.iqb.es/odonto/atlas/cap1/c1_163sm.htm

2.1.4 BOLSA PERIODONTAL.

La bolsa periodontal es una profundización patológica del surco gingival por migración apical del epitelio de unión a lo largo de la raíz, perdiendo progresivamente la inserción del ligamento periodontal y soporte óseo.

Para evaluar la profundidad de la bolsa periodontal se utiliza una sonda la cual se introduce paralelamente al eje vertical del diente, desplazándola a lo largo del margen gingival. Por lo menos tres sondeos (cara vestibular, proximal, lingual o palatina) son necesarios para evaluar la salud periodontal de un diente.¹²

2.1.5 GINGIVITIS

Es una enfermedad inflamatoria de la encía, es progresiva y reversible, se caracteriza por los signos inflamatorios: enrojecimiento, tumefacción, sangrado y exudado. Generalmente es afectada la encía marginal y existe exudado inflamatorio que fluye del surco gingival a la cavidad oral llamado fluido crevicular, el color de la encía comienza a cambiar haciéndose más rojo. El paciente presenta sangrado con estímulos como el cepillado o una simple presión pulgar, en casos con un nivel de inflamación mayor.¹⁷

Los cambios clínicos característicos de la gingivitis son:

- Color: La encía puede tener un color rosado intenso, pasar por rojo o ser azulado violáceo; la inflamación le da brillantes a la encía.
- Consistencia: blanda, porque disminuyen las fibras de colágena.
- Posición: la encía aumenta de volumen hacia coronal, el aumento de volumen produce una profundización del surco y como consecuencia una pseudobolsa gingival.¹⁷

2.1.5.1 ETIOLOGÍA

La enfermedad periodontal puede considerarse sobre la base de factores indicadores y modificadores, incrementando su severidad en base a la combinación de factores como la falta de higiene oral que origina una gran acumulación de placa, ambos grupos pueden ser divididos en factores de origen intrínseco y extrínseco.¹⁸

Los factores intrínsecos son asociados a enfermedades sistémicas; dichas enfermedades incluyen la diabetes no controlada, la leucemia, las deficiencias nutricionales, cambios endocrinos en el embarazo, la pubertad y el estrés¹⁸.

Los factores indicadores extrínsecos de la enfermedad periodontal crónica incluyen principalmente, la placa dental y su flora microbiana y factores que favorecen la retención de placa (malposiciones dentarias, restauraciones desbordantes) que actúan como noxa irritativa de los tejidos¹⁸. Las Características de la gingivitis asociada a factores intrínsecos y extrínsecos son:

- Placa presente en el margen gingival
- Cambio en color y contorno
- Presencia de sangrado
- No hay pérdida ósea
- Aumento de volumen de los tejidos.

2.1.5.2 TRATAMIENTO

Terapia Básica

- Técnica de cepillado.
- Uso de hilo dental y controles de placa periódicos(cada 4 semanas)
- Al desaparecer los signos de inflamación existe una ausencia de sangrado al sondeo leve y si además el paciente maneja niveles de

placa menores al 10%, se le indicará que siga con la higiene oral realizada.¹⁸

2.1.6 PERIODONTITIS

La periodontitis es una enfermedad crónica caracterizada por la inflamación gingival, acumulación de cálculo, presencia y formación de bolsas periodontales, sangrado, supuración, movilidad dentaria, resorción de hueso, pérdida de soporte y finalmente la pérdida dentaria.¹⁹

2.1.6.1 PERIODONTITIS CRÓNICA.

La gingivitis y periodontitis comparten la característica clínica de la inflamación, pero en la periodontitis se observa destrucción de tejidos del huésped en grados clínicamente detectables.

Anteriormente llamada Periodontitis crónica del adulto, sin embargo, se ha podido comprobar que esta enfermedad puede detectarse en pacientes jóvenes y adolescentes, razón por la cual se decidió descartar el termino "adulto".²⁰

La periodontitis crónica evoluciona con pérdida de inserción y de hueso alveolar, presencia de bolsas periodontales, inflamación gingival y en estadios avanzados pueden aparecer recesiones gingivales, aumento de movilidad y finalmente pérdida dental. El curso clínico de la enfermedad tiene una velocidad de lenta a moderada, pero puede haber periodos de progresión rápida.

En función de la extensión de la afección, es posible clasificar a la periodontitis en²⁰:

- Localizada: Cuando afecta al 30% o menos de los sitios sondeados.

- Generalizada: cuando afecta a más del 30% de los sitios sondeados.



²².- www.enexus.com/gumdisease

2.1.6.2 PERIODONTITIS AGRESIVA

Se caracteriza por una pérdida rápida de inserción, destrucción ósea y a pesar del grado de destrucción de los tejidos de soporte del diente, no es posible encontrar grandes cantidades de placa y cálculo que justifiquen la gran afección.

Una característica fundamental de la periodontitis agresiva que la diferencia de la periodontitis crónica es la progresión rápida de la pérdida de inserción y de hueso evidente clínicamente.

Tomando en cuenta los sitios afectados la periodontitis crónica se clasifica en: localizada y generalizada²⁰.



²².- www.enexus.com/gumdisease/

2.1.6.3 PERIODONTITIS AGRESIVA LOCALIZADA

Afecta a personas menores de 30 años. Suele iniciarse alrededor de la pubertad, con la aparición de defectos periodontales localizados en primeros molares e incisivos con la presencia de al menos dos localizaciones con pérdida de inserción mayor o igual a 4mm, una de las cuales debe de ser un primer molar y no deben de estar afectados más de tres dientes. El microorganismo predominante es *Actinobacillus Actinomycetemcomitans*²⁰.

2.1.6.4 PERIODONTITIS AGRESIVA GENERALIZADA.

Es similar a la periodontitis agresiva localizada, ya que presenta una pérdida de inserción generalizada que afecta al menos tres dientes, además de los primeros molares e incisivos.

La destrucción de tejidos de soporte periodontal se producen en brotes agudos de progresión rápida, los microorganismos predominantes son *A. Actinomycetemcomitans* y *Porphiromonas gingivalis*²⁰.

ETIOLOGÍA

La etiología de las enfermedades periodontales se relaciona necesariamente con una placa supragingival marginal de largo tiempo de acumulación (gingivitis) y subgingival periodontopática o por patógenos característicos, también está relacionada a los siguientes factores generales:

- Edad
- Tabaquismo
- Diabetes
- Fármacos

Hay factores de riesgo a los que están expuestos los adultos jóvenes así como los adultos, entre ellos tenemos el tabaquismo; ya que actualmente puede ser el tabaco un factor de riesgo modificable muy importante en la progresión de la enfermedad periodontal, dentro de sus efectos nocivos están los siguientes:

- Provoca vasoconstricción periodontal.
- Aumenta la concentración de radicales libres oxidantes, como grupos OH, que son lesivos para las células periodontales.
- Induce la producción de mediadores inflamatorios monocíticos con carácter osteoclástico.

Tratamiento:

- Eliminación de cálculo
- Raspado y alisado radicular
- Curetaje gingival
- Cirugía periodontal.

Tratamiento farmacológico:

Una alternativa es eliminar el agente microbiológico etiológico, pero debido a la gran complejidad de estos procesos en relación a factores sistémicos, defectos inmunitarios y flora microbiana, el control de la enfermedad no será un objetivo posible en todos los casos y sobre todo en un periodo de tiempo corto, por lo que será suficiente con lograr un descenso en la velocidad de progresión.²⁰



2.2 CARIES DENTAL

Debido a su severidad, magnitud y trascendencia, la caries dental merece ser considerada como un problema de salud pública en poblaciones de todas las edades.

El término “caries” procede del latín y significa descomponerse pudrirse o echarse a perder y se refiere a la destrucción progresiva y localizada de los dientes.

La caries dental es una enfermedad infecciosa, transmisible multifactorial, se produce cuando los ácidos producto del metabolismo de los microorganismos de la placa dental, desmineralizan el esmalte y provocan una destrucción localizada de los tejidos dentales derivando en diversas complicaciones, que resultan perjudiciales de una manera extensa en la salud bucodental.²³

La caries dental constituye el mayor porcentaje de morbilidad durante toda la vida de un individuo, afecta a personas de cualquier edad, sexo y raza, teniendo una mayor presencia en las personas de bajo nivel socioeconómico.²³

2.2.1 ETIOLOGÍA DE LA CARIES DENTAL

La caries dental es una enfermedad producida por la concurrencia de varios factores que obedece a una interacción simultánea de cuatro factores: un factor “microorganismo” que en presencia de un factor “sustrato” logra afectar a un factor “diente” en un tiempo determinado²⁴.

Se puede afirmar que la caries se inicia cuando la interrelación entre los microorganismos y su retención en la superficie dentaria (huésped) se mantiene un tiempo suficiente, ya que los productos

metabólicos desmineralizantes (ácidos) alcanzan una alta concentración en la placa dental, por aporte excesivo de azúcares en la alimentación (sustratos)²⁴.

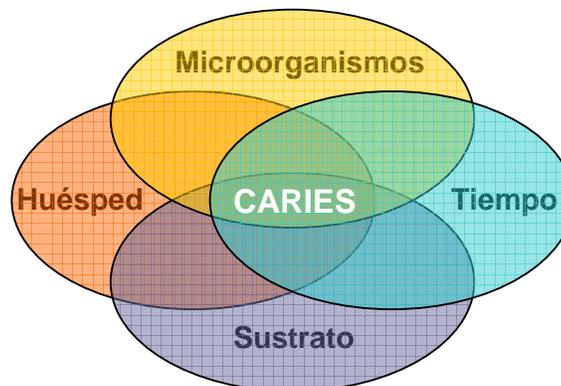
De esta forma se explica que la caries dental puede producirse sólo bajo ciertas condiciones como es el tener un huésped con dientes altamente susceptibles, microorganismos y sustrato; pero, si estos condicionantes confluyeran durante un período muy breve, la enfermedad no se produciría.

Por lo tanto Newburn en los años 70 agrega un factor tiempo y refiere que debe ser suficiente para alcanzar una concentración elevada de placa x la dieta y de esta forma se produzca caries.²⁵

2.2.2 FACTORES ETIOLÓGICOS

Podemos identificar cuatro factores que se presentan en la cavidad bucal y que interfieren necesariamente en la formación de las lesiones cariosas²⁴:

- 1.- Microorganismos.
- 2.- Sustrato (Alimentos y saliva (ph))
- 3.- Huésped (dientes)
- 4.- Tiempo



Fuente Directa

2.2.2.1 MICROORGANISMOS

Streptococcus mutans es el microorganismo de mayor potencial cariogénico, aunque también son importantes *S. salivarius*, *S. milleri*, *S. Sanguis*, *S. mitis*, *S intermedius*, *Lactobacillus acidophilus*, entre otros.

Las bacterias son capaces de transformar los carbohidratos de los alimentos en ácidos que provocan una desmineralización progresiva del diente produciendo la lesión cariosa.

Para poder desmineralizar el esmalte las bacterias se unen entre sí formando colonias unidas por sustancias secretadas por ellas mismas y productos químicos pegajosos procedentes de la saliva así como restos alimenticios. Todo constituye la placa bacteriana o biopelícula²⁶.

2.2.2.2 SUSTRATO

El sustrato lo conforman los azúcares de la dieta. El riesgo de producción de caries esta determinado en un porcentaje alto por la dieta y en función de la composición, concentración y frecuencia en la ingesta de los diferentes hidratos de carbono.⁷ Ya que son precursores de polímeros extracelulares bacterianos adhesivos y al parecer son importantes en la acumulación de ciertos microorganismos en la superficie de los dientes.

La formación de ácidos es el resultado del metabolismo bacteriano de los hidratos de carbono fermentables, sin embargo, deben considerarse los siguientes factores:

- 1.- Características físicas de los alimentos, sobre todo adhesividad. Los alimentos pegajosos se mantienen en contacto con los dientes durante mayor tiempo y por ello son más cariogénicos. Los líquidos tienen una adherencia mínima a los dientes y en consecuencia, poseen menos actividad cariogénica.

2.-La composición química de los alimentos puede favorecer los cambios significativos en el pH de la cavidad oral.

3.- Tiempo de ingestión. La ingesta de alimentos con hidratos de carbono durante varias comidas implica una cariogenicidad menor que la ingestión de esos alimentos entre comidas.

4.- Frecuencia de ingestión. El consumo frecuente de un alimento cariogénico implica mayor riesgo que el consumo esporádico²⁶.

2.2.2.3 HUÉSPED

Se ha observado que en una boca dada, ciertos dientes se afectan y otros no lo hacen, y que algunas caras de los dientes son más susceptibles a la caries que a otras, aún en el mismo diente²⁶.

2.2.2.4 TIEMPO

Este factor tiene una acción general, ya que se necesita el paso del tiempo para que los otros factores actúen, pero también es relativa, al comparar los periodos de desmineralización-rem mineralización de los tejidos duros dentarios.

Los estímulos desmineralizadores frecuentes y prolongados debidos al consumo frecuente de azúcares, producen un desequilibrio entre la desmineralización y la remineralización y se producen entonces grandes pérdidas minerales que no pueden ser compensadas adecuadamente, es así como las pérdidas mantenidas van sumándose a lo largo del tiempo hasta formar la lesión cariosa²⁸.

2.2.3 FACTORES DE RIESGO

Se conoce como factor de riesgo a todos aquellos determinantes o condicionantes de la salud o enfermedad en los individuos, grupos y colectividades. Se clasifican en:

a) Locales

Se relacionan con la composición química del esmalte, disposición de los prismas, malformaciones anatómicas, abrasión, mal posición dental, obturaciones mal elaboradas, cambios de pH a un estado ácido, composición de la saliva y una higiene bucal deficiente.

b) Generales

Son la nutrición, la herencia, estrés, aspectos socioeconómicos y culturales.²³

2.2.3.1 PLACA DENTOBACTERIANA O BIOPELÍCULA

Se caracteriza por ser una masa blanda organizada, tenaz y adherente de colonias bacterianas en la superficie de los dientes, la encía, la lengua y otras superficies bucales.

Se forma por una higiene bucal inadecuada y es muy importante en la etiología de la caries dental, la enfermedad periodontal y la formación de cálculo.

Su formación se puede dividir en cuatro etapas: formación de una película en la superficie dental, colonización inicial por bacterias, colonización secundaria y maduración de la placa.

Como el color es ligeramente amarillento y translúcido, no se distingue a simple vista pero puede ser visualizada con sustancias como

el azul de metileno, azul de toluidina, fucsina, y hematoxilina las cuales se conocen comúnmente como “reveladores de placa”²⁷.



Fuente Directa

2.2.4 CLASIFICACIÓN DE LA CARIES DE ACUERDO A SU LOCALIZACIÓN

Greene Vardimar Black clasificó la caries dental en:

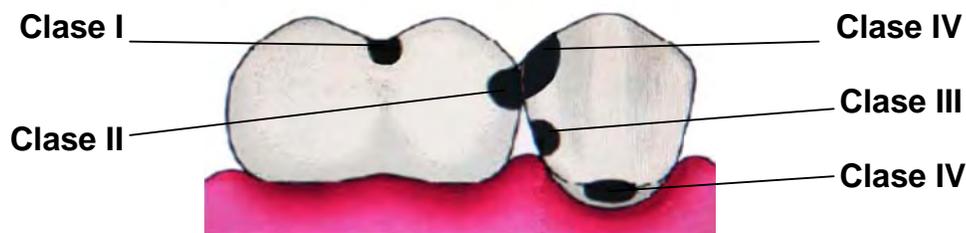
Clase I: Las caries que se encuentran en fosetas y fisuras de premolares y molares, cúngulos de los dientes anteriores y en cualquier anomalía estructural de los dientes.

Clase II: La caries dental se localiza en las caras proximales de todos los dientes posteriores.

Clase III: Son las caries que se localizan en las caras proximales de todos los dientes anteriores sin abarcar ángulo incisal.

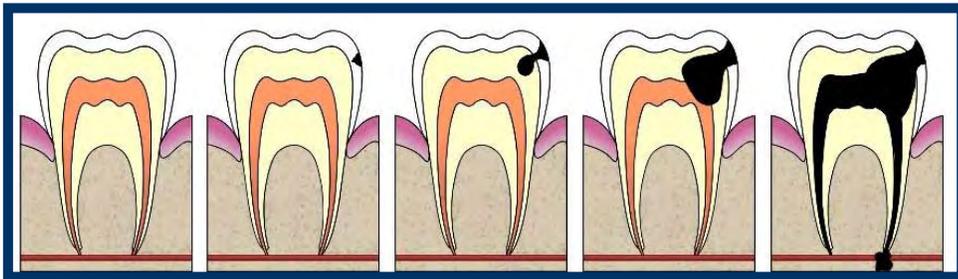
Clase IV: Las caries que se encuentran en las caras proximales de todos los dientes anteriores abarcando el ángulo incisal.

Clase V: Estas caries se localizan en el tercio gingival de los dientes anteriores y posteriores, solo en caras linguales o vestibulares²⁶.



2.2.5 HISTORIA NATURAL DE LA CARIES.

- Lesión inicial: desmineralización en la superficie del esmalte (mancha blanca).
- La lesión puede revertir o no. La capa superficial se desmineraliza y aparece la cavidad (lesión clínica detectable).
- Contaminación de la dentina y lesión más profunda y extensa.
- Las bacterias llegan a la pulpa (pulpitis) y aparece dolor intenso, si este proceso continúa se puede producir una necrosis pulpar, causar una periodontitis, provocar un absceso y ser un foco infeccioso agudo.
- Dientes más propensos y superficiales de más riesgo son los primeros molares, segundos molares, incisivos y premolares: las superficies con mayor riesgo son las oclusales seguidas por las proximales o mediales.²⁹



Fuente directa

La caries es una enfermedad en la que la aparición de dolor nos indica un grado avanzado de la enfermedad. Un correcto diagnóstico oportuno permitirá un tratamiento mínimamente invasivo del diente.

2.2.6 PREVENCIÓN DE LA CARIES DENTAL

Tres son los pilares fundamentales en los que se basa la prevención de la caries dental:

- Protección del diente (colocación de selladores de fosetas y fisuras, aplicaciones de fluoruro)
- Reducción de la presencia del sustrato (alimento) para las bacterias
- Eliminación de la placa bacteriana por medios mecánicos o químicos

En la práctica esto se traduce en:

- Control de la dieta (reducción de azúcares)
- Aplicación de fluoruro y selladores de fosetas y fisuras.
- Cepillado periódico de dientes.²⁴

2.2.3 DETERMINACIÓN DE LA CARIES DENTAL A NIVEL POBLACIONAL (ÍNDICE CPO)

El índice más común para determinar la prevalencia de caries es el CPO, que determina la experiencia pasada y presente de caries dental, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados.

Fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson en 1935. Se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes Cariados, Perdidos y Obturados, incluidas las extracciones indicadas, entre el total de individuos examinados, por lo cual es un promedio.

Para su mejor análisis e interpretación se debe descomponer en cada una de sus partes y expresarse en porcentajes o promedios de las mismas. Esto es muy importante al comparar poblaciones, se debe obtener por edades. Las recomendadas por la OMS son: 5-6, 12, 15, 18, 35-44, años.

2.3 MALOCLUSIONES

“La oclusión es la alineación anatómica de los dientes y las relaciones que mantienen con el resto del aparato masticador”. Ramfjord

Las maloclusiones tienen una alta prevalencia y afectan a un amplio sector de la población, por lo que son consideradas un problema de Salud Pública, sin embargo, su importancia se establece no sólo por el número de personas que la presentan, sino además, por los efectos nocivos que pueden generar en la cavidad oral.^{30, 31}

La oclusión dental hace referencia a la relación que guardan los dientes entre sí en estado de reposo, no obstante, esta relación se encuentra determinada por factores inherentes al tamaño, forma y cronología de erupción de los dientes, así como por la forma de las arcadas dentarias y el patrón de crecimiento craneofacial.

Esta variación en la dentición, es el resultado de la interacción de factores genéticos y ambientales que determinan la relación oclusal desde el momento del desarrollo prenatal, así como en el postnatal.

Con respecto a las maloclusiones, estudios epidemiológicos han mostrado que la maloclusión se presenta con tasas de prevalencia considerablemente altas, ya que más del 60% de la población la desarrolla. En cuanto a su distribución, de acuerdo al tipo de maloclusión, la Clase I es hasta cinco veces más frecuente en comparación con las Clases II y III.³³

Con base en lo anterior, una maloclusión dental puede definirse como cualquier variación de la oclusión normal y su establecimiento tiene importancia por los defectos anatómicos, fisiológicos y estéticos que causa su desarrollo en la cavidad oral.³⁴

2.3.1 ETIOLOGÍA DE LAS MALOCLUSIONES

La etiología La maloclusión debe ser considerada como una variación en el desarrollo normal y no como una patología.

El desequilibrio entre los sistemas en desarrollo del complejo craneofacial, puede originar alteraciones en la posición y tamaño de los maxilares así como en el tamaño de los dientes, interfiriendo en esta forma con la adecuada relación entre estas estructuras.

Los Factores etiológicos de las maloclusiones se pueden dividir en:

Factores Generales:

- Herencia
- Problemas Nutricionales
- Defectos Congénitos
- Ambiente (prenatal y postnatal)

Factores Locales:

- Anomalías en el número de dientes
- Agenesia
- Supernumerarios
- Anomalías en el tamaño de los dientes.
- Hábitos Nocivos
- Traumatismos.³⁶

2.3.2 CLASIFICACIÓN DE ANGLE

Esta clasificación, es uno de los métodos más utilizados para evaluar la relación oclusal entre los dientes permanentes, la base de su hipótesis es el primer molar permanente superior (ya que son los que con mayor frecuencia ocupan su posición ideal natural), esta hipótesis fue la base de su clasificación hecha en 1899, la cual contempla tres categorías.¹¹

Clase I:

Maloclusión caracterizadas por una relación anteroposterior de los primeros molares permanentes: cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye sobre el surco mesiovestibular del primer molar inferior¹¹.



³⁶- www.dentaid.es/cas/conceptos_basicos.php

Clase II:

Maloclusiones caracterizadas por una relación mesial de los primeros molares superiores permanentes: el surco vestibular del primer molar permanente inferior, esta por distal de la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior permanente¹¹.



³⁶- www.dentaid.es/cas/conceptos_basicos.php

Clase III:

El surco vestibular del primer molar inferior permanente, esta por mesial de la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior permanente¹¹.



⁶ www.dentaid.es/cas/conceptos_basicos.ph





3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud bucodental de los adolescentes y los adultos jóvenes es el resultado de la exposición a factores de riesgo como consumo de alimentos con un poder cariogénico elevado, hábitos higiénicos deficientes y sobre todo, el desconocimiento que tienen sobre los efectos devastadores de enfermedades como la periodontal, la caries dental y las maloclusiones, abandonadas a su historia natural.

La literatura generalmente aborda estos problemas en menores de 12 años, en adultos y sobre todo, en grupos de alto riesgo dejando por un lado a estudiantes de las carreras de la salud como lo es Odontología.

Estos alumnos que ingresan a las escuelas y facultades con una historia de enfermedades bucodentales determinadas y es precisamente, en las edades de 18 a 21 años que el perfil de éstas enfermedades es necesario para construir esas tendencias que faciliten la continuidad del perfil en adultos y conocer la razón de las pérdidas dentarias por lo que el eje de este estudio será responder:

¿Cuál es el perfil de salud bucodental de los alumnos que cursan el segundo año de la carrera de cirujano dentista en la Facultad de Odontología, UNAM?



4. JUSTIFICACIÓN

La investigación siempre será muy importante desde el punto de vista epidemiológico, ya que aporta datos interesantes e útiles, sobre la prevalencia de problemas bucodentales en alumnos que estudian la Carrera de Cirujano Dentista en la UNAM, en México son pocos los estudios realizados sobre este tema, es por eso que este tipo de investigación se vuelve fundamental.

Al establecer la frecuencia de enfermedad Periodontal, Caries Dental y tipos de Maloclusiones, se podrá enriquecer la información ligada con la promoción de la salud y protección específica relacionada a estos problemas bucodentales y por ende obtener información confiable de primera mano en grupos etáreos de 18 – 21 años.



5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo General

Determinar como eje principal la prevalencia de problemas Bucodentales (Enfermedad periodontal, Caries Dental y Maloclusiones) en una muestra de alumnos de segundo año de la FO. UNAM del turno matutino.

5.2 Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia de enfermedad periodontal por edad y sexo, con base a la información obtenida del Índice Periodontal Comunitario (IPC)
- Conocer la prevalencia de Caries por edad y sexo con base al levantamiento del Índice CPO
- Determinar la prevalencia de maloclusiones a través de la clasificación de maloclusiones propuesta por Angle.
- Conocer algunos hábitos alimenticios, hábitos nocivos como el tabaquismo y de higiene que pueden tener relación con los resultados obtenidos derivados de los índices empleados.



6.- METODOLOGÍA

6.1 Material y método

Se realizó un estudio transversal en una muestra de estudiantes de segundo año de la Carrera de Cirujano Dentista de la UNAM, en el período comprendido del 27 de Febrero al 3 de Abril de 2009.

Para tal efecto se diseñó un cuestionario que contiene variables sociodemográficas y epidemiológicas sobre el cuidado bucodental, que tienen los alumnos, con el propósito de conocer la prevalencia de enfermedad periodontal a través del Índice Periodontal Comunitario (IPC), para conocer la historia pasada y presente de Caries a través del Índice CPO y los tipos de maloclusión propuestos por Angle .

A cada grupo de alumnos se le explicó el objeto de estudio, previo consentimiento, se les solicitó su colaboración al contestar de forma anónima el cuestionario que consto de 28 preguntas cerradas.

La información obtenida fue vaciada para su análisis, en una base de datos en Excel y los resultados se presentaron en términos porcentuales y mediales.

Para llevar a cabo la inspección bucal el encuestador recibió calibración para realizar el levantamiento de variables sobre enfermedad periodontal, caries y maloclusiones. Se realizó un estudio piloto en 20 alumnos de grupos que no fueron incluidos en el estudio, la concordancia intraobservador para caries dental fue de 96%, enfermedad periodontal fue de 87% y para maloclusiones fue del 97%.



6.2. Tipo de estudio

- Transversal Descriptivo

6.3. Población de estudio y muestra

- Una muestra de 80 alumnos de 2^o año de la Facultad de Odontología.

6.4 Criterios de inclusión

- Que sean alumnos de segundo año y que no sean recursadores
- Alumnos que estén presentes el día de la aplicación del cuestionario y del examen clínico.
- Alumnos con disposición de participar

6.5 Criterios de exclusión

- Los que no cumplan con los criterios de inclusión o que el día del examen no estén presentes

6.6 Variables de estudio

Independiente

- Edad
- Sexo
- Factores de riesgo (hábitos higiénicos, alimenticios, tabaquismo)

Dependiente

- Caries
- Enfermedad periodontal
- Maloclusiones

7. RESULTADOS

Cuadro 1. Distribución porcentual de género del total de la muestra de Alumnos encuestados.

Cuadro 1.

Sexo	Porcentaje	Frecuencia
M	27%	22
F	73%	58

Gráfica 1. La población de alumnos encuestados estuvo constituida por un total de 22 Hombres y 58 Mujeres.



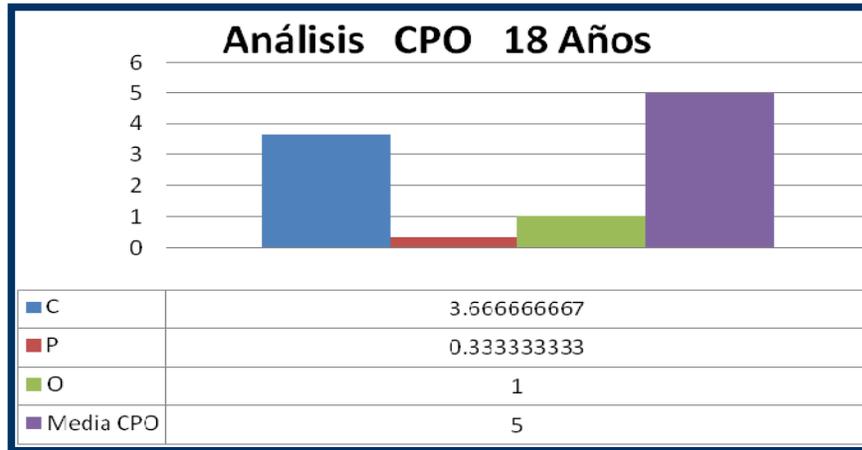
Gráfica 1

Cuadro2. La Población sujeta a estudio estuvo constituida por un total de 80 encuestados con un rango de edades de 18-21 Años con la siguiente distribución

Cuadro2.

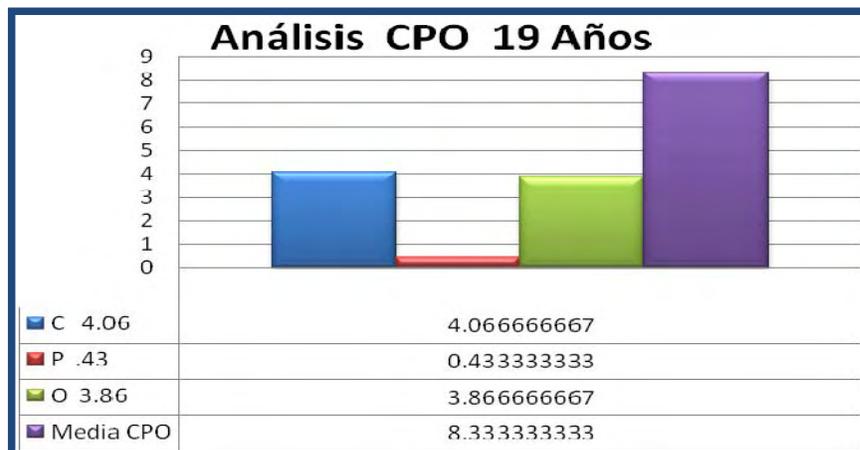
Edades	Mujeres	Hombres	Total
18	2	1	3
19	22	8	30
20	20	10	30
21	14	3	17

Gráfica 2. De los alumnos que conforman el grupo de 18 años, la media del CPO fue de 5, respecto a los componentes la media para Cariados fue de 3.6, para Perdidos 0.33 y Obturados por caries de 1.



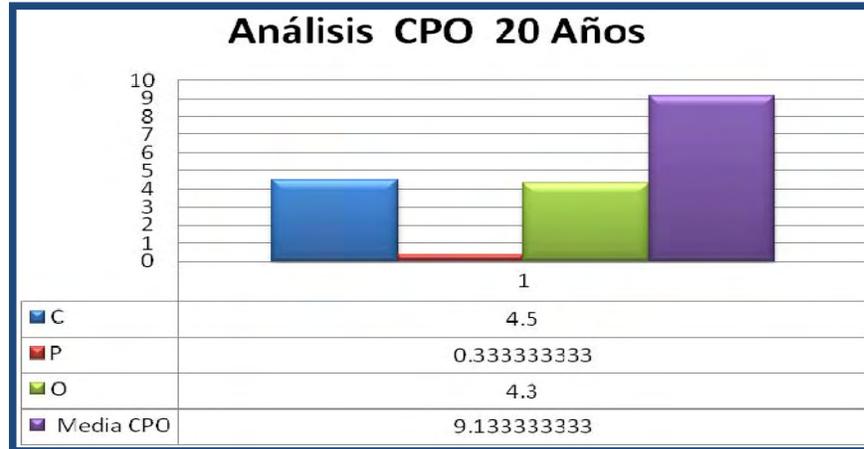
Gráfica 2

Gráfica 3. Para el grupo de 19 años la media del CPO fue de 8.33, respecto a los componentes la media para dientes Cariados fue de 4.06, Perdidos fue de 0.43 y el promedio para Obturados fue de 3.86.



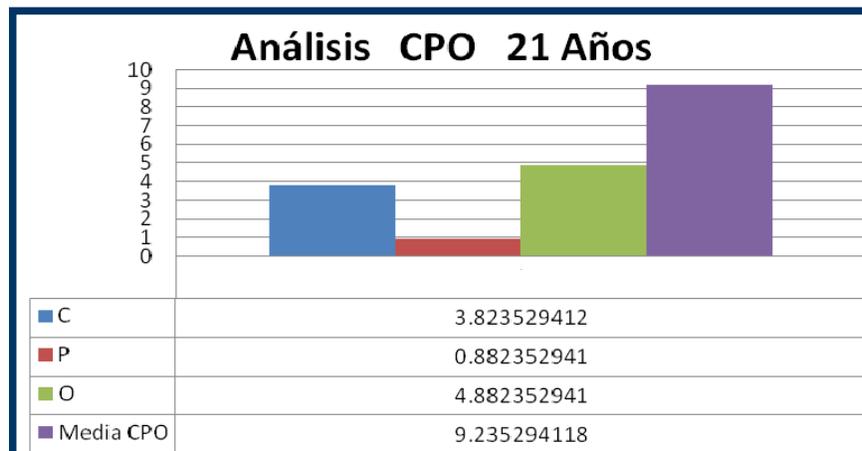
Gráfica 3

Gráfica 4. De los alumnos que conforman el grupo de 20 años, la media del CPO fue de 9.13, respecto a los componentes la media para Cariados fue de 4.5, Perdidos fue de 0.33 y Obturados 4.3.



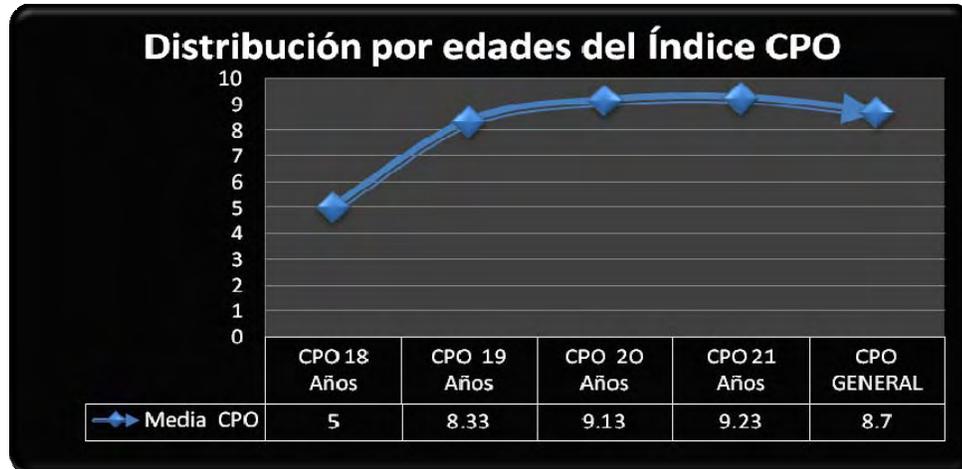
Gráfica 4

Gráfica 5. De los alumnos que conforman el grupo de 21 años, la media del CPO fue de 9.23, respecto a los componentes la media para Cariados fue de 43.82, la media de dientes perdidos fue de 0.88 y los dientes obturados por caries tuvieron un promedio de 4.88.



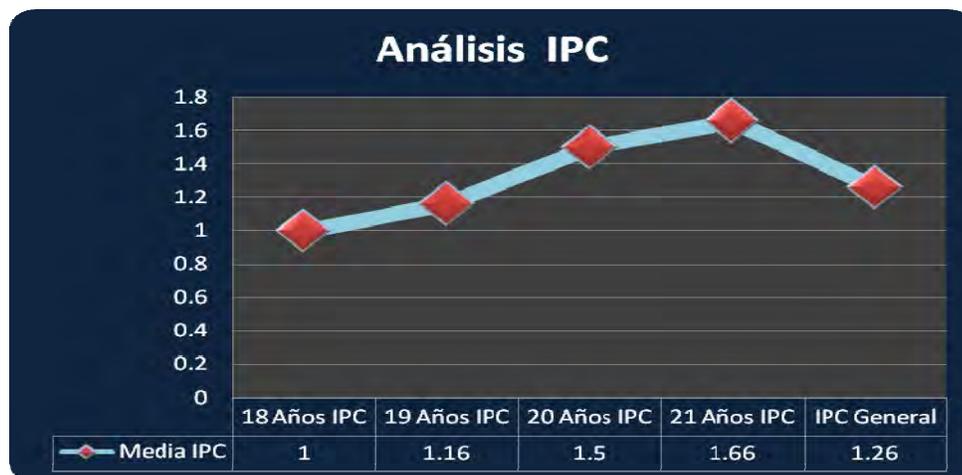
Gráfica 5

Gráfica 6. Se muestra la distribución que el Índice CPO mostró por cada grupo etario



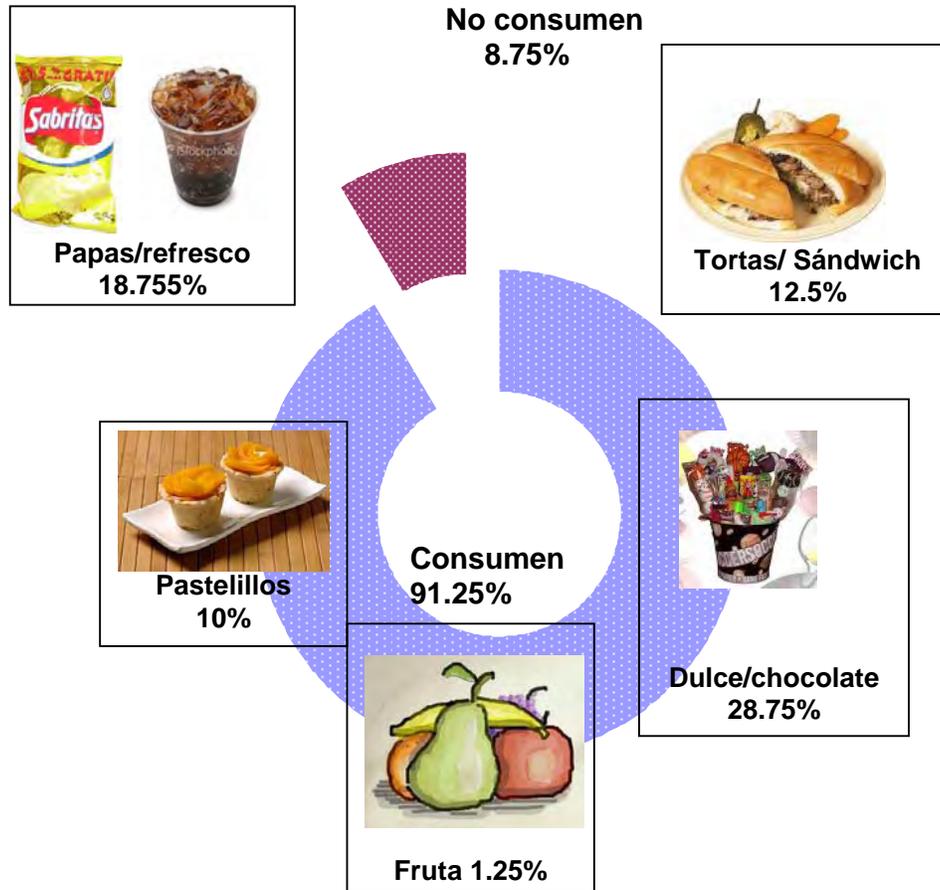
Gráfica 6

Gráfica 7. De los 30 alumnos, los cuales fueron examinados con el IPC, el grupo de 18 años lo conformaron 2 alumnos, este grupo mostró un IPC promedio de 1, el grupo de 19 años el cual fue conformado por 10 alumnos tuvo un IPC con un promedio de 1.16; el siguiente grupo de 20 años fue conformado por 10 alumnos y mostró un IPC de 1.5 y el grupo de 21 años que fue representado por una muestra de 8 alumnos, mostró una media de 1.66. El Promedio del CPI general fue de 1.26.

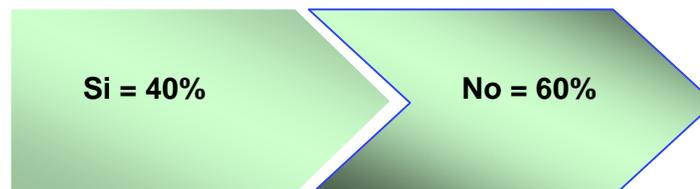


Gráfica 7

Gráfica 8. Consumo de comida chatarra y consumo entre comidas. FO. UNAM.



Gráfica 9. Percepción de alumnos sobre si estos llevan una alimentación sana. FO. UNAM



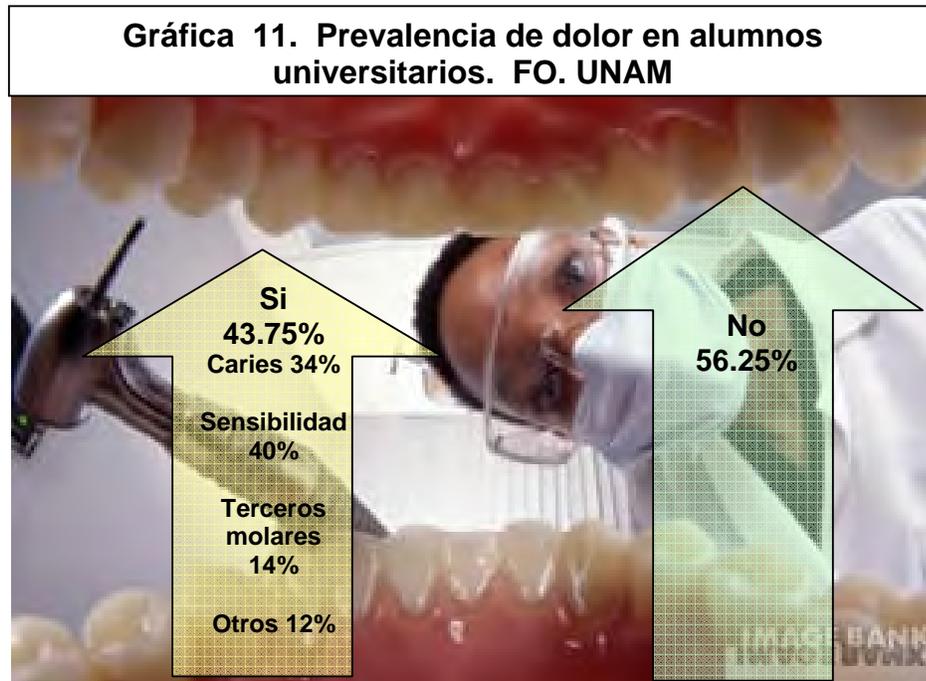
**Cuadro 3. Frecuencia de visitas al Odontólogo e información profesional para cuidado dental
FO.UNAM**

Año	Cada 6 meses	Cuando tengo dolor	Nunca
26.35%	48.75%	15%	10%
Han recibido información adecuada para conservar sus dientes sanos			
Si		No	
72.5%		27.5%	




Gráfica 10. Uso de hilo dental y enjuague bucal.

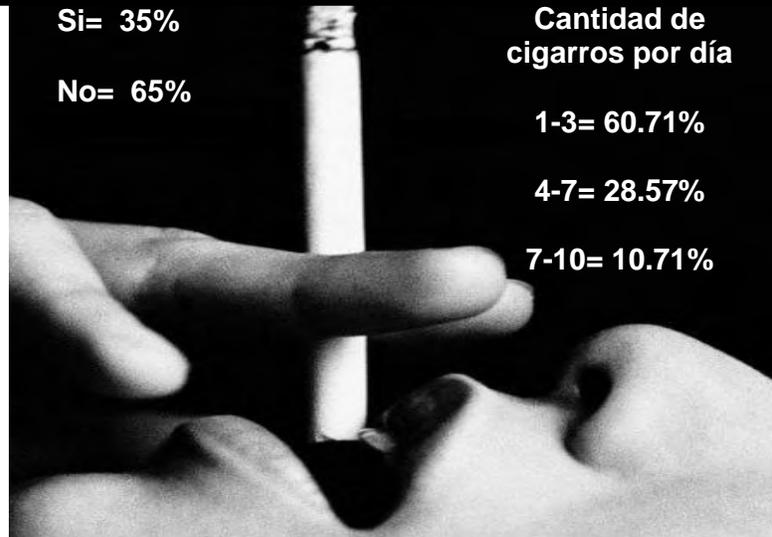




Gráfica 11. Con respecto al dolor el 43.75% lo refirió, mientras que el 56.25% no refirió sentirlo. Las causas principales de dolor fueron: caries 34 %, sensibilidad 40%, terceros molares 14% y otros 12%.



Gráfica 13. Hábito de fumar y cantidad de tabacos consumidos.



Gráfica 13. El 35% dice Fumar mientras que 65% negó el hábito. El porcentaje de consumo de los alumnos que fuman de 1-3 cigarrillos fue de de 60.71 %, los que consumen de 4-7 cigarrillos fue el 28.75% y solo el 10% fue entre 7a10 cigarrillos al día.

Maloclusiones



Clase I Angle = 47.5%

Respecto al tipo de maloclusión que presentaron los alumnos, la mayor proporción correspondió a la Clase I de Angle y en segundo lugar se presentó la Clase III.



Clase III Angle = 31.25%



Clase II Angle= 21.25%



8.- CONCLUSIONES

Es cierto que a mayor edad mayor es el índice Promedio CPO y la razón estriba en que a más edad existe una mayor exposición dental a factores de riesgo como pH salival, una dieta alta en carbohidratos, y una higiene deficiente.

De igual forma los valores promedios del Índice Periodontal Comunitario aumentan conforme a la edad pero no de forma significativa, ya que el aumento en los promedios fue de algunas décimas, la mayor proporción de estudiantes presentaron un sangrado leve al realizar un sondeo suave y no se presentaron bolsas periodontales o código 3 del IPC, lo cual demuestra un perfil periodontal dentro de la normalidad ya que la edad de los encuestados no es la propia que marcan las tendencias para desarrollar enfermedad periodontal como tal.

Con respecto a las maloclusiones, la que más predominó fue la clase I que es la de menor severidad, lo destacable fue que a diferencia de los resultados de otros estudios en donde la clase II se coloca en segundo lugar en frecuencia, es en este perfil bucodental donde la maloclusión clase III ocupó un segundo lugar en frecuencia.

Cabe resaltar que siendo alumnos de segundo año los hábitos alimenticios que éstos tienen son deficientes, ya que en mayor porcentaje consumen alimentos con un porcentaje alto en carbohidratos y ellos mismos refieren tener una alimentación poco saludable.

Es importante resaltar que los alumnos deben preocuparse más por su salud bucal, ya que es lo que primero que los pacientes perciben de su odontólogo, es por eso que el profesional debe tener una actitud congruente entre lo que dice que se debe de hacer y lo que hace.



9. Bibliografía

- 1.- Irigoyen M.E; Velásquez C; Zepeda M.A; Mejía A. Caries dental y enfermedad periodontal en un grupo de personas de 60 o más años de edad de la Ciudad de México. Rev. ADM 2000. LVI; 2: 64-69.
- 2.- Carrillo J; Castillo M; Hernández H.G; Zermeño J. Estudio epidemiológico de las enfermedades periodontales en los pacientes que acuden a la facultad de estomatología de la UASLP. Rev. ADM. 2001. LVII; 6: 205-213.
- 3.- Gómez R; Lozano O; Quiroz M.T. La salud bucal de los dentistas. Rev. ADM 2003: LX: 4 Pp. 127-129
- 4.- Esquivel Hernández I; Juana Jiménez Férez. Perfil de salud Bucodental de estudiantes de la FES Iztacala, Revista odontológica Mexicana 2007 Vol. 11 num. 1, pp. 46-52.
- 5.- Fuente Hernández J, González de Cossío M, Caries y perdida dental en estudiantes preuniversitarios mexicanos. Salud Pública Mex 2008, Pp 235-240.
- 6.- Carrillo J; Castillo M; Hernández H.G; Zermeño J. Estudio epidemiológico de las enfermedades periodontales en los pacientes que acuden a la facultad de estomatología de la UASLP. Rev. ADM. 2001. LVII; 6: 205-213.
7. - Papapanou PN. Epidemiology of Periodontal diseases: an update. Journal International Academy of Periodontology. 2000. 4: 1. Pp.110-116.
- 8.- Zerón A. Nueva clasificación de las enfermedades periodontales. Rev. ADM 2002. LVIII: 1: Pp. 16-20
- 9.- Irigoyen M.E; Velásquez C; Zepeda M.A; Mejía A. Caries dental y enfermedad periodontal en un grupo de personas d 60 o mas años de edad de la Ciudad de México. Rev. ADM 2000. LVI: 2:64-69.
- 10.- Hernández J.RÑ; Tello T. Hernández F.j; Rosette R. Enfermedad periodontal: prevalencia y algunos factores asociados en escolares de una región mexicana. Rev. ADM 2002. LVII: 5: Pp 222-230.
- 11.- Talley Millán M; Katagiri M; Pérez Tejada H. Casuística de maloclusiones Clase I, Clase II y clase II según Angla en el departamento de ortodoncia de la UNAM. Revista Odontológica Mexicana Vol. 11 num. 4 2007. Pp 175-180.



- 12.- Carranza F.A, Newman M.G Periodontología Clínica. 9ª edic. México: Editorial McGraw Hill Interamericana, 2004. Pp 66-95.
- 13.- Lindhe J. Thorkild K. Niklaus P.L Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. 3ª edic. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2000. Pp. 74-94.
- 14.- Armitage G. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. Annals of Periodontology. 2000. 4: 1. Pp 1-6.
- 15.- www.iqb.es/odonto/atlas/cap1/c162sm.htm
- 16.- Guerrero F: Torres J.M: Tudón E: Domínguez S. Identificación de factores de riesgo, asociado a enfermedad periodontal y enfermedades sistémicas. Rev. ADM 2004 LXI: 3. Pp. 92-96.
- 17.- Espejel M: Martínez M: Delgado J. M: Guzmán C.E: Gingivitis. Rev. ADM 2003. LXI:6 Pp. 216-219.
- 18.- Okamoto Y. Tsuboi S. Suzuki S. Effects of smoking and drinking habits on the incidence of periodontal disease and tooth loss among Japanese males; Journal of periodontal research 2006; 41; Pp560-566.
- 19.- Kinoshita S: Takeshi S: Koji H: Kazayuki U. Atlas a color de Periodoncia. 1ª edic. Barcelona. Editorial ESPAXS, Publicaciones Médicas. 2001. Pp. 25-29.
- 20.- Boj J.R: Catalá M. García B.C. Odontopediatría, Barcelona, España Edit. Masson S.A 2004. Pp. 369-376.
- 21.- www.iqb.es/odonto/atlas/cap1/c1_163sm.htm
- 22.- www.enexus.com/gumdisease
- 23.- Barbería E, Boj JR, Et al. Odontopediatría. 2ª edición. Edit. Masson, Barcelona España 2001.
- 24.- Barrancos J. Operatoria dental. 3ª edición. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires Argentina 2002. Pp 300
- 25.- Piedrola Gil. Medicina preventiva y salud pública. 9 ed. Editoriales Científicas y Técnicas, Barcelona España 1991.
- 26.- Higashida B. Odontología preventiva. 1ª edición. Edit. McGraw-Hill Interamericana, México 2004.
- 27.- Rodríguez C. Parodencia. 6 edición. Editorial Méndez, México, 1999



28. Varela M. Problemas Bucodentales en pediatría. 1^a edición. Editorial Ergón, Madrid 1999
- 29.- Negroni M. Microbiología Estomatología. 2^a edición. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires Argentina 2003.
- 30.- Barnett E. Terapia Oclusal en Odontopediatría. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires, Argentina. 1990. p. 16-7.
- 31.- BEN BASSAT Y, HARARI D, BRIN I. Occlusal traits in a group of school children in an isolated society in Jerusalem. J Orthod 1997; 24(3): 229-235.
- 32.- Ojeda León S, De la Teja Angeles E. Prevalence of crossbite in Mexican children. Práctica Odontológica. 1996; 11(10):11-2, 14-5.
- 33.- Sanchez Perez T, Saenz L, Alfaro P. Occlusion distribution in a 7- to 14-year old student population. Rev. ADM. 1997 Jan-Feb;48(1):52-58.
- 34.- Murrieta Pruneda J.; Cruz Díaz P. Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de adolescentes mexicanos y su relación con la edad y el género. Acta Odontológica Venezolana, Volumen 45 N° 1, 2007
- 35.- <http://www.cenave.gob.mx/saludbucal/encd2001.pdf>
36. [www.odont.ucv.ve/catedras/ortodoncia/ETIOLOGÍA%20DE%20LAS%20MAL OCLUSIONES.pdf](http://www.odont.ucv.ve/catedras/ortodoncia/ETIOLOGÍA%20DE%20LAS%20MAL%20OCCLUSIONES.pdf)



ANEXOS

Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Odontología Seminario de Epidemiología y Salud Pública.

1. Edad

2. Sexo

1) M 2) F

3. ¿Cuántas veces te cepillas la boca al día?

1) Una 2) Dos 3) Tres 4) Mas de tres

4. ¿Qué utilizas para tu higiene oral?

1) Cepillo, pasta, hilo dental y enjuague bucal. 2) cepillo, pasta y Enjuague buca 3) cepillo, pasta e hilo dental

4) cepillo y pasta dental 5) ninguno

5. ¿Cada cuando cambias tu cepillo?

1) Cada año 2) cuando las cerdas están dobladas 3) 2 veces al año

4) 3 veces al año

6. ¿Comes productos chatarra?

1) Si 2) no

7. ¿Qué comes con mayor frecuencia entre comidas?

1) Papas y refrescos 2) pastelillos 3) dulce y chocolates

4) tortas o sándwich 5) fruta 6) otros

8. ¿Consideras que tu alimentación es sana?

1) Si 2) no

9. ¿Con qué frecuencia visitas a tu odontólogo?

1) Cada año 2) cada 6 meses 3) cuando tengo dolor 4) nunca



10. ¿Consideras que la información que has obtenido hasta ahora es suficiente para dar un óptimo cuidado a tus dientes?

- 1) Si 2) no

11. ¿Has sufrido de algún dolor dental en los últimos 2 años?

- 1) Si 2) no

12. ¿Cuál fue el motivo?

- 1) Caries 2) sensibilidad 3) traumatismo 4) terceros molares 5) otros

13. ¿Consumes bebidas carbonatadas? (refrescos)

- 1) Si 2) No

14. ¿Qué tipo de bebidas carbonatadas consumes?

- 1) Bebidas con porcentaje normal de azúcar 2) Bebidas de dieta 3) Ambas

15. ¿Qué cantidad consumes de estas bebidas?

- 1) menos de 500 ml al día 2) 500 ml al día 3) más de 500 ml al día 4) un litro al día 5) más de un litro al día

ÍNDICE CPO

Grid of 16x2 boxes containing numbers 18-38 for the CPO index.

C
P
O
CPO

Table with 2 columns: Código and Criterio. Lists criteria for dental codes 0-10.



PERIODONTAL

1. ¿Qué técnica de cepillado empleas?

Barrido Horizontal	Barrido Stillman	Cepillado Rotacional	Técnica de Bass	<input type="checkbox"/>
--------------------	------------------	----------------------	-----------------	--------------------------

2. ¿Utilizas hilo dental?

1) Si	2) no	3) Ocasionalmente	<input type="checkbox"/>
-------	-------	-------------------	--------------------------

3. ¿Cuántas veces al día?

1) 1 vez	2) 2 veces	3) 3 veces o más	<input type="checkbox"/>
----------	------------	------------------	--------------------------

4. ¿Has percibido mal aliento en tu boca?

1) Si	2) no	<input type="checkbox"/>
-------	-------	--------------------------

5. ¿Empleas algún enjuague bucal?

1) Si	2) no	3) ocasionalmente	<input type="checkbox"/>
-------	-------	-------------------	--------------------------

6. ¿Cuántas veces al día lo usas?

1) 1	2) 2	3) 3	<input type="checkbox"/>
------	------	------	--------------------------

7. ¿Te sangran las encías?

1) Siempre	2) a veces	3) nunca	<input type="checkbox"/>
------------	------------	----------	--------------------------

8. ¿Te han diagnosticado algún problema periodontal?

1) Si	2) No	<input type="checkbox"/>
-------	-------	--------------------------

9. ¿Consumes cerveza o algún otro tipo de bebida alcohólica?

1) Si	2) No	<input type="checkbox"/>
-------	-------	--------------------------

10. ¿Con qué frecuencia?

1) Una vez a la semana	2) Dos veces a la semana	<input type="checkbox"/>
3) más de tres veces a la semana	4) Ocasional	



11 ¿Qué cantidad consumes en una semana?

1) de una a tres copas

2) de cuatro a siete copas

3) de ocho a diez copas

4) más de diez copas

12 ¿Fumas Tabaco?

1) Si

2) No

13 ¿Cuántos cigarros al día?

1) de uno a tres

2) de cuatro a siete

3) de siete a diez

4 más de diez

Índice Periodontal Comunitario

17-16	11	26-27
46-47	21	36-37
IPC		

Código	Criterios
0	Sano
1	Hemorragia
2	Cálculo
3	Bolsa de 3-4 mm (banda negra de la sonda parcialmente visible)
4	Bolsa de 6 o más (banda negra de la sonda invisible)
9	No registrado

CLASE DENTAL DE ANGLE.