



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

“PERFIL EPIDEMIOLOGICO BUCAL DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE 16-18 AÑOS
DE EDAD DEL CENTRO DE ESTUDIOS CIENTÍFICOS Y TECNOLÓGICOS 15”

TESIS PROFESIONAL

Para obtener el título de

CIRUJANO DENTISTA

Presenta:

GUTIERREZ ORTIZ VICTOR HUGO

DIRECTOR DE TESIS: MTRA. MARÍA DEL PILAR ADRIANO ANAYA

ASESOR DE TESIS: MTRO. TOMÁS CAUDILLO JOYA

México DF, Febrero 2013



“PERFIL EPIDEMIOLÓGICO BUCAL
DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE
DE 16-18 AÑOS DE EDAD DEL
“CENTRO DE ESTUDIOS
CIENTÍFICOS Y TECNOLÓGICOS #
15”

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
MARCO TEÓRICO.....	8
EPIDEMIOLOGÍA.....	8
CARIES.....	13
PARODONTOPATIAS.....	18
LESIONES EN TEJIDOS BLANDOS.....	23
MALOCLUSIÓN.....	30
DELEGACIÓN MILPA ALTA.....	33
JUSTIFICACIÓN.....	36
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	38
OBJETIVO GENERAL.....	39
OBJETIVO ESPECÍFICOS.....	39
DISEÑO METODOLÓGICO.....	40
TIPO DE ESTUDIO.....	40
UNIVERSO DE ESTUDIO.....	40
VARIABLES.....	40
TÉCNICAS.....	42
RECURSOS.....	46
DISEÑO ESTADÍSTICO.....	47
RESULTADOS.....	48

DISCUSIÓN.....	58
CONCLUSIONES.....	61
PROPUESTAS.....	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
ANEXOS.....	69

INTRODUCCIÓN

La salud bucal es parte importante de nuestra salud general, es por ello que los programas preventivos son de gran ayuda para la disminución de las principales afecciones estomatológicas como son: la caries, enfermedades periodontales, lesiones en tejidos blandos y maloclusiones.

Según datos de la OMS

- Entre el 60% al 90% de los escolares de todo el mundo tiene caries dental.
- Las enfermedades periodontales que pueden desembocar en la pérdida de dientes, afectan entre un 5% y un 20% de los adultos de edad madura.
- Las maloclusiones están consideradas como la tercera patología oral de mayor prevalencia e impacto en el mundo.
- El cáncer bucal representa aproximadamente entre un 3,5 a un 5% de todos los cánceres del organismo.
- La atención odontológica curativa representa una importante carga económica para muchos países, donde entre 5% al 10% del gasto sanitario público guarda relación con la salud bucodental.¹

La calidad de vida de los pacientes se ve afectada principalmente por el dolor causado por los distintos padecimientos estomatológicos (causa frecuente por el cual acuden a consulta odontológica).

Así por tal motivo, es necesario llevar a cabo investigaciones epidemiológicas propias de nuestro medio sobre la prevalencia de las alteraciones estomatológicas, por su asociación con alteraciones sistémicas y las limitaciones que esto conlleva.

En el consultorio odontológico un número importante de pacientes con patologías estomatológicas se pueden diagnosticar; desafortunadamente el escaso conocimiento, la exploración incompleta o el pasar por alto las recomendaciones del odontólogo, propicia que éstos no sean atendidos adecuadamente por lo que, con frecuencia los pacientes se atienden en forma tardía con lesiones avanzadas o que incluso en ningún momento reciben tratamiento adecuado.

Existe un número reducido de investigaciones que se han dedicado a los aspectos epidemiológicos de patologías estomatológicas en población adolescente, la mayoría de los estudios están enfocados hacia la edad adulta y por lo tanto no son apropiados para valorar como afectan estas enfermedades a los adolescentes.

De esta forma es de suma importancia el realizar investigaciones epidemiológicas en adolescentes ya que estas nos podrán ser de gran ayuda para contribuir con el mejoramiento de la calidad de vida en esta población.

Esta investigación se llevó a cabo como parte de un convenio Inter Institucional entre la Delegación Milpa Alta y la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM, con la finalidad de realizar un diagnóstico bucal dentro de la población estudiantil de Milpa Alta,² centrándonos en esta tesis, en la población adolescente del Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos # 15 “Diódoro Antúnez Echegaray” concentrando únicamente alumnos de 16, 17 y 18 años de edad, en los meses de Mayo a Diciembre del año 2012.

Se estudió una población adolescente de 16 a 18 años con el propósito de identificar la prevalencia de las principales patologías bucales, como lo son la caries dental, parodontopatías, maloclusión, y lesiones en tejidos blandos.

MARCO TEORICO

La epidemiología se ha definido como “el estudio de la distribución y de los determinantes de los estados o fenómenos relacionados con la salud en poblaciones específicas y la aplicación de este estudio al control de los problemas sanitarios” (Last 1995). Esta definición subraya la idea que la epidemiología no solo estudia la muerte, la enfermedad y la discapacidad, sino también se ocupa de los estados de salud más en positivo y de los medios para mejorar la salud.^{3,4, 5}

El objeto de una investigación epidemiológica suele ser una población humana. Una población puede definirse geográficamente o de otra manera. Una población a menudo utilizada epidemiológicamente es la de una zona geográfica o de un país en un momento dado, Esta población es la base para definir subgrupos según sexo, edad, grupo étnico, etc. La estructura de la población varía según la zona geográfica y el momento histórico.^{3,4,5}

En el extenso campo de la salud pública, la epidemiología se utiliza en muchas formas. Por ejemplo los primeros estudios epidemiológicos trataban de la etiología de las enfermedades transmisibles, trabajo que es fundamental, ya que puede conducir a la identificación de métodos preventivos. En este sentido, la epidemiología es una ciencia médica básica cuyo objetivo es mejorar la salud de la población.^{3,4,5}

La investigación epidemiológica en las ciencias de la salud, en su desarrollo histórico, ha pasado por diferentes etapas en las cuáles los factores económicos, políticos y sociales han sido determinantes en su concepción, así como en el planteamiento de soluciones. Se pueden identificar 3 grandes

teorías epidemiológicas a saber: la unicausal, multicausal y la histórico social o crítica.⁶

PARADIGMA UNICAUSAL.

El paradigma unicausal en epidemiología, trata de reconocer una causa única y fundamental para la producción de las enfermedades, como un fenómeno ligado a los gérmenes, posteriormente a los virus, y que sustituyó a las concepciones míticas, sobrenaturales.^{6, 7}

Las características sobresalientes en este modelo son las siguientes.

- En lo que se refiere a la producción de conocimientos, prevalece un determinismo biológico-mecanicista que define al proceso salud enfermedad como un proceso predominante biológico.
- Se fomenta la atomización del organismo por medio del surgimiento de las especialidades.
- Existe una concepción desintegradora de las estructuras del organismo humano, en relación con la sociedad.
- Con respecto a la formación de recursos humanos, éste es predominantemente intramural y hospitalaria.
- Los currícula separa lo teórico de lo práctico y lo básico de lo preclínico-clínico.
- En lo que se refiere a la producción de servicios, se formula bajo complicados sistemas de atención de tipo curativo, apoyados en una costosa infraestructura técnica de diagnóstico y tratamiento, y como consecuencia de las inmensas inversiones económicas; este tipo de atención curativa, sólo permitió el acceso de pequeños grupos pertenecientes a las clases dominantes o aquellos grupos de trabajadores tecnificados y por lo tanto indispensables para la producción industrial.

- Existe un auge de nuevos procedimientos biotecnológicos.
- Una oferta de servicios basada fundamentalmente en el ejercicio privado.
- Un predominio del método clínico sobre el socioepidemiológico.
- Una función de las organizaciones gremiales alrededor del monopolio y del estatus profesional y social.^{6,7}

PARADIGMA MULTICAUSAL.

Surge la definición de SALUD por parte de la Organización Mundial de la Salud, como un estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedades.^{6,7}

Los principales teóricos de este paradigma son: Leavell y Clark y Mac Mahon, los cuales toman a lo "SOCIAL" como un factor coproductor de algunas enfermedades.^{6,7}

Las características más sobresalientes de este paradigma son:

- En lo que se refiere a la producción de conocimientos un mantenimiento de los planteamientos básicos del paradigma Flexneriano.
- Una aceptación de la existencia de factores "SOCIALES" en la producción de las enfermedades.
- Un concepto menos rígido de las especialidades.
- Un reconocimiento de la prevención y promoción para la erradicación de las enfermedades.
- Elaboración y ejecución de programas extramuros para servicios de la comunidad, conocidas como prácticas de campo.
- Una declaración de responsabilidad y proyección social de las profesiones sanitarias.
- Un reconocimiento a la importancia de algunas asignaturas sociales y humanísticas.
- Formación y utilización de personal auxiliar.⁶

De acuerdo con las características señaladas se consolida el movimiento denominado preventivista, el cual no impactó a las ciencias de la salud y sólo generó la aparición de los departamentos preventivos y sociales en las diferentes facultades y escuelas.^{6,7}

PARADIGMA HISTÓRICO SOCIAL

En América Latina la necesidad de crear alternativas teórico metodológicas que permitan entender el proceso salud enfermedad en su dimensión histórico social, fue abriendo espacios hacia otras interpretaciones cuyas bases no fueran fundamentalmente clínico-biológicas, sino que se abordaran los determinantes sociales de la problemática salud-enfermedad, conociéndose esta área como, el de la historia social del Proceso Salud Enfermedad-Epidemiología Crítica considerado como uno de los procesos de la totalidad social.^{6,7}

Las características fundamentales de este paradigma son las siguientes:

- Se pretende formar un profesionista integral, es decir que haya un equilibrio entre las áreas biológicas, clínicas y sociales.
- El objeto de estudio deberá ser analizado en sus dimensiones individual y colectiva, en la teoría y en la práctica.
- Propiciar el análisis multi e interdisciplinario de su objeto de estudio que le permitan ser un individuo crítico creativo y propositivo.
- En relación con la producción de conocimientos la investigación a realizarse deberá surgir de las distintas realidades sociales, las cuales darán las problemáticas específicas en la salud de cada una de ellas, que servirán de base para la planeación de las acciones en la producción de servicios.
- Desarrollar proyectos de investigación multi e interdisciplinarios para el estudio integral del objeto de estudio.

- Desarrollo de la tecnología apropiada acorde con la realidad social, para que ésta sea puesta al alcance de todas las personas.^{6,7}

Con respecto a los planteamientos descritos el objeto de estudio de éste paradigma es el PROCESO SALUD ENFERMEDAD.^{6,7}

El perfil epidemiológico del proceso salud enfermedad en su componente estomatológico de un grupo social o comunidad determinado, se considera como la expresión particular de las condiciones sociales generales de las personas que constituyen el grupo y que se reflejan de manera individual en el sistema estomatológico de cada uno de ellos.^{6,7}

Este comportamiento individual del proceso es el resultado de la interacción de un grupo de variables biológicas y sociales, las cuales van a ser moderadas por la forma característica de producir y consumir del grupo social al que se pertenece.⁶

De esta forma se pretende que para cualquier problema específico del sistema estomatológico, (caries, enfermedad periodontal, maloclusion, lesiones en tejidos blandos etc.) se deberán considerar a las ciencias biológicas y sociales, las básicas y las aplicadas, en sus niveles individual y colectivo para su explicación y solución.^{6,7}

Las enfermedades estomatológicas, por su alta morbilidad, se encuentran entre las de mayor demanda de atención en los servicios de salud del país, contribuyen en gran medida al ausentismo escolar y laboral, además de que

generan elevados gastos económicos al sistema de salud y a la misma población.⁸

La caries dental y la enfermedad periodontal son dos de los problemas más significativos de la Salud Pública Bucal. Existen también trastornos del desarrollo y de la erupción de los dientes, enfermedades de la pulpa, y los tejidos periapicales, anomalías dentofaciales, lesiones en la mucosa bucal, cáncer de la cavidad oral y maloclusiones que afectan a la población.⁸

Así bien, Aún cuando la caries dental y la enfermedad periodontal, son las enfermedades con mayor peso dentro de la morbilidad bucal, es necesario que el odontólogo identifique patologías menos frecuentes como la leucoplasia y eritroplasia que presentan el riesgo potencial de evolucionar hacia una lesión maligna.⁸

CARIES

El término caries procede del latín caries (podredumbre) y significa destrucción de los tejidos duros.

La caries es la enfermedad infecciosa más frecuente en la población humana, pues tan solo el 1% está libre de ella. Consiste en la destrucción de los tejidos duros dentarios producida por los ácidos de los depósitos microbianos adheridos a los dientes. En el desarrollo de la caries actúan cuatro factores determinantes: predisposición por parte del huésped, determinada flora oral, concentración local de hidratos de carbono y, por último, el tiempo que permanecen sobre la superficie dentaria.^{9, 10, 11, 12}

A través de los tiempos se han preconizado diversas teorías acerca de la naturaleza etiológica de la caries, las cuales pueden resumirse en dos grupos:

ENDÓGENAS: Sostienen que la caries es provocada por agentes provenientes del interior de los dientes.

- a. **Éstasis de fluidos nocivos.** Formulada por Hipócrates en 456 a. C., su hipótesis partía a partir del concepto de que la salud y la enfermedad estaban determinadas por el funcionamiento adecuado de los humores internos (sangre, bilis, flema y linfa). En esta perspectiva, consideraba que la caries dental era el producto de una disfunción orgánica que condicionaba la acumulación de fluidos perjudiciales en el interior de los dientes.
- b. **Inflamatoria endógena.** Galeno (130 d. C.) Compartía la visión de Hipócrates acerca de los humores, no obstante difería a su interpretación en cuanto a la etiología, afirmando que: "Los trastornos cefálicos determinan una corrupción en los humores, que fácilmente pueden pasar a la boca y producir úlceras, gingivitis, piorrea y caries"
- c. **Inflamación del odontoblasto.** El médico y odontólogo francés Jourdain (siglo XVIII) atribuía a ciertas perturbaciones metabólicas la inflamación del odontoblasto, la que a su vez promovía la descalcificación de la dentina y la posterior destrucción del esmalte.
- d. **Teoría enzimática de las fosfatasas.** Las fosfatasas son enzimas que participan en el metabolismo del fósforo y del calcio, que está relacionada con la calcificación y descalcificación de los órganos dentarios. En 1951, Osernyei sostuvo que el proceso carioso era causado por un trastorno bioquímico que determina que las fosfatasas de la pulpa actúen sobre los glicerofosfatos, estimulando la producción de ácido fosfórico, el cual disuelve los tejidos calcificados.^{9, 10, 11,12}

EXÓGENAS: Atribuyen el origen de la caries dental a causas externas.

- a. En una de las tablillas de la Biblioteca Real de Babilonia (Mesopotamia en los años 5000 y 3000 a. C.) aparece registrada por primera vez una teoría acerca del origen de la caries dental, la cual responsabilizaban a los "gusanos dentales" de la descomposición de los dientes.
- b. Quimioparasitaria. En 1890, el estadounidense Willoughby Miller publicó su libro "Los microorganismos de la boca humana", en el que afirmaba que las bacterias orales producen ácidos al fermentar los carbohidratos de la dieta y que tales ácidos disuelven el esmalte ocasionando su deterioro. Así mismo sostuvo que la evolución del proceso carioso tenía lugar en dos etapas: la primera ocasionaba la descalcificación del esmalte por bacterias capaces de producir ácidos; y la segunda producía la disolución de las estructuras descalcificadas por la intervención de microorganismos que degradan la sustancia orgánica.
- c. Gottlieb, en 1944, sugirió que la matriz orgánica que recubre las superficies de los cristales de apatita del esmalte, a modo de red era atacada antes que la porción mineral del esmalte. Sostenía que los microorganismos hidrolizan las proteínas dejando a la sustancia inorgánica desprovista de la estructura mecánica proteica que la soporta, lo que ocasiona la desintegración de los tejidos dentales.
- d. Proteólisis-Quelación. Schatz y Martin, en 1955, partiendo de la teoría proteolítica, propusieron que luego del proceso de proteólisis ocurría una quelación. Los microorganismos causantes de la caries dental comienzan el proceso degradando enzimáticamente a las proteínas, derivando en sustancias que disuelven la porción mineral del esmalte en un proceso llamado quelación, el cual se puede desarrollar por acción de moléculas orgánicas en forma de anillo, denominadas quelantes; las que al unirse a un ion, por medio de enlaces covalentes, forman una sal soluble.^{10, 11, 12, 13}

En la etiología de la caries intervienen factores predisponentes tanto generales como locales. Entre los factores generales debemos señalar la herencia, edad, dieta, factores inmunológicos, modificaciones en el medio y enfermedades generales. Los factores predisponentes locales destacan las anomalías estructurales dentarias, la presencia de surcos y fisuras en las superficies dentarias, alteraciones salivales y la placa dentobacteriana. De las bacterias presentes son pocas las causantes de la caries. Se trata principalmente *S. mutans* correspondiendo al 90%, menos importante son *S. sanguis* y el *S. sobrinus*. Los lactobacilos también están asociados a la caries, pero de manera secundaria a la actuación previa de los estreptococos.^{9, 10, 11, 12}

La caries comienza con la desmineralización de la superficie del esmalte que adquiere un color blanco mate (como la tiza), posteriormente se torna grisácea o marrón. Suele ser asintomática y sólo en ocasiones existe una ligera sensibilidad al frío. Cuando la caries penetra en la dentina, además de la retención de alimentos, es característica la sintomatología dolorosa con la ingesta de alimentos fríos, dulces, ácidos o a la masticación. Su intensidad es variable y cesa al retirar el estímulo.^{9, 10, 11, 12}

Cuando la caries avanza hasta la proximidad del tejido pulpar produce la inflamación de éste, la pulpitis con una sintomatología dolorosa más o menos intensa, que se exacerba con el calor y se mitiga con el frío, y que aumenta con la posición decúbito.^{9, 10, 11, 12}

Según algunos estudios la prevalencia de caries es cada vez mayor debido a los cambios en los hábitos alimenticios y el aumento de consumo de comidas rápidas por la generación más joven, especialmente los adolescentes. Como lo indican los siguientes estudios, realizados en Colombia, la India, en México y en la UNAM.¹³

La caries dental afecta actualmente a un porcentaje muy importante de la población Colombiana, en promedio, la historia de caries en dentición permanente es de 88,7%. Por edades, la cifra es de 19,9% a los 7 años, 71,9% a los 12 años, 89,5% en el grupo de 15 a 19 años.¹³

En cuanto a la prevalencia, 18% de la población presenta caries en la dentición permanente a los 7 años, 57% a los 12 años, 70,7% entre los 15 a 19 años. En promedio la prevalencia alcanza 65.3% para la muestra de población, y se infiere que la caries dental aumenta proporcionalmente con la edad según los resultados de la última Encuesta Nacional de Salud Bucal de Colombia, siendo la población adolescente la más afectada.¹³

En la India,¹³ estudiaron la prevalencia de la experiencia de caries (CPOD > 0), encontrando que fue de 63,2%, con un CPOD promedio de 2,91 en estudiantes de 16-18 años y 3,26 en los de 19-21. De las personas con caries, en el 68% también se observó la presencia de cálculo.

En un estudio realizado en la UNAM¹⁴ dentro del Examen Médico Automatizado (EMA) para encontrar la relación de la presencia en caries se obtuvieron los siguientes resultados: la muestra quedó conformado por 77191 estudiantes de nivel medio superior. La edad promedio de la población fue de 16 años 2 meses (48% de hombres y 52% de mujeres). La prevalencia de caries fue de 48% y de pérdida dental de 23.8 por ciento. El promedio del índice CPOD fue de 5, para los tres ciclos escolares.

Al analizar la prevalencia de caries por año y género, no se encontraron diferencias importantes durante los tres años del estudio: 2003 (29.0%), 2004 (35.3%) y 2005 (35.7%).

Para el caso de la pérdida dental, en el año 2003 se observó una prevalencia menor (31.3%) respecto de los dos años subsecuentes (2004, 34.5% y 2005, 34.2%).

En relación con el número de dientes obturados, durante los tres años del estudio los porcentajes registrados fueron similares: 2003 (29.4%), 2004 (36.6%) y 2005 (34%).¹⁴

También en un estudio epidemiológico realizado por la secretaria de salud en el año 2009 se encontró que, en el total los de niños y adolescentes de 6 a 19 años el índice CPOD promedio fue de 3.8 Las cifras muestran un incremento en la experiencia de caries dental con la edad, encontrándose el más alto a los 19 años con un promedio de 7.3 dientes. El promedio de CPOD para los adolescentes de 16 años de edad fue de 6.7, mientras que para los de 17 años el promedio fue de 6.9 y finalmente para los adolescentes de 18 años fue de 7.¹⁵

PARODONTOPATIAS

Es el proceso inflamatorio que afecta la encía y el periodonto causado por microorganismos. Cuando la inflamación afecta sólo la encía se denomina gingivitis, mientras que si afecta el periodonto (encía, cemento, ligamento periodontal y hueso alveolar) recibe el nombre de periodontitis o enfermedad

periodontal. Constituye la causa principal de pérdida de dientes en el adulto.^{9, 16, 17, 18}

La gingivitis afecta prácticamente a toda la población, pero no todos los casos progresan a una periodontitis. Tampoco todos los casos de periodontitis conllevan una pérdida progresiva de soporte periodontal.^{9, 16, 17, 18}

Aunque no está considerada como una enfermedad transmisible, estudios recientes parecen indicar que podría existir una cierta transmisión, sobre todo en hijos de enfermos periodontales. Algo parecido apunta un estudio reciente donde se indica la posibilidad de traspaso de flora periodontógena entre los miembros de la pareja.^{9, 16, 17, 18}

Se considera que el 10% de la población tiene un periodonto integro, el 80 % presenta pérdidas moderadas de soporte periodontal (de manera continua pero muy lenta), y el 10% restante sufre destrucción grave, de evolución rápida con la aparición de brotes, lo que conlleva a la pérdida dentaria^{9, 16, 17, 18}

En la etiología de la enfermedad periodontal desempeñan un papel importante las bacterias junto con los mecanismos inmunológicos alterados. La microflora gingival presente se compone principalmente de bacilos gram negativos anaerobios y aerobios facultativos en menor proporción se encuentran cocos gram negativos anaerobios y gram positivos. Se sabe que *A. Actinomycetemcomitans* y el *Porphyromonas gingivalis* está presente en más del 70 % de los pacientes con algún tipo de periodontitis.^{9, 16, 17, 18}

La gingivitis por placa es la más frecuente de todas, pues prácticamente afecta al 100% de la población en algún momento. Se produce por la acumulación de bacterias en el surco gingival, que producen una inflamación de la encía con eritema, tumefacción y hemorragia. La gingivitis puede producirse también por irritación física y desecación como sucede en pacientes que respiran por la boca.^{9, 16, 17, 18}

La periodontitis puede ser consecuencia de la evolución de una gingivitis, en individuos susceptibles, que termina por afectar el periodonto. La proliferación de microorganismos hacia la profundidad del surco gingival conlleva la rotura del epitelio de unión, y la consiguiente proliferación intratisular desencadena la destrucción del ligamento periodontal y del hueso alveolar. La lesión patognomónica de la periodontitis es la bolsa periodontal, aumento de la profundidad del surco gingival. Los límites de la bolsa periodontal están formados en superficie por el nivel de la cresta marginal, el fondo lo constituyen las fibras gingivales y del ligamento periodontal, así como el hueso alveolar, la pared interna a forma el cemento dentario contaminado por microorganismos y la pared externa está constituida por el epitelio interno de la encía, ulcerado e infiltrado por células inflamatorias.^{9, 16, 17, 18}

En la periodontitis evolucionada disminuye la altura de la encía, que deja al descubierto parte de la raíz. Por otro lado, la pérdida de soporte del hueso alveolar hace que los dientes comiencen a adquirir cierto grado de movilidad lo cual favorece que los dientes del grupo anterior se adelanten y abran en forma de abanico.^{9, 16, 17, 18}

Existe una clasificación de enfermedades periodontales aceptada y consensuada por el International Workshop for the classification of the

Periodontal Diseases de 1999, organizado por la American Academy of Periodontology (AAP).

- Enfermedades gingivales
 - Enfermedades gingivales inducidas por placa.
 - Lesiones gingivales no inducidas por placa.
- Periodontitis crónica
 - Localizada
 - Generalizada
- Periodontitis agresiva
 - Localizada
 - Generalizada
- Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas
- Enfermedades periodontales necrosantes
 - Gingivitis ulcerativa necrosante
 - Periodontitis ulcerativa necrosante
- Abscesos del periodoncio
 - Absceso gingival
 - Absceso periodontal
 - Absceso pericoronario
- Periodontitis relacionada con lesiones endodónticas
 - Lesión endodóntica-periodontal
 - Lesión periodontal-endodóntica
 - Lesión combinada.^{9, 16, 17, 18}

La tendencia a la no progresión de lesiones en adolescentes sanos es tan marcada que una enfermedad periodontal generalizada con pérdida de hueso de inserción hace indispensable estudiar la salud general.⁸

Dentro del estudio realizado en 2009 por parte de la Secretaria de Salud en México se demostró que en adolescentes de 15 a 19 años, el 59 % de los adolescentes tenían un periodonto sano, el 19.4 % presento solo una ligera hemorragia mientras que el 19.1% presento calculo y solo el 2.2% tuvo presencia de bolsas periodontales superficiales, de las cuales menos de 1% resultaron ser bolsas periodontales profundas.¹⁵

En un estudio realizado en la Clínica de Ortodoncia del CIEAO de la Facultad de Odontología de la UAEM.¹⁹ se examinaron a 35 pacientes de ambos sexos, mayores de 12 años, durante seis meses. Acorde al índice gingival los pacientes con gingivitis leve aumentaron conforme transcurren los seis meses a 65.7% y pacientes con gingivitis severa aumentan hasta un 11.4%. Disminuye la cantidad de pacientes sanos según el Índice de Registro Periodontal Simplificado de un 80% al 60%. Ningún paciente llegó a formar bolsas periodontales. Después de seis meses los molares fueron los órganos dentales más involucrados periodontalmente con el 42.9%.

Según Orozco y col.²⁰ en un estudio realizado en la zona de Tlalnepantla Estado de México indico que la prevalencia y gravedad de la gingivitis indican que esta enfermedad inicia a los cinco años, su punto más alto es la pubertad. Por lo que se determinó la prevalencia de la gingivitis en 1,263 alumnos adolescentes de 13 a 17 años. De acuerdo al índice de Ramfjord se revisó el margen gingival en los dientes 16, 21, 24, 36, 41, 44 de la población seleccionada y se calificó de acuerdo al mismo. En el examen gingival el 55.9% presenta salud gingival y el 44% presenta diferentes grados de gingivitis. De estos últimos 80.9% padece gingivitis leve, 16.5% gingivitis moderada y 2.5% gingivitis severa.

LESIONES EN TEJIDOS BLANDOS

La mucosa bucal, tiene entre sus funciones la protección a los tejidos subyacentes de la cavidad bucal, la sensibilidad, la regulación de la temperatura, y la secreción de saliva, enzimas y anticuerpos. Presenta adaptaciones o variantes de la normalidad que son el resultado de cambios evolutivos, no heredados, y algunas son resultados de la función durante la vida del individuo.²¹

La mucosa bucal, de acuerdo a su estructura, se clasifica en tres tipos: a) de cubierta o revestimiento, b) masticatoria y c) especializada.²¹

A. La mucosa de cubierta o revestimiento, es no queratinizada, flexible, de color rosado y reviste la parte interna de los carrillos, los labios, el paladar blando, el vientre de la lengua y el piso de la boca. Cuya mucosa es la más vascularizada y delgada de toda la mucosa bucal.²¹

B. La mucosa masticatoria cubre estructuras inmóviles como las encías y el paladar duro, es paraqueratinizada, de color rosa pálido, y es firme y gruesa debido a que se encuentra expuesta a las fuerzas compresivas y abrasivas de la masticación.²¹

C. La mucosa especializada es paraqueratinizada, se localiza en el dorso de la lengua y se encuentra asociada a la función gustativa gracias a las papilas localizadas en toda su superficie.²¹

Las alteraciones de la mucosa bucal potencialmente malignas, al igual que el cáncer bucal, tienen una gran variedad de presentaciones clínicas, que se encuentran dentro del espectro de las llamadas lesiones elementales²¹.

A continuación se describen las lesiones con las cuales realizaremos la recolección de datos para este trabajo, las cuales fueron seleccionadas con base a estudios epidemiológicos realizados en otros países (Europa y América Latina), de las entidades que mayor registro alcanzaron.⁶

LEUCOPLASIA

La Leucoplasia Bucal fue definida por el Grupo Colaborador de la OMS sobre lesiones blancas, como una lesión predominantemente blanca de la mucosa oral que no se remueve mecánicamente, que no puede ser caracterizada como otra lesión definible y que puede sufrir una transformación maligna, su etiología se ha asociado con el consumo de tabaco y alcohol.²²

Cuando el odontólogo general detecta este tipo de lesiones debe realizar la derivación correspondiente a fin de que el estomatólogo realice la biopsia determinando la oportunidad y sitio más adecuados para la obtención de resultados confiables ya que esta lesión puede evolucionar a cáncer.²²

ERITROPLASIA

El término eritroplasia fue introducido por Queyrat en 1911 cuando describió las lesiones sifilíticas genitales, pues esta entidad clínica resultaba inespecífica en cuanto a la valoración de su causa. Shear clasificó las eritroplasias en 3 grupos: eritroplasia homogénea (presenta coloración rojiza y son más circunscritas y delimitadas), eritroplasia "moteada" (son sobreelevadas) y la eritroleucoplasia plana y lisa (alternan focos lesionales rojizos y blanquecinos).²³

Al respecto, la eritroplasia es una lesión preneoplásica, que aparece como una mancha o placa eritematosa (roja), aislada, de superficie lisa y aterciopelada, cuyo desarrollo no responde a un trastorno sistémico con manifestación bucal. Esta afección tiende a situarse profundamente en las superficies epiteliales, en cualquier sitio de la mucosa oral, y posee bordes bien circunscritos o definidos, con una extensión que varía desde milímetros a varios centímetros. Las lesiones aparecen en ambos sexos, pero muestran mayor incidencia en los hombres y en las edades comprendidas entre 40 y 60 años.²³

Los cambios originados en el epitelio mucoso se deben a la acción del tabaco, ya sea por el calor causado durante su combustión o por las sustancias químicas incluidas. La eritroplasia es asintomática, pero por estar asociada al consumo de tabaco y ser, en muchas ocasiones, una de las condiciones iniciadoras en este vicio, puede presentar sequedad bucal, producida por el abuso de este nocivo hábito.²³

LIQUEN PLANO

El liquen plano oral es una enfermedad inflamatoria de la mucosa que actualmente se considera como un trastorno inmunitario. Su potencial precanceroso puede ser debido, a que la pérdida parcial de la mucosa hace que sea más susceptible a la acción de los factores carcinógenos o que el Liquen Plano en sí presente una tendencia natural a la transformación maligna. El porcentaje de degeneración maligna se estima entre el 1- 10%. El potencial de transformación maligna de liquen plano oral es todavía controversial. La expresión de las proteínas relacionadas con la proliferación celular y la apoptosis en el liquen plano oral y la displasia epitelial han sido analizadas para evaluar el verdadero potencial de transformación maligna de la enfermedad.²⁴

HIPERQUERATOSIS ORAL

Estas lesiones son semejantes a la leucoplasia, son más frecuentes en las áreas expuestas a radiaciones solares (labios por ejemplo), presentan tendencias hacia la malignidad, con mayor riesgo mientras más tiempo se tenga la lesión.⁶

ÚLCERA CON CAUSA APARENTE

Lesión destructiva de tejidos blandos bucales cuyo fondo es limpio o se encuentra recubierto por una membrana gris-amarillenta, asintomática o dolorosa al tacto y directamente relacionada con una causa que pueda explicarse. La causa puede ser prótesis total o removible, aparatos de ortodoncia, bordes dentarios agudos cortantes o de restauraciones, trauma físico accidental o intencional u otras.⁶

ÚLCERA SIN CAUSA APARENTE

Lesión destructiva de tejidos blandos bucales, de bordes regulares o irregulares, blandos o duros, elevados o no, cuyo fondo es limpio o se encuentra recubierto por una membrana gris-amarillenta, asintomática o dolorosa al tacto para la cual no puede establecerse una causa aparente y además ha persistido por varias semanas.⁶

AUMENTO TISULAR CON CAUSA APARENTE

Crecimiento firme recubierto por mucosa de color normal o blanquecino, de base sésil o pediculada, de tamaño y forma variable, asintomática y que tiene una causa demostrable. La causa de estos aumentos de tejido pueden ser traumática, hábitos de morderse el carrillo, trauma de la mucosa oral, por diastemas o ausencia de órganos dentarios, alteraciones de la línea de oclusión y otras. Cuando es producido por prótesis, puede ser doloroso al tacto.⁶

AUMENTO TISULAR SIN CAUSA APARENTE

Crecimiento de tejido blando o duro (hueso), recubierto por mucosa de color normal o blanquecino, de base sésil o pediculada con tamaño y formas variables, asintomática o dolorosa al tacto y al cual por medio de interrogatorio o examen clínico no puede asociarse a una causa determinada.⁶

ABSCESO

Los abscesos odontogénicos incluyen un amplio grupo de infecciones agudas que se originan en los dientes o en el periodonto. Estos abscesos se asocian con una serie de síntomas entre los que figura una inflamación purulenta localizada en los tejidos periodontales que produce dolor y tumefacción y constituyen una de las causas principales de que los pacientes soliciten asistencia médica dental. Las lesiones pueden ser clasificadas según el origen de la infección en abscesos periapicales, periodontales y pericoronarios.¹⁷

FÍSTULA

La fístula es un conducto o trayecto patológico que viene de la profundidad y se abre camino hacia las partes sanas superficiales. Su salida es un orificio del que emanan secreciones en general purulentas. En su mayoría se relacionan con procesos infecciosos.²⁵

HERPES LABIAL RECURRENTE

El herpes labial se caracteriza por la presencia de múltiples vesículas pequeñas, dispuestas en forma de racimo, que se rompen y coalescen formando una úlcera mayor, la cual se cubre con una costra y cura entre siete y catorce días. Fiebre, estrés, desequilibrio hormonal, exposición a la luz solar, etc., predisponen a sufrir estas lesiones, que se ven precedidas de una sensación de quemadura en el sitio donde se van a desarrollar.²⁶

La epidemiología de las enfermedades de la cavidad bucal ha estado ubicada en un plano secundario, sin recibir la atención apropiada en la planificación del servicio de salud bucal y se encuentran pocas investigaciones como la presente investigación realizada en Venezuela con la finalidad de identificar las lesiones más frecuentes del sistema estomatognático de la población infantil y adolescente, ya que en Venezuela como en la mayoría de los países de América Latina, la investigación en esta área es limitada y en consecuencia la descripción de estas lesiones patológicas, son hechos basándose en estudios extranjeros, lo cual corresponde a otros grupos raciales, estructuras socioeconómicas y culturales diferentes que modulan de manera substancial la aparición y prevalencia de las diversas patologías bucales.²⁷

En el presente estudio la tasa de prevalencia de lesiones en los tejidos blandos en niños y adolescentes de 2 a 17 años de edad fue de 82 lesiones el 37,34%, la cual contrasta con un estudio similar realizado por Kleiman quien encontró el 4,1% en una población de niños de 5 a 17 años de edad, donde es importante exponer que la edad es similar en ambos estudios, sin embargo en nuestra latitud es alta y es posible a los hábitos tabáquicos, de estrés, deficiencias nutricionales y de alteraciones inmunológicas.²⁷

En México²⁸ aunque prácticamente es nula este tipo de investigaciones hay estudios como el siguiente que nos muestra cuales son las principales lesiones que se pueden encontrar en cavidad bucal. Estudio de 3,293 registros de diagnósticos histopatológicos de un laboratorio de patología bucal; de 2,018 casos, 61.2% se presentaron en mujeres y 36.2% en hombres. Los datos se tomaron de las historias clínicas enviadas por los cirujanos con la biopsia, que es marcada con un número de registro, edad, género, localización, sintomatología, donde se describe macroscópicamente y microscópicamente, y

por último el diagnóstico histopatológico; se encontraron 357 lesiones diferentes, siendo las más frecuentes las siguientes: hiperplasia fibrosa, granuloma periapical, mucocele, hiperplasia fibrosa inflamatoria, granuloma piógeno, quiste periapical, folículo dental, papiloma, quiste dentígeno y displasia leve.

Las lesiones inflamatorias, seguidas de las neoplásicas fueron las más comunes en el estudio. Las décadas de la vida más afectadas fueron la segunda y la tercera. Las áreas de localización más comunes fueron: mandíbula, maxilar, labio, encía, y mucosa yugal; 1,804 casos (54.7%) se presentaron en tejidos blandos, y en tejidos duros fueron 1,313 casos (39.8%). Al comparar el diagnóstico clínico con el diagnóstico histopatológico emitido por el laboratorio, el 65.6% no coinciden, y sólo coinciden el 26.3% de los diagnósticos clínicos. El género femenino fue el más afectado.²⁸

Por otro lado en el estudio del 2008 de la Secretaria de Salud en México se mostro que el cáncer bucal es más común en hombres que en mujeres. Como el riesgo de desarrollar cáncer bucal aumenta con la edad, la mayoría de las muertes registradas en el país ocurren en personas de más de 60 años. Acorde con los datos del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), en el 2008 se registraron 930 defunciones, registradas por tumor maligno de labio, cavidad bucal y faringe durante ese año, claramente se observa que el mayor número de defunciones se registra en hombres de 75 a 79 años.¹⁵

Otra investigación realizada en Venezuela²⁹ está, en una población total de 88 pacientes distribuidos en cuatro entidades, pacientes entre 12 y 19 años de edad, de estos 69 pacientes (91%) presentaron 122 lesiones y 19 pacientes (9%) no presentó lesiones; Las lesiones más frecuentes fueron la Queilitis

Actínica con un 17%, Leucoplasia con 13%, Morsiscatum Bucarum y Fibroma Traumático con 12% cada uno, también se observaron lesiones como Nevos, Mucocele, Úlcera Traumática entre otras. La edad de mayor prevalencia fue entre 16 y 17 años con 68%

Con éste estudio se evidencia la incidencia de lesiones premalignas como es la Leucoplasia en una población adolescente; situación preocupante por demás por la capacidad de transformación neoplásica de sus tejidos y aún más si se relaciona con hábitos como el fumar, alcohol y facticias (lesiones autoinducidas), que pudieran potencializar cambios celulares a nivel de la cavidad bucal de esta población.²⁹

MALOCLUSIÓN

Oclusión (planos terminales de Angle). Cuando llegamos al problema de maloclusiones en salud pública, nos encontramos casi desprovistos de métodos apropiados de medición. En realidad, es muy reciente la inclusión del problema de la ortodoncia como parte de los programas de odontología sanitaria, y esto ha sido así incluso en países de amplios recursos. Los índices de maloclusion podrían ser enfocados desde dos puntos de vista: el ortodoncista y el del sanitarista.^{6, 30, 31, 32}

El primero llevado por su especialización, trataría de medir anormalidades óseas, comprobar en una población el número total de individuos cuyas relaciones dentomaxilares se presentan en desacuerdo con el concepto, un tanto abstracto, de oclusión normal. El sanitarista echa de menos en dichos índices un criterio importante que debía estar comprendido; el de necesidades

de tratamiento desde el punto de vista del ajuste del individuo para la vida en sociedad.^{6, 30, 31, 32}

La maloclusión es una desviación de la relación normal de los dientes hacia otros dientes en el mismo arco dentario o a los dientes del arco opuesto. Una maloclusión se puede considerar normal si la persona se permite efectuar la masticación con mecanismos fisiológicos normales, y se mantienen sanas e íntegras las estructuras asociadas a los dientes (parodonto, ATM y músculos).^{6, 30, 31, 32}

Etiología de maloclusiones. Dado que la oclusión es el resultado final de crecimiento de tres tipos de tejidos (óseos, músculos y dentales), cada una de ellas bajo determinantes genéticas y modificaciones ambientales que no son necesariamente las mismas para todos los individuos, podemos agrupar la etiología de maloclusiones en:

- A.- factores hereditarios ó congénitos (ausencia de dientes).
- B.- factores locales ó adquiridos (hábitos nocivos, dieta).
- C.- factores sistémicos (crecimiento de los huesos, acromegalia).^{6, 30, 31, 32}

La clasificación de Angle es el método más comúnmente utilizado para evaluar la relación oclusal existente entre los dientes permanentes, la cual contempla tres categorías: la maloclusión Clase I, II y III, dividiendo y subdividiendo a estas dos últimas en subgrupos reconocibles, englobando en una sola categoría a la Clase I, a pesar de ser la alteración en la oclusión dental de mayor prevalencia, lo que provoca un esfuerzo en el odontólogo para clarificar los conceptos con respecto a las discrepancias más comúnmente vistas en las maloclusiones

dentro de esta categoría, la cual es causada, en la mayoría de las veces por displasias dentarias y con menor frecuencia por displasias esqueléticas u óseas.³³

Durante una investigación realizada en Chalco municipio del Estado de México sobre prevalencia de maloclusiones en adolescentes donde la población encuestada presentó una tasa de prevalencia por maloclusiones de 6,4:100 adolescentes. De los casos de maloclusión detectados con base a la clasificación de Angle, la Clase I fue la más frecuente, ya que el 72,8% de los jóvenes examinados la presentó. La Clase II fue la segunda más frecuente en el 13,5% de los casos detectados con maloclusión y finalmente la Clase III en el 10,1%, mostrándose que la frecuencia de maloclusiones Clase I fue cinco y siete veces mayor en comparación de los casos de maloclusión Clase II y III, respectivamente. Así mismo, los casos de normoclusión fue observada tan sólo en casi cuatro de cada cien adolescentes (3,5:100 adolescentes).³³

De igual forma se estudió el caso de 428 pacientes que recibieron tratamiento en la División de Estudios de Posgrado e Investigación (DEPeI). Este estudio se realizó a partir de una investigación de maloclusiones, de acuerdo con la clasificación de Angle, en una muestra proveniente de 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. Se seleccionaron personas entre 8 y 40 años de edad, y se obtuvo una base de datos en Excel que contiene el expediente con la historia clínica de cada paciente, con el 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%. No se encontraron asociaciones significativas entre la edad, el sexo y el tipo de maloclusión. Lo anterior, a través de un análisis descriptivo, transversal y retrospectivo de la información para identificar el tipo de maloclusiones existentes.³⁴

El presente estudio se llevó a cabo en el Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos "Diódoro Antúnez Echegaray" # 15 que se ubica en el pueblo de San Antonio Tecomitl en la Delegación Milpa Alta con el propósito de identificar la prevalencia de las principales patologías bucales, como lo son la caries dental, parodontopatías, maloclusión, y lesiones en tejidos blandos, en la población adolescente de 16 a 18 años.

La Delegación Milpa Alta es una de las 16 Delegaciones del Distrito Federal, situada en el centro del país y al sur del Distrito Federal, colinda al norte con las Delegaciones de Xochimilco y Tláhuac, al sur con el Estado de Morelos, al este con el Estado de México y al Oeste con la Delegación Tlalpan.³⁵

La altitud y orográfica de Milpa Alta propician temperatura más bajas que en la Cuenca del valle de México, pero también mayor nubosidad y lluvias. Las temperaturas varían entre los 8 – 14 grados centígrados y la altitud entre 3250 a 3700 metros sobre el nivel del mar.³⁵

Milpa Alta se divide en doce pueblos:

- San Antonio Tecomitl
- San Juan Tepenahuac
- San Francisco Tecoxpa

- San Jerónimo Miacatlan
- San Agustín Ohtenco
- San Lorenzo Tlacoyucan
- San Pedro Atocpan
- San Bartolomé Xicomulco
- San Pablo Oztotepec
- San Salvador Cuauhtenco
- Villa Milpa Alta
- Santa Ana Tlacotenco.³⁵

Con relación a los sistemas de salud esta delegación cuenta con 32813 derechohabientes de los cuales 13075 pertenecen al IMSS, 18998 al ISSSTE, 316 a PEMEX, Defensa Nacional o Marina, 277 en otra institución como puede ser de Salud Pública o Privada, 6249 no son derechohabientes y 1470 no especificaron. Cuenta con una clínica de medicina familiar del ISSSTE, 14 unidades médicas del Gobierno del Distrito Federal y un Hospital General. Con respecto a la salud bucal, en abril del 2006 se firma un convenio inter institucional entre la Delegación Milpa Alta y la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM, con la finalidad de realizar investigación en Salud Pública.²

San Antonio Tecomitl cuenta con una población aproximada de 12 mil habitantes. Para los cuales en situación educacional existen 7 primarias, 2 secundarias y un CECyT Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos.³⁵

Es esta la población con la que se trabajó para identificar la prevalencia de las principales patologías bucales, como lo son la caries dental, parodontopatías, maloclusion y lesiones en tejidos blandos, donde se requerirán de distintos

indicadores epidemiológicos, como son el CPOD para el registro de la presencia o no de caries, el IHOS y el IPMA para el estudio de las parodontopatías, en cuanto a las maloclusiones con la clasificación de Angle, y por último para la selección de entidades en tejidos blandos se clasificará en cuatro grupos: Entidades blancas y rojas. (Leucoplasia, Eritroplasia, Lique plano, Hiperqueratosis oral). Lesiones ulceradas. (Úlcera sin causa aparente, úlcera con causa aparente). Aumento tisulares. (Aumento tisular con causa aparente, aumento tisular sin causa aparente). Otras. (Absceso, Fístula, Herpes labial).

JUSTIFICACIÓN

Lamentablemente en la actualidad hay escasa información con respecto a la salud bucal dentro de la población adolescente, aún a pesar de que en la actualidad la pirámide poblacional de México en su parte más amplia encontramos población que va de los 16 a los 20 años de edad, aunado a esto el poco interés o el escaso apoyo a investigaciones dentro de la salud pública en el campo de la salud bucal, nos da como resultado el interés de esta investigación.

Así a través del programa de salud bucal de la delegación Milpa Alta en convenio con la FES Zaragoza, por medio de la revisión de los adolescentes del Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos # 15 durante el periodo de mayo a Diciembre del año 2012, se obtuvo la prevalencia de las patologías bucales más comunes en estos adolescentes pudiendo observar cual es el sexo más afectado y conocer los factores predisponentes en esta etapa de la vida para la aparición de estas enfermedades.

De tal forma, es conveniente el desarrollo de investigaciones y estudios nuevos que den a conocer las principales causas de las enfermedades bucales y en general conocer el estado bucal de los adolescentes; del mismo modo conocer las necesidades de esta población tan poco estudiada, dentro del ámbito bucal y de esta forma dar un mejor servicio, así también el tratar de proponer e implementar nuevos programas preventivos de salud bucal que vayan enfocados a esta población y a raíz de esto aportarles a nuestros adolescentes un mejor estilo de vida ya que no podemos dejar de lado el hecho que en la actualidad el tener una salud completa nos permite desarrollarnos en plenitud en todas nuestras actividades.

Así de esta manera también contribuir con nuevo material de consulta dentro del área de salud bucal pero sobre todo contribuir para un mejor desarrollo de los adolescentes a través de una mejor salud integral.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existe escasa información sobre problemas de salud bucal a nivel nacional y local en la población adolescente, y más aún en comunidades en plena transición de una situación rural a urbana como es el caso de la población adolescente del Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos # 15 “Díodoro Antúnez Echegaray”, escuela de nivel bachillerato localizada en Dr. Gastón Melo Núm. 41 en San Antonio Tecomitl dentro de la delegación Milpa Alta.

Ante esta situación de una comunidad en transición de una situación rural a urbana fue de nuestro interés conocer ¿Cuál es el perfil epidemiológico estomatológico de la población adolescente, de 16 a 18 años de edad del plantel Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos # 15 “Díodoro Antúnez Echegaray” en el período de Mayo a Diciembre de 2012?

OBJETIVO GENERAL

Identificar el perfil epidemiológico estomatológico de la población adolescente de 16-18 en el Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos # 15 “Diódoro Antúnez Echegaray” en el periodo 2012 para la elaboración de programas de promoción y prevención en la salud bucal para el control de las enfermedades de mayor prevalencia.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar la prevalencia de caries dental en los adolescentes de 16 a 18 años del Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos # 15 “Diódoro Antúnez Echegaray” por edad y sexo.

Describir la prevalencia de parodontopatías en los adolescentes de 16 a 18 años del Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos # 15 “Diódoro Antúnez Echegaray” por edad y sexo.

Demostrar la distribución y frecuencia de las lesiones en tejidos blandos en los adolescentes de 16 a 18 años del Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos # 15 “Diódoro Antúnez Echegaray” por edad y sexo.

Describir la prevalencia de maloclusiones en los adolescentes de 16 a 18 años del Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos # 15 “Diódoro Antúnez Echegaray” por edad y sexo.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio.

Transversal, Descriptivo, Observacional y prolectivo

Universo de estudio.

Población de 16 a 18 años del Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos # 15 “Diódoro Antúnez Echegaray “

Muestra: Se establecerá por conveniencia de acuerdo a los alumnos que se encuentren en el plantel dentro de las aulas el día de la revisión. No se tomarán en cuenta los adolescentes que se encuentren en actividades de Talleres y Educación Física.

Variables.

Independientes:

VARIABLE	DEFINICIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Cuantitativa Discreta	16,17 y 18 años
Sexo	Condición orgánica que nos permite distinguir el macho de la hembra en seres humanos.	Cualitativa Nominal	Masculino Femenino

Dependientes.

VARIABLE	DEFINICIÓN	NIVEL DE MEDICION	OPERACIONALIZACIÓN
Caries	Problema específico del proceso salud enfermedad multicausal y que se manifiesta por la desmineralización del esmalte dental por mecanismos de acción bacteriana ⁵	Cuantitativa Continua	CPOD
Parodontopatías	Problema específico del proceso salud enfermedad multicausal y que se manifiesta primero por la inflamación de las encías y posteriormente por la destrucción del tejido parodontal. ⁵	Cualitativa Continua	IHOS IPMA
Maloclusión	Problema específico del proceso salud enfermedad multicausal y que se manifiesta por la des-armonía dental con relación al macizo craneofacial. ⁵	Cualitativa Nominal	Clasificación de Angle

Lesión en tejidos blandos	Alteraciones en la mucosa bucal de tipo infeccioso, bacteriano, virales y fúngicas. ⁵	Cualitativa Nominal	Clasificación
---------------------------	--	---------------------	---------------

Técnicas

La ficha epidemiológica que se utilizó está conformada:

- La primera parte por los datos personales del escolar.
- La segunda parte por los indicadores epidemiológicos (anexo 1)

Para caries dental el CPOD

Los códigos para los dientes permanentes en relación con la caries dental son los siguientes:

Dientes permanentes código	Condición/Estado
0	No erupcionado
1	Cariado
2	Obturado
3	Extraído
4	Con extracción indicada
5	Sano

Para parodontopatías IHOS, IPMA códigos y criterios:

IHOS

Criterios de clasificación y registro de placa dentobacteriana.

Criterios	Códigos
Ausencia de placa dentobacteriana o mancha extrínseca en la superficie examinada. ⁵	0
Presencia de placa dentobacteriana, cubriendo hasta un tercio de la superficie del diente, o ausencia de placa dentobacteriana, mas presencia de mancha extrínseca. ⁵	1
Presencia de materia alba cubriendo más de 1/3 pero no más de 2/3 de la superficie examinada, podrá o no haber presencia de mancha extrínseca. ⁵	2
Presencia de materia alba cubriendo más de 2/3 de la superficie examinada, podrá haber o no presencia de mancha extrínseca. ⁵	3

Criterios de clasificación y registro de cálculo dental.

Criterios	Códigos
Ausencia de cálculo supra o subgingival. ⁵	0
Presencia de cálculo supragingival cubriéndolo más de 1/3 de la superficie examinada. ⁵	1
Presencia de cálculo supragingival cubriendo más de 1/3 pero no más de 2/3 de la superficie examinada o bien presencia de pequeñas porciones de cálculo subgingival. ⁵	2
Presencia de cálculo supragingival cubriendo más de 2/3 partes de la superficie examinada o bien presencia de cálculo subgingival en banda. ⁵	3

IPMA

Criterios de clasificación de hallazgos clínicos de la enfermedad papilar, marginal y adherida de la encía.

Descripción	Clasificación	Código
Presencia de inflamación de la papila interdientaria. ⁵	Papilar	1
La inflamación es localizada en la encía libre. ⁵	Marginal	2
Gingivitis de la porción adherida es muy rara en los niños y adolescentes. Se encuentra alterada en la gingivitis crónica. ⁵	Adherida	3
Cuando la encía papilar, marginal y adherida no se encuentran alteradas ni perdida de su función. ⁵	Sano	0

Para maloclusion clasificación de Angle códigos y criterios:

Criterios	Clasificación	Clave Angle	Código
El arco dental inferior y el cuerpo del maxilar inferior se encuentran en relación normal mesiodistal respecto al arco dental superior, la cúspide mesiobucal del segundo molar temporal o primer molar permanente superior, se adapta o cierra el surco bucal del segundo molar permanente inferior, cuando los maxilares se encuentran en posición de reposo y los dientes se aproximan en oclusión céntrica. ⁵	Plano terminal neutro- oclusión	I	1

<p>El arco dental inferior y el cuerpo del maxilar inferior se encuentran en relación distal respecto del arco dental superior. La cúspide distobucal del segundo molar temporal o primer molar permanente superior ocluye sobre el surco bucal del segundo molar temporal o primer molar permanente por una intercuspidación anormal de los temporales.⁵</p>	<p>Plano terminal distal disto-oclusión</p>	<p>II</p>	<p>2</p>
<p>El arco dental inferior y el cuerpo del maxilar inferior se encuentran en situación mesial respecto al arco dental superior, las cúspides mesiobucales del segundo molar temporal o primer molar permanente superior, ocluyen en el espacio comprendido entre la cara distal de las cúspides distales de los primeros molares inferiores.⁵</p>	<p>Plano terminal mesial largo</p>	<p>III</p>	<p>3</p>

Lesiones en Tejidos Blandos criterios:

Los criterios que se siguió para la selección de entidades fueron dados con base en estudios epidemiológicos realizados en otros países (Europa y América Latina), y de las entidades que mayor registro alcanzaban en estos. Estas entidades se encuentran clasificadas en cuatro grupos:

1. Entidades blancas y rojas. (Leucoplasia, Eritroplasia, Liquefación plana, Hiperqueratosis oral).
2. Lesiones ulceradas. (Úlcera sin causa aparente, úlcera con causa aparente).

3. Aumento tisulares. (Aumento tisular con causa aparente, aumento tisular sin causa aparente).
4. Otras. (Absceso, Fístula, Herpes labial).

Recursos

Humanos:

- a) Pasante de la carrera de cirujano dentista
- b) Asesores profesores de la carrera de cirujano dentista

Físicos:

- a) Espacios que se han proporcionado por los directivos del Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos

Materiales:

- a) fichas epidemiológicas
- b) básicos (espejo, cucharilla, explorador y pinza)
- c) plumas
- d) lápices
- e) hojas
- f) computadora

Financieros:

Los recursos financieros serán proporcionados por el propio pasante y por la delegación Política de Milpa Alta.

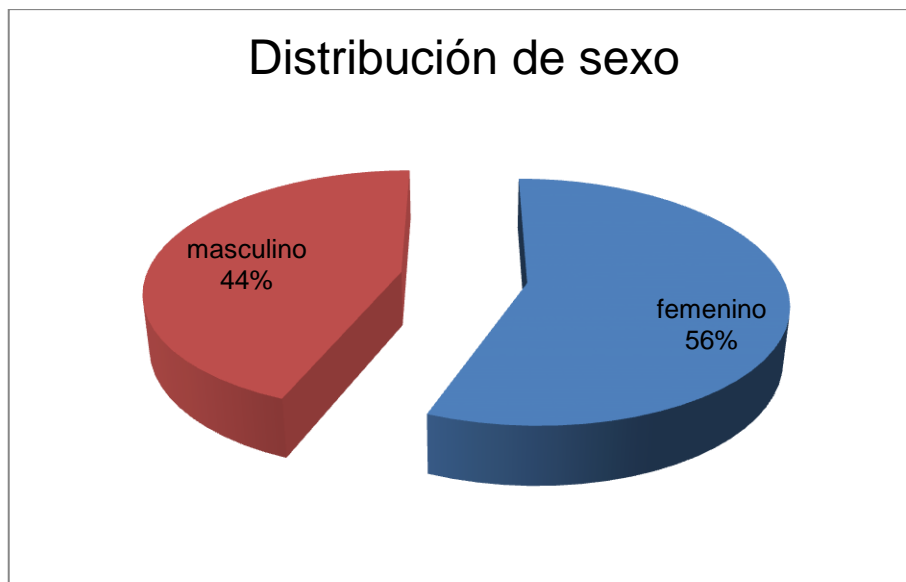
Diseño estadístico

La información que se levantó en la ejecución de este proyecto de investigación se capturó en el programa SPSS versión 15.0, en el que se obtuvo las estadísticas descriptivas como son los: promedios, porcentos, desviación Standar. Diferencias estadísticas de los problemas bucales con respecto al sexo la t de Studen, y a la edad, la X^2

RESULTADOS

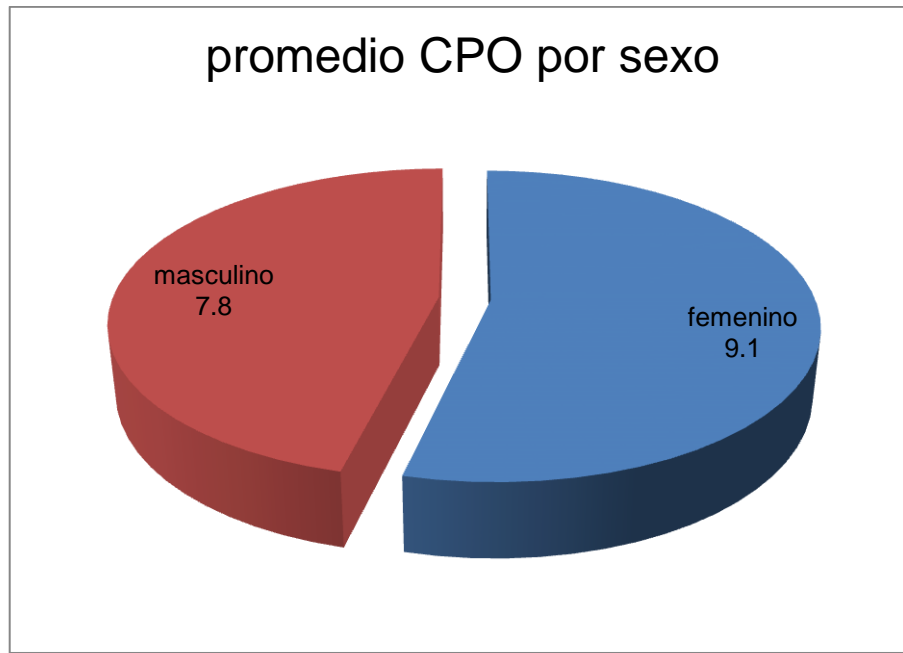
Dentro de los 164 adolescentes que participaron en este estudio el 56% (92), corresponde al sexo femenino, mientras que el 44% (72), al masculino. (Gráfico 1)

GRÁFICO 1



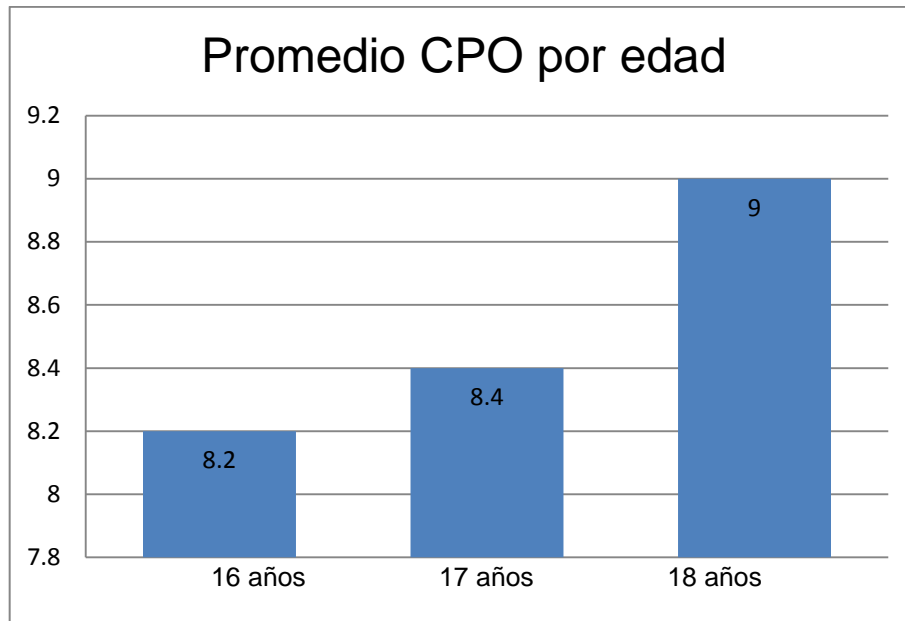
De acuerdo al indicador CPO, el promedio general fue de 8.5, mientras con respecto al promedio de caries dental, obturados y perdidos (CPO), y su relación con el sexo, tenemos que en el sexo femenino fue de 9.1 y en el sexo masculino de 7.8 (Gráfico 2)

GRÁFICO 2



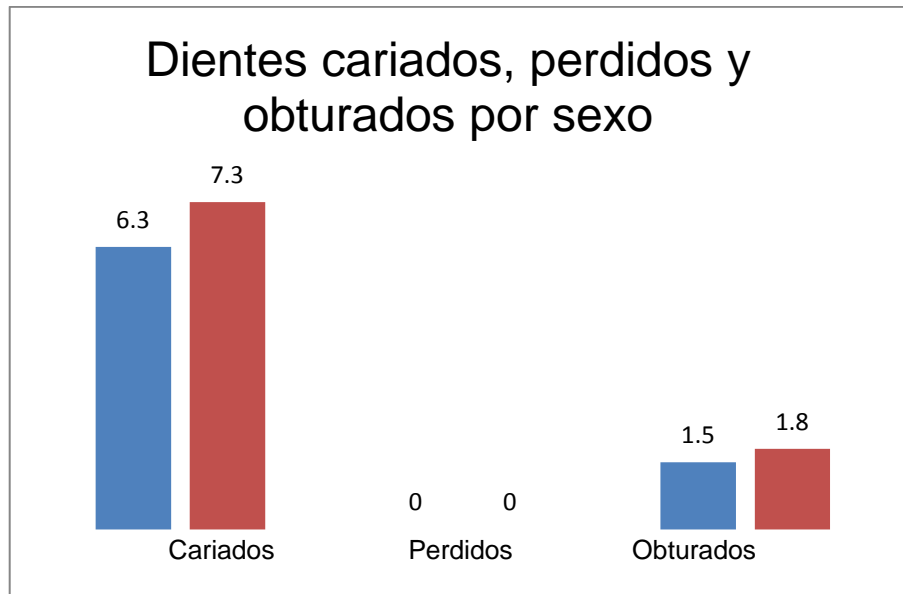
El promedio de CPO con respecto a la edad, se observó que los alumnos de mayor edad contaban con un mayor promedio ya que a los 18 años el promedio fue de 9.0, mientras que a los 16 años fue de 8.2, a los 17 años de 8.4 (Gráfico 3)

GRAFICO 3



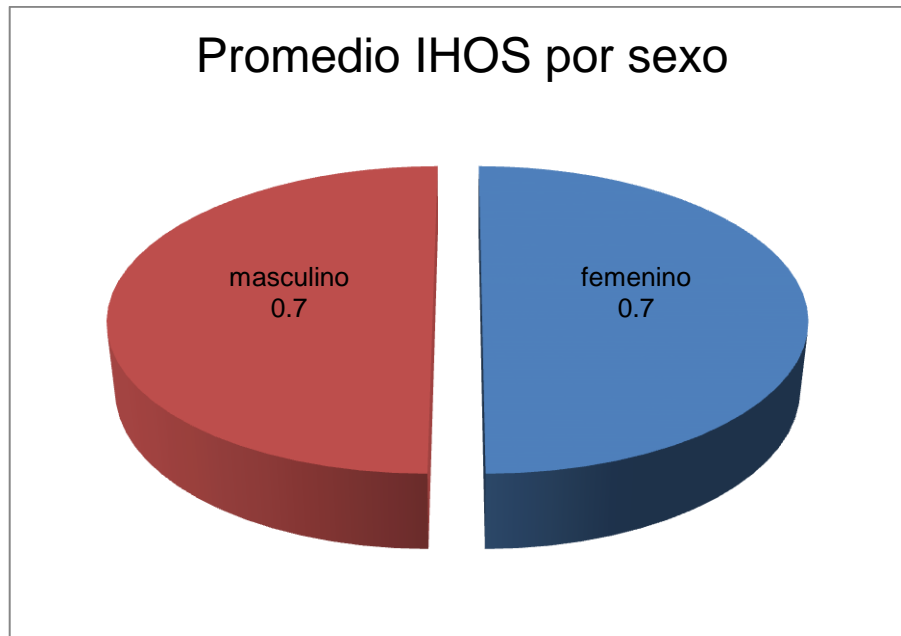
En el momento de analizar los componentes del indicador CPO, el promedio de dientes cariados respecto al sexo fue de 6.3 para el sexo masculino, mientras que para el sexo femenino fue de 7.3. Con respecto a los dientes perdidos, el promedio para el sexo masculino fue de 0, mientras que para el sexo femenino se dio un promedio de 0, tratándose del promedio de dientes obturados para el sexo masculino se obtuvo un promedio de 1.5 y un promedio de 1.8 para el sexo femenino. (Gráfico 4)

GRÁFICO 4



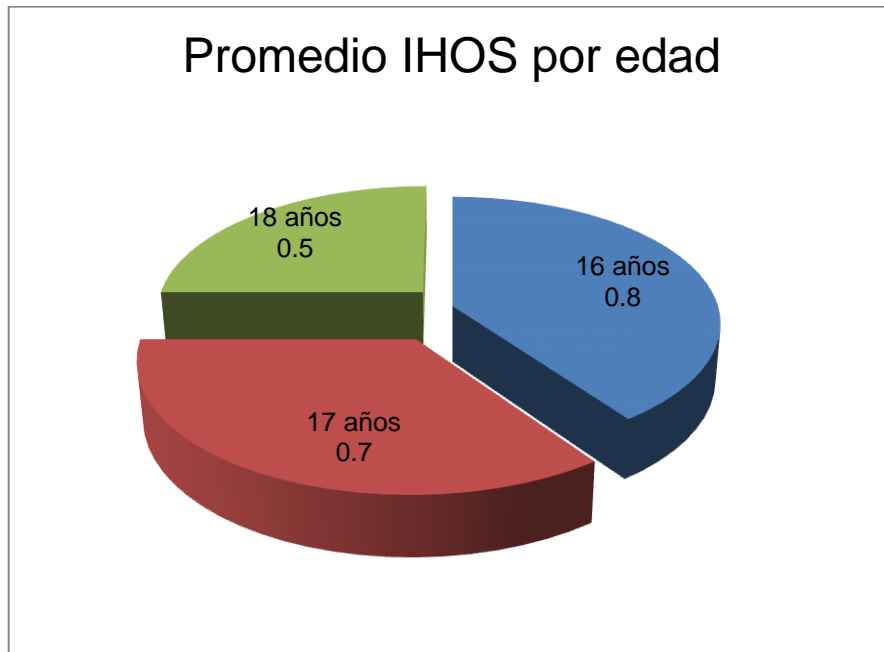
Con respecto al estado de Higiene oral, en este grupo de población, que se midió a través del indicador IHOS el promedio general fue de 0.7, en tanto el promedio tratándose del sexo, fue el mismo ya que tanto sexo masculino, como el sexo femenino tuvo un promedio de 0.7 (Gráfico 5)

GRÁFICO 5



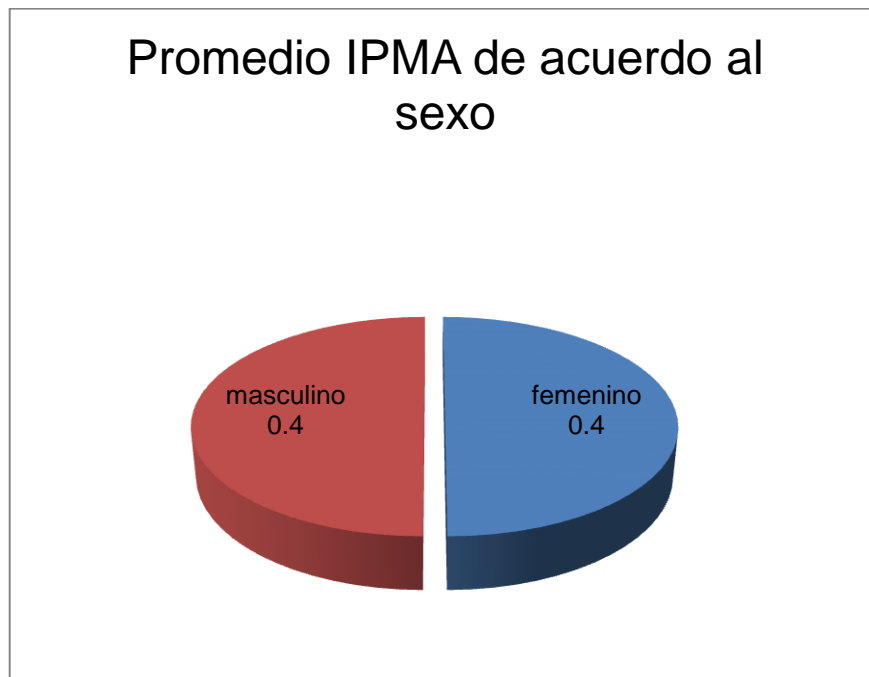
En tanto el promedio de Higiene oral por edades se observó que conforme a la edad aumenta se obtuvieron mejores resultados ya que el promedio a los 16 años fue de 0.8, mientras que para los adolescentes de 17 años se obtuvo un promedio de 0.7, por último a los 18 años el promedio fue de 0.5. (Gráfico 6)

GRAFICO 6



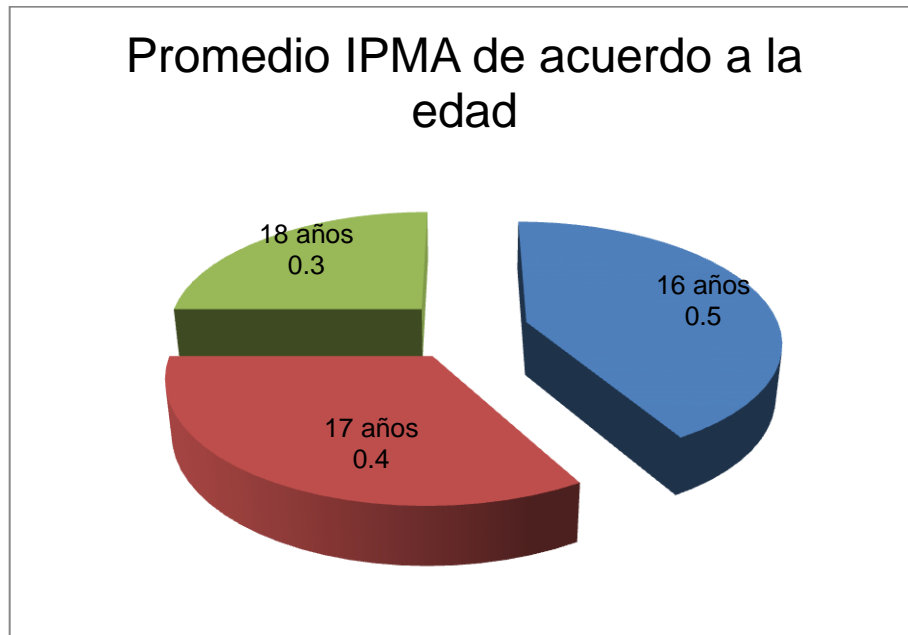
De acuerdo al indicador IPMA la inflamación papilar, marginal y adherida en cuanto al sexo se vio afectado en igual magnitud ya que tanto el sexo masculino como en el femenino el promedio fue de 0.4. (Gráfico 7)

GRÁFICO 7



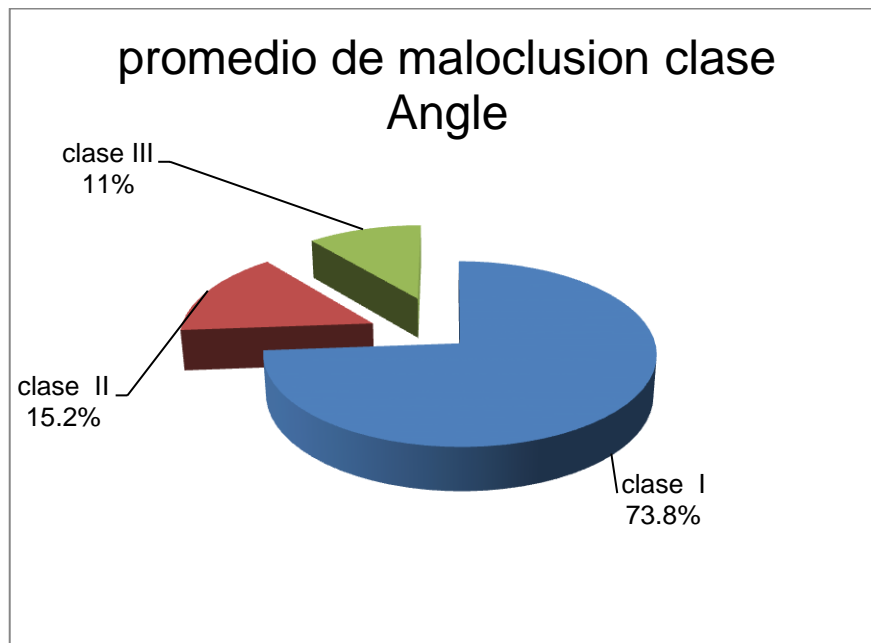
En cuanto al promedio de la inflamación papilar, marginal y adherida de acuerdo a la edad, se observó que los alumnos de menor edad, tuvieron ligeramente una mayor problemática ya el promedio fue de 0.5 para los alumnos de 16 años, a los 17 años de 0.4, y por último el promedio de los alumnos de 18 años fue de 0.3. (Gráfico 8)

GRÁFICO 8



Respecto a la problemática de maloclusion el 73.8% tuvo clase de Angle tipo I, el 15.2% tuvo clase de Angle tipo II y el 11% clase Angle tipo III (Gráfico 9)

GRÁFICO 9



Dentro de la investigación, con respecto a las lesiones en tejidos blandos encontramos que, el 97% de los adolescentes no se les encontró ninguna lesión, el 1.2% se le encontraron abscesos, y el 1.8% se le encontraron úlcera. (Gráfico 10)

GRÁFICO 10



DISCUSIÓN

Dentro de esta investigación se obtuvo información como lo es el promedio de caries general que fue de 8.5 mucho mayor que el obtenido en la investigación llevada a cabo en la India,¹³ en donde estudiaron la prevalencia de la experiencia de caries (CPOD), encontrando un CPOD promedio de 2.91 en estudiantes de 16-18 años, así mismo también fue superior a las investigaciones realizadas en México ya que en el estudio realizado por la Secretaria de Salud se obtuvo un promedio de 6.9¹⁴ y en el estudio realizado en la UNAM¹⁶ dentro del Examen Médico Automatizado (EMA) para encontrar la relación de la presencia en caries se obtuvo un promedio del índice CPOD de 5, este último el más cercano a los resultados obtenidos en los adolescentes del Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos de Milpa Alta, sin embargo es visible que en esta población hay una alta prevalencia y poco control de caries.

Con esta investigación se puede mencionar que la caries dental se comporto de manera similar, en cuanto al sexo, en el masculino el promedio fue de 6.3 y ligeramente mayor en el femenino con un promedio de 7.3. De acuerdo a los dientes obturados el promedio fue de 1.7, tomando en cuenta que en este grupo de edad ya cuentan con sus 28 órganos dentales permanentes, es decir que solamente el 5.9% del total de los dientes ha recibido tratamiento por obturación. Por último el promedio para los dientes perdidos fue de 0%.

Con respecto al estado de Higiene Oral que se encontró fue de 0.7 es decir la placa dentobacteriana casi llega a cubrir un tercio de la superficie dental, lo que tiene relación con el indicador que mide el estado periodontal (IPMA) que tuvo un promedio general de 0.4, lo cual nos indica que solamente se encuentra inflamada la zona papilar, así de esta forma se obtuvo que en este grupo de edad no se encontraron problemas que indiquen la afección de la encía

adherida que sería indicativo de bolsas parodontales y en consecuencia la pérdida de estructura de sostén, al igual que en los resultados del estudio realizado en la Clínica de Ortodoncia del CIEAO de la Facultad de Odontología de la UAEM.¹⁹ Ningún paciente llegó a formar bolsas periodontales, y según Orozco y col.²⁰ en un estudio realizado en la zona de Tlalnepantla Estado de México indico tan solo un 2.5% gingivitis severa, y en el estudio de la Secretaria de Salud se encontró que solo el 2.2% tuvo presencia de bolsas periodontales superficiales, de las cuales menos de 1% resultaron ser bolsas periodontales profundas.¹⁴

Por otra parte, en relación con la problemática de maloclusiones los resultados tuvieron un comportamiento esperado, es decir el porcentaje para la clase tipo I de Angle fue de 73.8%, para clase tipo II de Angle se presento un 15.2% de población, por ultimo para clase tipo III de Angle se obtuvo un 11%. Mostrando que la frecuencia de maloclusiones clase I fue 4.8 y 6.7 veces mayor en comparación de los casos de maloclusion clase II y III respectivamente.

Resultados muy similares a lo reportado por la investigación realizada en Chalco municipio del Estado de México sobre prevalencia de maloclusiones en adolescentes. En donde los casos de maloclusión detectados con base a la clasificación de Angle, la Clase I fue la más frecuente, ya que el 72,8% de los jóvenes examinados la presentó. La Clase II fue la segunda más frecuente en el 13,5% de los casos detectados con maloclusión y finalmente la Clase III en el 10,1%.³³

Finalmente con respecto a las lesiones en tejidos blandos el 97% de los adolescentes no reportaron ninguna lesión, el 1.8% presento úlceras y solo el 1.2% presentaron abscesos, situación completamente diferente, con respecto a

la investigación realizada en Venezuela²⁹ está, en una población total de 88 pacientes distribuidos en cuatro entidades, donde se obtuvo que el 91% de los pacientes presentaron lesiones y solo 9% no presentó.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en este estudio demuestran que la caries dental en esta población, es la principal afección estomatológica, debido a que el 100% de los alumnos la presento, la incidencia que se encontró fue de un órgano dental cariado cada 2 años. Las acciones curativas en este caso obturaciones, son muy pocas lo cual nos hace pensar que pudiera existir pocos centros de servicio dental así como poca cultura en cuanto a la prevención dental, o incluso un perfil económico bajo, así como también observamos hay un índice bajo de extracciones y solo en tres alumnos se encontró esta situación.

Con respecto a la Higiene Oral medida a través del indicador IHOS en donde encontramos que a menor edad hay una higiene más deficiente, aunque no se trata de una diferencia muy significativa ya que solo hay 0.2 promedio mayor en los alumnos de 16 años con respecto a los de 18 años así que al parecer esta población cuenta con una higiene bucal buena ya que la placa dentobacteriana no rebasa el primer tercio de los dientes examinados.

En cuanto al análisis de las parodontopatías se encontró que, con respecto a lo que fue el promedio general de 0.4, que solo se encontró inflamación en la zona papilar, por ende no se encontraron bolsas periodontales, además se encontró que la edad en que se ve ligeramente más afectada fue la de los adolescentes de 16 años.

Hablando de las maloclusiones se pudo constatar que la mayoría de los alumnos cuentan con una normoclusión al observar que el 73.8% de los alumnos tienen una clase I, tipo Angle.

Por último se observó que la frecuencia de lesiones en tejidos blandos es mínima en esta población y solo se encontraron lesiones menores como úlceras y abscesos y el 97% de los adolescentes no presentó ninguna lesión.

Así bien, por tal motivo este tipo de investigaciones donde se muestra los problemas prevalentes en un grupo determinado son de suma importancia, para que las instituciones públicas y privadas lo tomen como datos de referencia y a partir de ahí promover más programas para transformar el proceso salud-enfermedad bucal en grupos de edad específicas, por medio de programas de promoción a la salud para crear nuevos hábitos y actitudes y de esta forma generar una mejor cultura de la salud bucal, y la protección específica.

Del mismo modo para lograr mejores resultados en los programas que se pudieran implementar, los profesionales de la salud deben tomar en cuenta que esta investigación fue realizada en un grupo en particular, con una edad establecida, con condiciones económicas, políticas, sociales y culturales específicas.

PROPUESTAS

Definitivamente creo que al realizar esta investigación, pude constatar, antes que nada que es de suma importancia este tipo de estudios ya que de verdad se cuenta con poca información y sobre todo de población que se encuentra en una transición de rural a urbana con aparentemente una situación económica de media a baja y que en algunos casos cuentan con los servicios mínimos pero no los necesarios, así de esta forma creo importante que nosotros como odontólogos realizáramos periódicamente brigadas en zonas de bajos recursos; del mismo modo entiendo que es prioridad la implementación de nuevos programas de promoción a la salud y así de este modo tratar de concientizar a la población de lo importante que es su salud bucal, incluso para un desarrollo integral óptimo, así mismo creo importante el mencionar que para futuras investigaciones el integrar variables como la zona, situación económica, ocupación, etc. serían de gran ayuda para ampliar la perspectiva de cómo se desarrollan las enfermedades dentales. Así también por último mencionar que este trabajo fue de gran ayuda también para mi desarrollo profesional y humano.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1.- who.int OMS Organización Mundial de la Salud [sede Web] [mayo 2012]
Disponible en: <http://www.who.int/>
- 2.-Adriano A. Caudillo J. Diagnostico del proceso Salud-Enfermedad estomatológico en la población escolar de la delegación Milpa Alta. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM. Junio 2007.
- 3.-R. Beaglehole, R. Bonita, T. Kjellström. Epidemiología básica. Washington D. C. Organización Panamericana de la salud. 1994.
- 4.- León Gordis. Epidemiología. 3^{ra} ed. España Editorial sevier. 2005.
- 5.- Lemus J., Clovis H., Ruiz P., Dachs N. Manual de vigilancia epidemiológica Vol. IV. Washington DC. Editorial OPS; 1996.
- 6.-Adriano A., Caudillo J., Gómez C. Epidemiologia estomatológica. Situación actual y perspectiva. 4th ed. México. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM; 2003.
- 7.- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Paradigmas de la Salud-Enfermedad. Epidemiologia [Revista en internet]. Junio del 2002. [mayo 2012] 19 (23).Disponible en:

<http://www.dgepi.salud.gob.mx/boletin/2002/sem23/edit2302.pdf>
- 8.- Dirección General de Epidemiología. Manual para la Vigilancia Epidemiológica de las Patologías Bucales. [Sede web] México. Dirección General de Epidemiología. Disponible en:
http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/PDFS/VIG_EPID_MANUALES/18_man_ve_Patologias_Bucales.pdf
- 9.- Norman H., Franklin G., Odontología Preventiva Primaria., México. Editorial Manual Moderno; 2001.

- 10.-** Seif R., Cariología prevención diagnóstico y tratamiento contemporáneo de la caries dental., Venezuela. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica; 1997
- 11.-** Henostroza H., Caries Dental principios y procedimientos para el diagnóstico., Lima. Universidad Peruana Cayetano Heredia Facultad de Estomatología; 2007.
- 12.-** Ketterl W., Odontología conservadora., Barcelona., Ediciones científicas y técnicas., 1994.
- 13.-**López S.; Barrios C.; Pallares L.; Torres M.; Torres D., Prevalencia de caries dental, factores de riesgo, enfermedad periodontal y hábitos de higiene oral en estudiantes de ciencias de la salud. Ciencia y Salud Virtual [Revista en internet]. Diciembre 2011. [Junio 2012] Vol. 3 (1) [pp. 36-37.] disponible en: <http://www.curn.edu.co/journals/index.php/cienciaysalud/article/download/43/38>.
- 14.-** De la Fuente H., González C., Ortega M., Sifuentes V. Caries y pérdida dental en estudiantes preuniversitarios Mexicanos. Revista Scielo. [Revista en Internet] 2008 [junio 2012] Vol. 50 (3). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000300007
- 15.-** secretaría de salud subsecretaría de prevención y promoción de la salud dirección general de Epidemiología [Revista en internet] México Disponible en: http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/PDFS/PUBLICACIONES/MONOGRAFIAS/PEPID_SBUCAL_MEX_2010.pdf
- 16.-** Schluger S., Ruy P., Ralph A., Enfermedad Periodontal. España. Editorial Continental., 1981.
- 17.-** Lindhe, Lang, Karring. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. 5^{ta} ed. Buenos Aires Editorial Médica Panamericana. 2009.

18.- Carranza F., Periodontología Clínica. 10^a ed. México. Editorial Mc Graw Hill. 2010.

19.- Padilla D., Montiel B., Esquivel P., Kubodera I. Estado periodontal en etapas iniciales de tratamiento ortodóntico. Revista Odontológica Mexicana. [Revista en Internet] 2008 [junio 2012]. [pp. 11]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2008/uos081e.pdf>

20.- Orozco J, Peralta L, Palma M, Pérez R, Arroniz P, Llamosas H. Prevalencia de gingivitis en adolescentes en el municipio de Tlalnepantla. Medigraphic literatura biomédica [revista en internet] [junio 2012] Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/medigraphic.cgi>

21.- Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. Manual para la Detección de Alteraciones de la Mucosa Bucal Potencialmente Malignas. [Revista en Internet] 2003 [junio 2012] Disponible en: <http://web.ssaver.gob.mx/saludpublica/files/2011/10/alteraciones-mucosabucal.pdf>

22.- Bravo I., Correnti M., Escalona L., Perrone M., Brito A., Tovar V., Rivera H., Prevalencia de leucoplasia bucal en individuos con infección por VIH/sida. Acta odontológica Venezolana. [Revista en Internet] 2006 [junio 2012] Volumen 44 (3). Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2006/3/leucoplasia_bucal_vih_sida.asp

23.- Estrada P., Dr. C. Zayas S., Ms C. González H., Dr. González A., Dra. Castellanos S., Diagnóstico clínico e histopatológico de la eritroplasia bucal., Revista Scielo., [revista en internet] 2010 [junio 2012] Vol.14 (4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192010000400003&script=sci_arttext&tlng=pt

24.- Vergara H., Díaz C., Barrios G., líquen plano en cavidad oral. Reporte de un caso clínico y revisión de la literatura., Acta Odontológica Venezolana., [Revista en Internet] 2011 [junio 2012] Vol. 49 (4) Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/4/art12.asp>

25.- Bordoni., Escobar R., Castillo M. Odontología pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual., Buenos Aires., Editorial Médica Panamericana; 2010

26.- Díaz G., Gay Z., Castellanos S., Medicina en Odontología., Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas., 2^a ed., México., Editorial Manual Moderno; 2002.

27.- Jiménez P., Kkilikan, Reymaira R., Ortiz V., Yaidilis V., Benítez A. Levantamiento epidemiológico de Lesiones patológicas en los tejidos blandos de la cavidad bucal de los niños y adolescente del centro odontopediátrico de carapa, parroquia Antímamo, Caracas, Distrito Capital Venezuela período mayo-noviembre 2005. Acta Odontológica Venezolana [Revista en Internet] 2007 [junio 2012] Vol. 45 (4) [PP. 1-8]. Disponible en:

http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/4/levantamiento_epidemiologico_lesiones_patologicas.asp

28.- Barrios B, Martínez G, Legorreta B Frecuencia de lesiones bucales histopatológicas en un laboratorio de patología bucal., Medigraphic., [Revista en Internet] 2007 [junio 2012] Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=11992>

29.-Prof.Jiménez P., Prof. Reymaira R, OD. Virginia O., OD. Yaidilis V., OD. Benítez A., Identificación de lesiones en los tejidos blandos de la cavidad bucal en adolescentes con privación de libertad en el odontopediátrico de carapa. Acta Odontológica Venezolana., [Revista en Internet] 2009 [junio 2012] Vol. 47 (2). Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/2/art7.asp>

30.-Uribe R., Ortodoncia teoría y clínica., Segunda edición., Medellín Colombia., Corporación para investigaciones biológicas; 2010.

31.-Alberto A., Albertini S., Oclusión y diagnostico en rehabilitación oral., Argentina., Editorial Medica Panamericana; 1999.

32.- Major A., Sigurd R., Oclusión., 4ª ed. Editorial Mc Graw Hill Interamericana; 1996

33.- Murrieta P., Cruz D., López A., Marques D. S. Zurita M. Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de adolescentes mexicanos y su relación con la edad y el género. Acta Odontológica Venezolana [Revista en Internet] 2007 [julio 2012] Vol. 45 (1) [PP. 1-6] Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/1/maloclusiones_dentales.asp

34.-Talley M, Katagiri K, Pérez T., Casuística de maloclusiones Clase I, Clase II y Clase III según Angle en el Departamento de Ortodoncia de la UNAM. Revista Odontológica Mexicana. [Revista en Internet] Diciembre 2007 [julio 2012] Vol. 11 (4). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2007/uo074c.pdf>

35.- Gobierno Ciudad de México. Delegación Milpa Alta. [Sede web] D.F. [actualización diaria, julio 2012]. Disponible en: www.milpa-alta.df.gob.mx/

Anexos

(Anexo 1)

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Delegación Milpa Alta
Ficha Epidemiológica de Salud Bucal

1.- Información general

Nombre del escolar	
Edad	
Grado	
sexo	

3.- Indicadores epidemiológicos:

CPO

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
													CPO		
													ceo		

IHOS

Dientes	16	11	26	36	31	46	total
Mat. Alba							
Cálculo							
						Promedio	

IPMA

23	22	21	11	12	13	43	42	41	31	32	33	Total
											Promedio	

Maloclusiones

Angle clase I	
Angle clase II	
Subdivisión 1	Subdivisión 2
Angle clase III	

Lesiones en Tejido blandos

Entidades blancas y rojas	
Lesiones ulceradas	
Aumentos titulares	
otras	
Diagnóstico	
Alguna observación	

Alguna Observación

Realizó: Mtra. Pilar Adriano Anaya
Mtro. Tomás Caudillo Joya