



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DETERMINANTES SOCIALES RELACIONADOS CON
LOS PADECIMIENTOS BUCODENTALES MÁS
FRECUENTES (REVISIÓN DE EXPEDIENTES
CLÍNICA DR. SALOMÓN EVELSON GUTERMAN).

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

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

P R E S E N T A:

LIZBETH ADRIANA GUZMÁN RIVAS

TUTORA: Dra. MIRELLA FEINGOLD STEINER

ASESOR: C.D. ALFONSO BUSTAMANTE BÁCAME

CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX

2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 dios por permitirme estar aquí,
enseñarme a vivir, aprender y ayudar.

A mis padres porque todo esto es más de
ellos que mío.

A mis hermanos por el apoyo
incondicional.

A los profesores por indicarme el camino y
compartir sus conocimientos.

A la Universidad por hacerme parte de
ella.

Por ser puma de corazón.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
1.-ANTECEDENTES.....	5
2.-MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	9
2.1 Determinantes Sociales.....	15
2.2 Caries.....	17
2.3 Enfermedad periodontal.....	20
2.4 Maloclusión.....	24
3.-EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	31
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	33
5.- JUSTIFICACIÓN.....	33
6.-OBJETIVOS.....	34
6.1 General.....	34
6.2 Específico.....	34
7.-MATERIAL Y MÉTODO.....	35
7.1 Tipo de estudio.....	35
7.2 Población de estudio y muestra.....	35
7.3 Criterios de inclusión y exclusión.....	35
7.4 Variables de estudio.....	35
7.5 Recursos.....	35
8.- TABLAS Y GRÁFICAS.....	37
9.-RESULTADOS.....	56
10.-CONCLUSIONES.....	58
11.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59

INTRODUCCIÓN

Los principales padecimientos orales que existen son prevenibles, relacionándose directamente con el autocuidado de la salud, propiciado por los factores educativos, culturales, socioeconómicos y nutricionales.

El lugar donde una persona nace y se desenvuelve influye de manera directa en sus oportunidades de desarrollo y crecimiento, entre ellos su formación académica y laboral; la vida en la ciudad suele ser muy complicada, el estrés de cada persona tiene diversos y variados motivos, su poco tiempo disponible es debido a la falta de organización y apoyo del hogar, propiciando el descuido personal. A nivel familiar, el grado de educación de los padres y su ingreso económico, determina el presupuesto que se destina a un tratamiento odontológico.

Al formar parte de una comunidad, sus costumbres y creencias se hacen propias, repercutiendo en la salud oral; un paciente con bajo nivel de conocimientos sobre salud bucal, formará un joven y posteriormente un adulto que difícilmente considerará su boca como una prioridad, ni los procedimientos de higiene bucal como imprescindibles para mantenerla sana.

Las principales enfermedades orales pueden disminuirse ostensiblemente si se articulan adecuadamente los esfuerzos del gobierno, con sistemas y servicios de salud, los profesionales y las comunidades, construyendo capacidades para la solución de los problemas, migrando de un enfoque curativo hacia uno de promoción de la salud oral y general.

1. ANTECEDENTES

A lo largo de la historia de la humanidad se han encontrado estudios relacionados con las enfermedades bucodentales y su vínculo con el entorno geográfico y social.

Del médico griego Hipócrates del siglo V a.C. tenemos testimonios de su enseñanza, en uno de sus textos: “De aires, aguas y lugares” que está consagrado a examinar la interrelación del hombre con el medio ambiente, la alimentación y el trabajo en el origen de las enfermedades, estableció el concepto “Constitución epidémica de las poblaciones”.¹

En la introducción de tal escrito dice: “El médico que diga serlo, ha de conocer las estaciones del año, vientos, propiedades de las aguas, situación de cada ciudad, momento de la puesta y salida de ciertas constelaciones, entre otras”, en la idea de que según sean la orientación, vientos y aguas, así les irá a las personas de constituciones distintas en un lugar determinado, y de que, atendiendo a tales peculiaridades, habrán de tomarse las medidas terapéuticas.²

Enfoque funcionalista

Talcott Parsons (Colorado Springs, 1902 - Múnich, 1979), uno de los sociólogos más eminentes del siglo XX, propone que la salud es: “El estado óptimo de las capacidades de un individuo para la ejecución efectiva de los roles y tareas en las que ha sido socializado”.

¹ González R, Altamirano L. La salud pública y el trabajo en comunidad. 1ª ed. Mc Graw Hill. México 2010.

² López J. Hipócrates y los escritos hipocráticos: origen de la medicina científica. Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.

A la enfermedad la considera como un hecho social, no solo fisiológico, donde el peso de factores como la clase social, el origen étnico, sexo y más, repercute en el comportamiento de los enfermos.

Teoría crítica

Consolidada en el siglo XX en Alemania por los médicos Johann Frank y Rudolph Virchow, quienes prestaron atención a la situación sociopolítica y las condiciones de trabajo y de vida como determinantes de la enfermedad, decían que el aspecto social explicaba la aparición de agentes participantes en las causas de la misma tales como la desnutrición, insalubridad y contaminación.

En México a partir de 1950 se modificó la manera de ver a la enfermedad y se comenzó a tratar como un proceso continuo, en el cual los patrones de salud y enfermedad de una sociedad cambian y se transforman, debido a conversiones de carácter demográfico, socioeconómico, tecnológico, político, cultural y biológico.

Marc Lalonde ministro de sanidad en Canadá, realizó un informe en 1974 conocido como “estado de bienestar” con el que el gobierno de Canadá, puso en marcha un plan enfocado a desarrollar los determinantes sociales de salud-enfermedad, reconoce que “El énfasis sobre un sistema de salud basado en el modelo biomédico está equivocado, y que es pertinente mirar más allá del sistema tradicional de atención a la enfermedad si realmente se desea mejorar la Salud Pública”.³

En 1978 se llevó a cabo la Conferencia Internacional de Alma Ata (Kazajstán, Unión Soviética) que contó con la asistencia de 134 países, 67 organizaciones internacionales y no gubernamentales, los cuales fueron convocados por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de Naciones

³ Lamata F. Una perspectiva de la política sanitaria 20 años después del Informe Lalonde. Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid.

Unidas para la Infancia donde se sentaron las bases de la Atención Primaria de la Salud (APS) y se declaró que se deben formular estrategias que no sólo presten servicios de salud sino también, que aborden problemas sociales, económicos y políticos que conllevan a una mala salud.⁴ Figura 1



Figura 1 Conferencia en Alma Ata.⁴²

Se reconoce que la salud es un resultante del proceso social, económico y político y que es también un derecho humano fundamental, tiene un efecto benéfico sobre el nivel educacional, la productividad en el trabajo y el bienestar general de la población, por el contrario, la desigualdad, la pobreza, la explotación, la violencia y la injusticia impactan negativamente en la salud.

En la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (1986) se planteó la Carta de Ottawa, donde se resalta la capacitación a las personas en el control de su propio bienestar, haciendo énfasis en los determinantes sociales de salud.

En México los factores de riesgo han cambiado y la forma en cómo se presentan las enfermedades también, la falta de acceso a servicios sanitarios en zonas marginadas y vulnerables del país sigue siendo una gran

⁴ Roses M. La Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud para el siglo XXI. Revista Panamericana Salud Pública 21(2/3), 2007.

preocupación, ya que contribuyen a que aumente la incidencia de varias enfermedades en todo el mundo, es por esto que la Organización Mundial de la Salud en el año 2005 puso en marcha la Comisión de los Determinantes Sociales de Salud (CDSS) definiéndola como "el conjunto de las condiciones sociales en las cuales la gente vive y trabaja".

Esta Comisión genera recomendaciones que contribuyan a la reducción de las desigualdades en salud y su insistencia en políticas que garanticen servicios esenciales con independencia de la capacidad de pago de las personas.

La mala salud de las personas, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los mismos, están provocadas por una mala distribución a nivel mundial y nacional del poder, de los ingresos, los bienes y los servicios, esa distribución desigual de beneficios a la salud, no es en ningún caso un fenómeno "natural", sino resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y mal gobierno.

El Programa Nacional de Salud 2007– 2012 (PRONASA), trazó tres de sus objetivos apuntando a los determinantes sociales que influyen en el estado de salud de la población mexicana:

1. Reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables.
2. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal.
3. Garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano.

La igualdad de acceso a los servicios para quienes posean iguales necesidades, independientemente de sus ingresos y de su capacidad de pago, está íntimamente relacionada con los principios de equidad.

2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), son organismos que insistentemente han gestionado políticas orientadas a alcanzar la salud de la población a nivel mundial y han señalado la necesidad de impulsar acciones que incidan en la protección de la salud como un derecho universal.

En México, este compromiso social está plasmado en el artículo IV de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que establece para toda persona el derecho a la protección de la salud, donde no se limita a la prestación del servicio, sino también a que la atención médica sea proporcionada de una manera profesional y éticamente responsable, en condiciones de respeto y dignidad.

Por su parte, la Ley General de Salud refrenda esta necesidad en todos los apartados del Artículo 2o , en el cual se reconoce su alcance desde una perspectiva holística, identificando su relevancia en la calidad de vida humana y la importancia de la promoción de actitudes solidarias y responsables de la población para el éxito de una política de salud integral.

Sin embargo, la seguridad para la cobertura integral y de calidad es una meta que aún no ha podido alcanzarse, debido a la incapacidad operativa del sector salud, a la diversidad de condicionantes en que las personas nacen, crecen, viven, se reproducen, trabajan, envejecen y mueren.

El estado de salud de la población es reflejo del desarrollo económico y cultural de una sociedad; dentro de éste se encuentra la salud bucodental, que afecta directamente a la calidad de vida y autoestima, estableciendo su importancia como parte integral de la población, en raras ocasiones pone en peligro la existencia de las personas, sin embargo existen algunas excepciones, como la Angina de Ludwig que es una de las infecciones de los

tejidos blandos del cuello y piso de la lengua que afectan la vía aérea debido a su avance rápido y silencioso, o la Endocarditis Infecciosa, en donde los microorganismos que la causan son las especies de estafilococos y estreptococos, estas son patologías raras y poco frecuentes.

La OMS define a la salud oral como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de la boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos, enfermedades periodontales, caries dental, pérdida de dientes y otras enfermedades que afectan la cavidad bucal.⁵

Para realizar una práctica apropiada de la odontología se debe tomar en cuenta un amplio campo de estudio, que engloba problemas sociales, culturales y de conducta que influyen en la salud bucal de la población.

El proceso salud-enfermedad no sólo se refiere a una serie de trastornos biológicos y psíquicos del individuo o grupo de ellos, sino a un conjunto de unidades que expresen las interrelaciones de los procesos determinantes, estructurales y particulares del grupo socioeconómico y cultural al que pertenecen.

El nivel de salud en una sociedad está condicionado por factores sociales, económicos, políticos, culturales, biológicos, físicos y químicos, la conjugación de estos factores, determina que el individuo se mantenga sano o que enferme.

La enfermedad se presenta cuando los mecanismos que tiene el cuerpo no pueden mantenerlo en equilibrio dinámico con el medio, por causas de descompensación interna o porque el ambiente es muy agresivo y supera las posibilidades de defensa orgánica y psíquica.

⁵Estupinian S. Taller de capacitación proyecto SOFAR 2013: salud oral y factores de riesgo. Organización Panamericana de Salud. México. 2013.

Para conocer e interpretar el nivel de salud de una población, es necesario, considerar los factores socioeconómicos y culturales, pues pueden repercutir directamente en la situación de salud general y bucal de los individuos.

La OMS define factor de riesgo como cualquier rasgo característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.⁵

El concepto epidemiológico de riesgo implica la probabilidad que tiene un individuo de desarrollar una enfermedad determinada, un accidente o un cambio en su estado de salud en un período y comunidad específica, se presentan asociados con la enfermedad o el evento estudiado; no siendo necesariamente las causas. Como constituyen una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden usarse con ventajas tanto en prevención individual como en los grupos y en la comunidad total.

Dada la alta incidencia que presentan los padecimientos bucales como la caries, enfermedad periodontal y maloclusion, la sociedad se ve en la necesidad de prevenirlas, requiriendo estudiar los factores de riesgo que influyen en ellas, encontrando la forma de pronosticar su aparición.

La educación y cultura tienen un papel fundamental en el desarrollo socioeconómico de una comunidad, ya que cada población tiene características propias, como experiencias, hábitos y costumbres, la distribución de su ingreso, los efectos de la política económica, así como la generación de empleo de calidad, que en conjunto influyen en las condiciones de vida y salud.

Las familias numerosas, especialmente de zonas rurales, debido a la inaccesibilidad geográfica, cultural y económica, son las más desfavorecidas en el orden social por ser menos instruidas, tener pocas posibilidades de recibir consejos de salud y tratamientos, demostrado que los principales

factores determinantes de la salud, no se relacionan directamente con los sistemas sanitarios, sino con los antes mencionados.

Para actuar sobre los determinantes y propiciar sinergias entre diversas políticas, es crucial incorporar estrategias intersectoriales en un entorno macroeconómico estable y propicio al crecimiento y a una mejor distribución de los frutos del desarrollo.

En México, la Ley General de Salud contempla dentro del artículo 27 la prevención y control de las enfermedades bucales. La atención dental en nuestro país es proporcionada tanto por el sector público como el privado, las instituciones que conforman el Sector Salud ofrecen un conjunto de servicios con el fin de proteger, promover y restaurar la salud. Figura 2

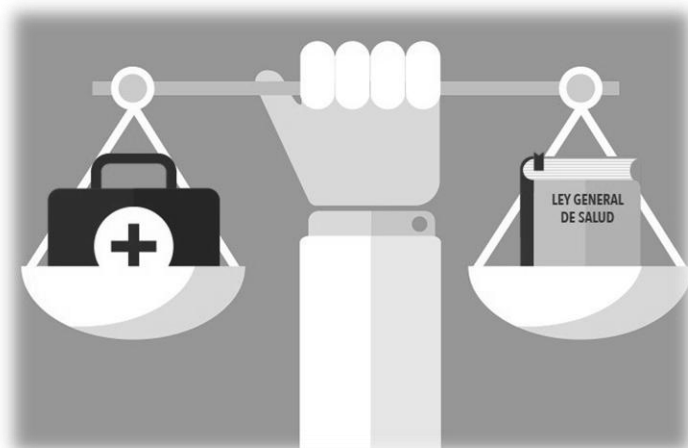


Figura 2 Equilibrio del Sector Salud con la Ley General de Salud.⁴³

La oferta de los servicios públicos odontológicos se hace a partir del tipo de aseguramiento de la población. Así el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ofrece servicios de salud para trabajadores formales de empresas privadas, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), para trabajadores formales de empresas públicas, la paraestatal Petróleos Mexicanos y las dependencias de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y la Secretaría de Marina (SEMAR) ofrecen

servicios de salud a sus trabajadores y familiares. Por otra parte, para los trabajadores no formales o de zonas remotas y marginadas la Secretaría de Salud (SS), el IMSS en su régimen prospera (IMSS-P) y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) ofrecen atención médica y el Programa EL Médico en tu Casa para aquellas personas que no puedan asistir por alguna discapacidad a las unidades médicas, aplicado por el momento en los estados de Chihuahua, Durango, Michoacán, Monterrey, Sinaloa, Tlaxcala y la Ciudad de México.⁶

Para seguir en concordancia con el desarrollo de las actividades de vigilancia epidemiológica, el Comité Nacional de Salud Bucal incluye dentro de la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, el numeral 10 que propone el registro y notificación epidemiológica para la prevención y control de enfermedades bucales dentro del cual se explica que:

10.1. Los estomatólogos de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, así como las organizaciones educativas y asociaciones gremiales, son los responsables de notificar problemas emergentes bucales a las áreas epidemiológicas de los servicios de la Secretaría de Salud.

10.2. La notificación de los casos diagnosticados, deberán efectuarse siguiendo los lineamientos señalados en la NOM-017-SSA2-1994.

10.3. El registro y notificación de las patologías bucales se llevará a cabo mediante el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucles.

⁶ D.R. © Secretaría De Salud, Subsecretaría De Prevención y Promoción De La Salud, Dirección General De Epidemiología, Centro Nacional De Programas Preventivos y Control De Enfermedades. Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucles SIVEPAB 2014. 1ra edición. Agosto 2015.

Actualmente la norma NOM-017-SSA2-2012, realiza la recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información necesaria sobre las condiciones de salud de la población y sus determinantes, para la toma de decisiones y su difusión a la vigilancia epidemiológica.

El Proyecto de norma PROY-NOM-013-SSA2-2014, establece y uniforma los criterios y procedimientos, que llevan a cabo los integrantes del Sistema Nacional de Salud, para la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades bucales de mayor frecuencia en la población de los mexicanos; así como, las estrategias, técnicas operativas y medidas de control y vigilancia epidemiológica necesarias en materia de salud pública, que deben realizarse por el personal de salud y en sus establecimientos para la atención médica y consultorios de los sectores público, social y privado.

Cuando las enfermedades bucales no son tratadas a tiempo, pueden conducir a la sala de emergencias y en consecuencia a hospitalizaciones. En 2014 la Secretaría de Salud registró 36,105 visitas a las salas de urgencia y 9,642 egresos hospitalarios por problemas bucales.⁶

De acuerdo con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucles SIVEPAB 2015, 7 de cada 10 niños y adolescentes presentan caries, 7 de cada 10 adultos enfermedad periodontal. Estos padecimientos orales comparten factores de riesgo (consumo de tabaco y alcohol, dieta no saludable, y actividad física) con las 4 enfermedades crónicas más importantes (cáncer, diabetes, enfermedad cardiovascular y respiratoria).

En vista de la prevalencia a nivel mundial de problemas orales la OPS/OMS implementaron el “Proyecto Salud Oral y Factores de Riesgo”, que tiene como objetivo: integrar la salud oral a la atención médica pediátrica a través de la promoción de la salud general, reducción de factores, prevención y la provisión de asistencia básica especialmente en aquellas comunidades remotas y sin acceso a los servicios odontológicos.

2.1 Determinantes Sociales

Los Determinantes Sociales de Salud (DSS) se definen como el conjunto de factores sociales, económicos, políticos y de estilos de vida que van a influir y determinar el nivel de salud de las personas.

La Comisión de Determinantes Sociales de Salud se formó en 2005 por iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) con la finalidad de centrar el enfoque de los DSS mediante datos científicos y así modificar las intervenciones en Salud Pública que favorezcan la equidad sanitaria.

El principal mensaje de esta comisión es que: La atención de la salud no es el principal responsable de la salud de las personas, sino que se conceptualiza como un determinante más, considerando de mayor importancia a los factores denominados como DSS que permiten mantener una buena salud.

Los gobiernos y los ministerios de salud, con el acompañamiento de las asociaciones profesionales que agrupan a los odontólogos, de las asociaciones de especialistas y de higienistas orales, son los llamados a diseñar, implementar y evaluar programas de prevención, de educación y de promoción de la salud oral a nivel poblacional.

Los sistemas y los servicios de salud son las plataformas para brindar atención a la población, y se recomienda en la actualidad integrar la salud general con la salud oral, entre otras cosas porque los odontólogos y los higienistas podemos promocionar la salud oral y la salud general al mismo tiempo, vemos a los pacientes muchas veces y podemos de ese modo integrarnos mejor en los sistemas de salud.

La pérdida de dientes es un resultado complejo que refleja la historia de la enfermedad dental, su tratamiento, así como los determinantes sociales de la salud en los individuos a lo largo del curso de la vida; también muestra las

actitudes que toman tanto el paciente como el dentista con relación a la enfermedad, y la disponibilidad y accesibilidad de los servicios dentales, al igual que los procedimientos dentales que se encuentran disponibles en el momento de solicitar algún tratamiento. Figura 3



Figura 3. Determinantes Sociales⁴⁴

2.2 Caries

La caries dental se concentra en poblaciones pobres, tanto en países en vías de desarrollo como en los industrializados, es una enfermedad tan antigua como el hombre, a través de la historia se han encontrado evidencias sobre su prevalencia, gravedad -que han aumentado con el paso de los años-, y del tratamiento empleado, no obstante el método más efectivo y económico, sigue siendo la prevención de sus factores de riesgo, elementos indispensables para que se produzca la enfermedad. Figura 4

La Organización Mundial de la Salud ha definido a la caries dental como: “Un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de una cavidad. Si no se atiende oportunamente, afecta la salud general y la calidad de vida de los individuos de todas las edades”.⁷

A la Cariología se le considera una ciencia clínica y de investigación, la primera porque el profesional se ocupa del aspecto preventivo, restaurativo y de riesgo, de investigación, debido a que los especialistas buscan conocer los motivos que generan la aparición de las caries y cuáles son las personas que llegan a tener una mayor propensión a padecerlas, además de los diferentes tratamientos que pueden llevarse a cabo.



Figura 4 Caries en segundo molar.⁴⁵

⁷ Leonor P. Caries dental en el niño: una enfermedad contagiosa. Revista chilena de pediatría v.77 n.1. Santiago. Febrero 2006.

Etiología de la caries:

Se caracteriza por ser multifactorial, la presencia de bacterias como el estreptococo mutans, la ingestión de carbohidratos, exposición excesiva a los líquidos cariogénicos, el esmalte recién erupcionado y mala higiene bucal, la transforman en una enfermedad infecciosa que puede derivar complicaciones locales como abscesos, destrucción de las estructuras dentarias que originan cavitaciones y pérdidas dentarias con la posibilidad de generar infecciones sistémicas como la bacteremia o septicemia.

Actualmente, se sabe que la caries corresponde a una enfermedad infecciosa, transmisible, producida por la concurrencia de bacterias específicas, un huésped cuya resistencia es menos que óptima y un ambiente adecuado, como es la cavidad oral, a menos que este proceso sea detenido con una terapia específica, puede llevar a la pérdida total del diente.

Este padecimiento dental está mediado por la presencia de la placa bacteriana, que es un ecosistema compuesto de estructuras microbianas agrupadas densamente, glicoproteínas salivales insolubles, productos microbianos extracelulares y en menor proporción detritus alimentarios y epiteliales firmemente adheridos a la superficie dentaria, que puede alojar bacterias cariogénicas, microorganismos capaces de producir ácido suficiente para descalcificar la estructura del diente es necesaria para este proceso, siendo implicado al estreptococo mutans (EM) como el principal y más virulento microorganismo responsable de la caries dental, el lactobacillus y actinomyces participan pero su rol es de menor importancia.

El EM es uno de los primeros en adherirse a la placa bacteriana y multiplicarse, produciendo ácidos y polisacáridos a partir de los carbohidratos que consume el individuo, en conjunto, estos microorganismos favorecen la acidificación local del medio, logrando la degradación de los hidratos de

carbono, destruyendo progresivamente el material mineralizado y proteico del diente, creando la primera etapa en la formación de la caries dental.

Es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en todo el mundo; los individuos son susceptibles durante su vida, progresa lentamente en la mayoría, inicialmente es reversible y se puede detener en cualquier etapa.

En el Distrito Federal, Moreno Altamirano y colaboradores informaron en el 2001 una elevada prevalencia de caries, en escolares con dentición primaria 95% y con dentición permanente 33%. En el 2005, en Navolato, Sinaloa, se reportó que 82% de los escolares con dentición primaria y 90% con dentición permanente presentaron caries.

Se encuentra catalogada como la enfermedad bucal de mayor prevalencia según la OMS, que afecta a más del 90% de la población mexicana, 61 % de los niños mexicanos mayores de seis años sufren de caries y casi 100% de los adultos tienen caries dental en todo el mundo.

Es importante indicar que la mayoría de las enfermedades bucales se pueden controlar con actividades preventivas y realizando un diagnóstico temprano.

Para controlar la caries dental se recomienda la remoción regular de la biopelícula, más la adición de fluoruro al agua o a la sal de cocina, y reducir el consumo de azúcares en el hogar, en la escuela y en el trabajo. El control de la caries se complementa con diversas acciones de protección específica que incluyen la aplicación de fluoruro tópico, sellantes de fosas y fisuras en niños y jóvenes y el tratamiento operatorio de las caries activas.

2.3 Enfermedad periodontal

La enfermedad periodontal es una de las principales enfermedades bucales que afectan a la población mundial, clasificada dependiendo del grado de afectación en la boca.

Se han utilizado históricamente una serie de signos clínicos para determinar las periodontopatías, tales como la gingivitis, el sangrado al sondeo, profundidad de la bolsa, la pérdida de inserción clínica, la estimación de pérdida de hueso alveolar e incluso la pérdida de dientes.

De los antes mencionados la gingivitis inducida por placa bacteriana y la periodontitis crónica son las principales condiciones inflamatorias que afectan a los tejidos de soporte y protección del diente. Figura 5

La gingivitis es un término que refiere a un proceso de inflamación gingival que altera las estructuras de los tejidos blandos del periodonto, se caracteriza por sangrado gingival, cambios de color, forma, posición y textura de la encía, si no recibe atención o se interviene en el hábito de higiene oral, diagnóstico y tratamientos oportunos, evoluciona hasta llegar a ser periodontitis.

Para que la gingivitis progrese a periodontitis, son necesarias una serie de condiciones que se encuentran involucradas en la modificación de la respuesta immuno-inflamatoria del hospedero, que pueden corresponder a factores locales, sistémicos y/o medioambientales.



Figura 5 Placa Bacteriana.⁴⁵

La periodontitis, es una inflamación crónica de la encía, que se caracteriza por la migración apical de la adherencia epitelial, pérdida del hueso alveolar, formación de bolsas periodontales asociadas a factores extrínsecos como la placa y el sarro, dicho padecimiento es más significativo ya que puede causar la pérdida de dientes.

Se ha establecido la participación directa del hábito tabáquico y la diabetes mellitus en la progresión de la pérdida de los tejidos de soporte dental, es decir, los fumadores y diabéticos no controlados tienen mayor prevalencia, severidad y extensión de la destrucción de los tejidos periodontales.

Del mismo modo, el consumo de alcohol, dieta rica en ácidos grasos saturados y azúcares, baja en grasas poliinsaturadas, fibra y vitaminas A, C y E, medicamentos como esteroides, antiepilépticos, uso de fármacos durante la terapia de cáncer, mala colocación de puentes dentales, apiñamiento dental, falta de dientes, embarazo, el uso de anticonceptivos y la obesidad, contribuyen al aumento en la severidad de las enfermedades periodontales.

Otro indicador de riesgo es el estrés, causa efecto en los mecanismos fisiopatológicos generando una alteración en la respuesta inmune, interviene a través de las conductas no saludables, que aumentan el riesgo de desarrollar enfermedad periodontal, se ha descrito la participación de determinantes sociales como el bajo nivel socioeconómico, que también aumentaría la probabilidad de ocasionar destrucción periodontal.

Jeffcoat et al, demostraron que el tratamiento periodontal en sujetos con diversas enfermedades crónicas, tales como cerebrovascular, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad coronaria y artritis, reduce las complicaciones y los costos de tratamiento en comparación con aquellos que no se trataron.

Estudios indican que la enfermedad periodontal está asociada 25% a 90 % en el aumento de riesgo en enfermedades cardiovasculares, existen

evidencias basadas en que la enfermedad periodontal influye en el curso de una infección respiratoria. Otros datos mencionan que la enfermedad periodontal es un factor de riesgo que interviene en el control glucémico en los pacientes diabéticos, además de una relación bidireccional establecida entre enfermedad periodontal y diabetes tipo I y II en la severidad de la enfermedad.⁸

Las personas con desventaja social que no tienen hábitos de higiene bucal establecidos, presentan mayor prevalencia de la enfermedad periodontal.

Waerhaug (1907-1980 Skedsmo, Akershus Noruega), describe que los países industrializados muestran baja prevalencia de padecimientos periodontales, en contraste con las naciones subdesarrolladas y grupos de condición socioeconómica baja, existiendo una mayor relación entre periodontitis y deficiencias en las condiciones de vida.

Las enfermedades periodontales siguen siendo una de las causas principales de pérdida de la dentición natural, por lo que muchos países han optado por monitorear la salud periodontal principalmente a través de encuestas con los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud.

Los datos disponibles muestran que la proporción de la enfermedad periodontal y la severidad tienden a aumentar en los grupos de mayor edad en comparación con los más jóvenes. Las bolsas profundas (> a 6 mm) son más frecuentes entre los adultos mayores con una proporción entre 10% - 15% en el mundo, sin embargo, la característica más frecuente en la población para todas las edades, es el sangrado gingival y cálculo, que reflejan sustancialmente la falta de higiene oral.

⁸ Villa P. Enfoque salubrista de la enfermedad periodontal. Revista Iberoamericana de Ciencias ISSN 2334-2501. Julio 2015.

Las enfermedades periodontales graves, que pueden desembocar en la pérdida de dientes, afectan a 15%-20% de los adultos de edad media (35-44 años). Alrededor del 30% de la población mundial con edades comprendidas entre los 65 y los 74 años no tiene dientes naturales, parcial o totalmente. Figura 6

La gingivitis es la segunda causa de morbilidad bucal, su prevalencia aumenta con la edad, comienza en promedio a los 5 años y alcanza el punto máximo en la pubertad para después disminuir, pero permaneciendo a través de la vida.

Estudios epidemiológicos indican que la frecuencia de gingivitis en niños es inconstante, Murrieta y su grupo reportaron en el año 2004, 20.6% de prevalencia de gingivitis, principalmente en la región antero-superior en escolares de la Ciudad de México.⁸



Figura 6 Presencia de cálculo dental en dientes inferiores.⁴⁵

⁸Villa P. Enfoque salubrista de la enfermedad periodontal. Revista Iberoamericana de Ciencias ISSN 2334-2501. Julio 2015.

2.4 Maloclusión

Cada individuo es distinto, con un patrón morfogenético normal para él, pero que puede presentar diferencias en cuanto a la posición, volumen y forma de las partes integrantes del aparato masticatorio. Los aspectos genéticos de la oclusión se relacionan con el crecimiento del maxilar y la mandíbula, las arcadas dentales varían una respecto de la otra en la dirección anteroposterior principalmente, a consecuencia de los vectores de crecimiento establecidos por la guía genética.

La maloclusión se conoce como cualquier alteración del crecimiento óseo del maxilar o la mandíbula y/o de las posiciones dentarias que impidan una correcta función del aparato masticatorio, con las consecuencias posteriores que esta disfunción tiene sobre los propios dientes, las encías, la articulación temporomandibular y los huesos que los soportan. Figura 7

La Organización Mundial de la Salud considera a las maloclusiones como un problema de salud pública variable, que ocupa el tercer lugar en términos de prevalencia de alteraciones bucales asociadas con diferentes factores de riesgo.



Figura 7 Maloclusión.⁴⁵

Su frecuencia es cambiante en los diferentes países, de la información disponible en México acerca de las maloclusiones, en el año 2004 Montiel y asociados encontraron una prevalencia de 54% en escolares del Distrito Federal.⁸

En la mayoría de los casos, la maloclusión y la deformidad dentofacial no se deben a un proceso patológico, sino a una moderada distorsión del desarrollo normal, comúnmente son el resultado de una compleja interacción entre varios factores que influyen en el crecimiento y desarrollo, no siendo posible describir un único factor etiológico específico.

Aunque las maloclusiones de origen genético, las más graves, no se podrían prevenir, algunas tienen una etiopatogenia ligada a causas adquiridas, no existe evidencia clara de la relación entre las maloclusiones y la condición de peso corporal; sin embargo, se conoce que el consumo de alimentos de consistencia blanda no estimulan la masticación, comprometiendo el correcto desarrollo de la oclusión.

Tipos de hábitos que pueden producir maloclusiones:

A) Hábitos Fisiológicos: el individuo nace con ellos.

B) Hábitos no fisiológicos: son aquellos que ejercen fuerzas perniciosas contra los dientes, arcos dentarios y tejidos blandos:

- Succión de dedos o chupón: el hábito mantenido puede dar lugar a maloclusión, caracterizada por incisivos superiores abiertos y espaciados, retroinclinación de incisivos inferiores, mordida abierta anterior, hundimiento palatino y contracción del maxilar superior.
- Succión anormal del biberón: origina atresia maxilar, interposición lingual y respiración oral; su gravedad dependerá de la edad de abandono del hábito.

⁸Villa P. Enfoque salubrista de la enfermedad periodontal. Revista Iberoamericana de Ciencias ISSN 2334-2501. Julio 2015. www.reibci.org

- Interposición lingual y deglución atípica: la persistencia de una deglución infantil más allá de la época de alimentación con el biberón ya no es normal, los niños con hábitos digitales, trastornos de las vías respiratorias, alergias crónicas, déficits neuromotores o anomalías esqueléticas orofaciales tienen un mayor riesgo de que persista el patrón de empuje lingual con mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior.
- Respiración oral: un patrón respiratorio alterado modifica la postura de la cabeza, lengua, mandíbula y/o maxila, cambiando el equilibrio de las presiones que actúan sobre los maxilares y dientes influyendo en el crecimiento y posición.
- Otros hábitos como interposición labial, hábitos posturales, onicofagia, morder lápices y bolígrafos o mordisquear la cara interna de las mejillas pueden también, originar maloclusiones.

Determinando que la succión digital, la deglución atípica y la respiración bucal modifican la posición de los dientes, relación y forma de las arcadas dentarias, los hábitos de presión interfieren en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial, el grado de afectación dependerá de la duración, intensidad y frecuencia.

Los hábitos suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento, así como aparecer por falta de atención de los padres del niño, tensiones en el entorno familiar e inmadurez emocional.

Generan:

1. Mordida abierta anterior y posterior.
2. Protrusiones dentarias.
3. Protrusiones dento alveolares.
4. Linguoversiones dentarias, entre otras.

El número de dientes es un indicador clave de la función masticatoria y el estado de salud oral. La eficiencia masticatoria es adecuada cuando el número de dientes que se conservan sea igual o mayor a 20 y que éstos ocluyan.

De lo contrario, influye en la capacidad de presión, corte y trituración de alimentos, teniendo un impacto negativo sobre la dieta y la selección de alimentos. Figura 8



Figura 8 Maloclusión anterior y posterior.⁴⁵

Oclusión funcional

En 1992 la Organización Mundial de la Salud declaró que el mantenimiento durante toda la vida de una dentición natural, funcional, estética, de no menos de 20 dientes, que no requiera prótesis, debe ser la meta para la salud. A esto se le conoce como oclusión funcional.

Los patrones normales de la oclusión para la primera dentición, de acuerdo con la posición terminal de los segundos molares primarios, es en el plano terminal recto y plano terminal mesial que originan una clase I molar de Angle para la dentición permanente.

Eduard Angle presentó en 1905 un comunicado titulado: “El primer molar superior como base para diagnóstico en ortodoncia”, en el cual clasifica las maloclusiones en tres categorías:

- a) Clase I. Caracterizada por una relación anteroposterior de los primeros molares permanentes: la cúspide mesiovestibular del primer molar superior al ocluir, cae en el surco vestibular del primer molar permanente inferior.
- b) Clase II. Maloclusiones por una relación mesial de los primeros molares superiores permanentes: el surco vestibular del primer molar permanente inferior, está por distal de la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior permanente.
- c) Clase III. El surco vestibular del primer molar inferior permanente, está por mesial de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente.

Considerando la posición del primer molar superior con respecto al primer molar inferior en clase I, II y III son de vital importancia como referentes en el momento del diagnóstico de cualquier maloclusión asociada con los hábitos perniciosos. Figura 9

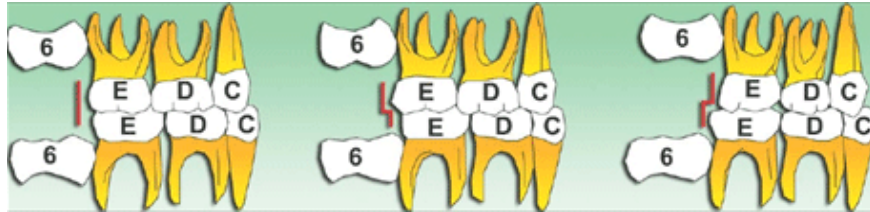


Figura 9 Clasificación de maloclusión.⁴⁶

La introducción del análisis de Downs estimuló a varios investigadores y clínicos a desarrollar sus propios análisis y surgieron un sinnúmero de marcas cefalométricas para el análisis del cráneo, dando como resultado una gran cantidad de mediciones útiles; Steiner sin embargo, seleccionó los que él consideraba más importantes y creó su propio análisis obteniendo la mayor cantidad de información clínica con un mínimo de mediciones. Figura 10



Figura 10 Cefalometría de Steiner.⁴⁷

Se podrían evitar problemas considerables si el médico pediatra, cirujano dentista odontopediatra y ortodoncista, al explorar a los niños en edades de 4-6 años, detectaran la presencia de los hábitos nocivos con el fin de prevenirlos e interceptarlos, lo que evitaría repercusiones físicas y psicológicas durante la pubertad y la adolescencia. Figura 11



Figura 11 Mordida abierta anterior.⁴⁵

3. EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La mayoría de problemas que se presentan en la boca, se pueden detectar a tiempo y realizar un trabajo de prevención para obtener buenos resultados, efectivos y duraderos, siempre y cuando se tenga conocimiento de cómo llevarla a cabo desde casa, comenzando por la infancia, donde los principales educadores -generalmente los padres- se deben involucrar en el proceso de crecimiento y desarrollo de los niños, enseñándoles como cualquier otro proceso natural, (caminar, hablar, comer, entre otros) la higiene personal, englobando la bucal.

Si se somete a una población entera a programas preventivos completos, se puede reducir hasta 100% la caries dental y las periodontopatías, dependiendo de la continuidad, profundidad y seriedad de los programas.

Los enjuagues o aplicaciones tópicas de fluoruro, en forma sistemática y continua desde la primera infancia, pueden lograr una reducción de la caries dental de hasta 40%, mientras que la aplicación de selladores de fisuras la reducen 100% de las superficies dentales, hacer una buena higiene bucodental y limitar el consumo de alimentos cariogénicos, evitará padecer caries dental y enfermedad periodontal durante toda su vida.

Debido a deficiencias en la orientación tanto en el hogar como la escuela desde edades tempranas, se formará un joven y posteriormente un adulto que difícilmente considerará su salud bucal como una prioridad, ni los procedimientos de higiene bucal como imprescindibles para evitar los padecimientos bucodentales.

La prevalencia de estas enfermedades varía dependiendo de la región geográfica, de la disponibilidad y accesibilidad de servicios de salud

bucodental. También tienen mucho peso los determinantes sociales, su prevalencia está aumentando en los países de ingresos bajos y medianos.

En la práctica profesional odontológica se continúan realizando procedimientos lucrativos mutiladores orientados a la enfermedad y no a la prevención y promoción de la salud oral. Figura 12



Figura 12 Salud al alcance de todos ⁴⁸

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a la alta demanda de pacientes adultos que acudieron a la Clínica: “Dr. Salomón Evelson Guterman” en el periodo 2016-2017, y que viven en sus inmediaciones, se realizará la revisión de expedientes para reconocer el grado de impacto que tienen los determinantes sociales en la aparición de las principales enfermedades bucales.

5. JUSTIFICACIÓN

La presencia de caries, enfermedad periodontal y maloclusión en las personas que acuden a solicitar servicio dental en la Clínica “Dr. Salomón Evelson Guterman”, podrían estar relacionadas con algunos determinantes sociales y factores de riesgo, que una vez identificados se lograrían limitar, impidiendo la prevalencia de las mismas.

El gobierno mexicano ha implementado varios programas a través de la Secretaría de Salud y la UNAM para ayudar a la población con el tratamiento de los padecimientos dentales, sin costo o cobro simbólico, sin embargo, el problema radica en la falta de conocimiento, el poco control y exigencia que hay en ellos, la poca accesibilidad, el papeleo que se tiene que realizar y el tiempo invertido, lo que hacen que el ciudadano elija otra opción más factible, una solución a nivel particular, pero si ésta excede su presupuesto simplemente deja que el tiempo pase creando un inconveniente que puede resultar peor para la salud y más costosa la inversión para recuperarla.

Si se logra encontrar el factor común entre el grupo de personas que habitan una zona en particular, se pueden realizar actividades de educación para la salud aplicadas individualmente y/o en grupo de acuerdo a sus necesidades y problemática.

6. OBJETIVOS

6.1 General

Identificar los determinantes sociales relacionados con los padecimientos bucodentales presentes en pacientes adultos, habitantes de las inmediaciones de la Clínica “Dr. Salomón Evelson Guterman” (2016-2017).

6.2 Específicos

- Revisar los expedientes del año 2016-2017, capturar los determinantes y su relación con la incidencia de caries, enfermedad periodontal y maloclusión.
- Descubrir si existe una relación entre el nivel de estudio y ocupación de una persona con los principales padecimientos bucales.
- Distinguir si el hábitat y entorno de una persona repercuten en su salud bucodental.

7. MATERIAL Y MÉTODO

7.1 Tipo de estudio.

Descriptivo retrospectivo.

7.2 Población de estudio y muestra.

De los 1069 expedientes de adultos registrados en la Clínica: “Dr. Salomón Evelson Guterman” durante el periodo 2016-2017, se revisan 416, el equivalente al 38.91% del total, quedando únicamente 249 (23.29%) por los criterios utilizados mencionados a continuación.

7.3 Criterios de inclusión.

- Pacientes femeninos y masculinos.
- Comprendan una edad de 20 a 60 años.
- Presenten historia clínica realizada en Clínica Periférica “Dr. Salomón Evelson Guterman”.
- Vivir en las inmediaciones de la Clínica Periférica “Dr. Salomón Evelson Guterman”.

7.4 Criterios de exclusión.

- Pacientes que tengan menos de 20 años y más de 60 años.
- No presentar historia clínica realizada en Clínica Periférica “Dr. Salomón Evelson Guterman”.
- No vivir en las inmediaciones de la Clínica Periférica “Dr. Salomón Evelson Guterman”.

7.5 Variables de estudio.

Independiente: Edad, sexo, lugar de residencia y grado de estudio.

Dependiente: Caries, enfermedad periodontal y maloclusión.

7.6 Recursos.

1. Directora de tesina, asesor y tesista.
2. Expedientes de Clínica “Dr. Salomón Evelson Guterman”.
 - 2.1 Variedad de libros y artículos.
 - 2.2 Computadora con programas. (Office Word, power point y excel).
 - 2.3 Impresora.
3. Financieros: por tesista.

Población de estudio



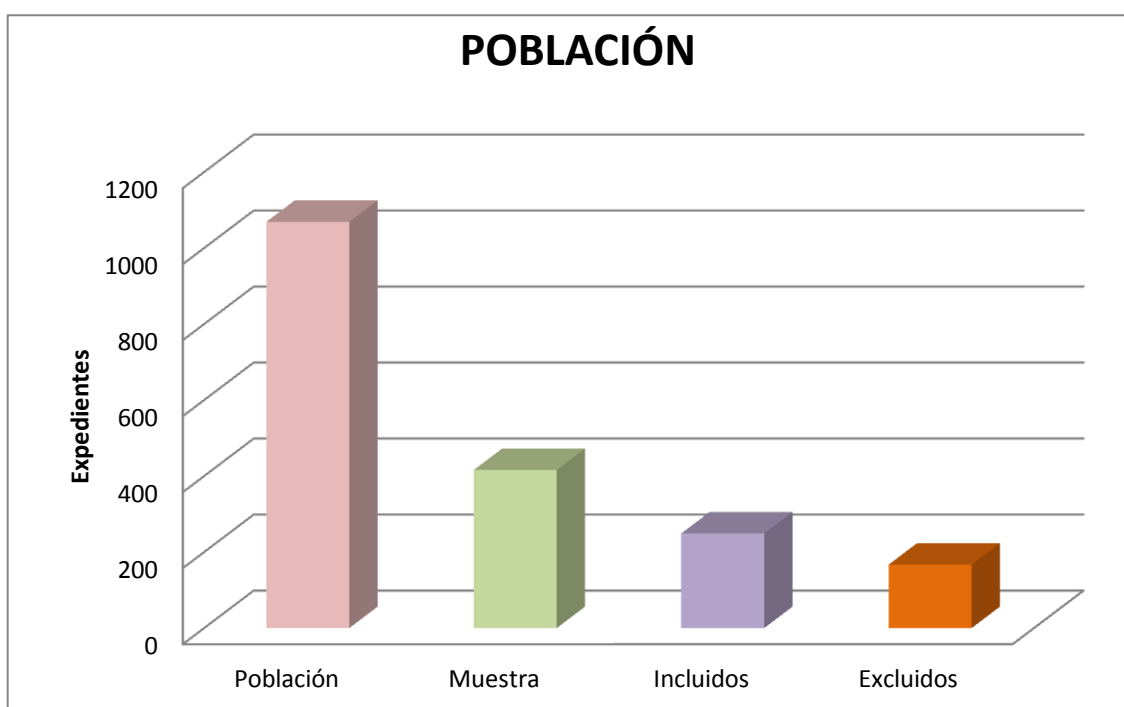
<http://deleg16.weebly.com/>

Clínica Periférica Oriente
"Dr. Salomón Evelson Guterman"
Av. Canal de San Juan, Periférico Oriente esquina Universidad
Col. Tepalcates, Delegación Iztapalapa

8.-TABLAS Y GRÁFICAS

	EXPEDIENTES	%
Población	1069	100%
Tamaño de muestra	416	38.9%
Incluidos	249	23.2%
Excluidos	167	15.6%

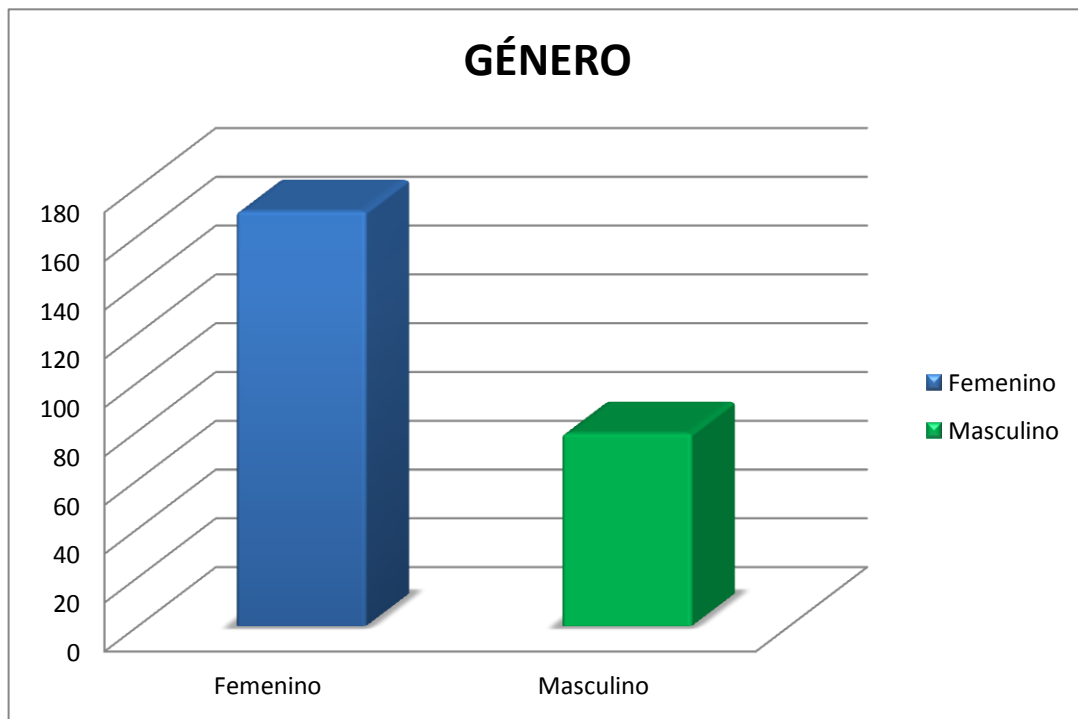
Gráfica 1:



Del total de la población de expedientes pertenecientes a adultos, tenemos un valor absoluto de 416 equivalente al valor relativo 38.9%, a los cuales se les aplicaron los criterios de inclusión y exclusión, quedando 249 expedientes, equivalentes al 23.2%.

	Género	%
Femenino	170	68%
Masculino	79	32%
Total	249	100%

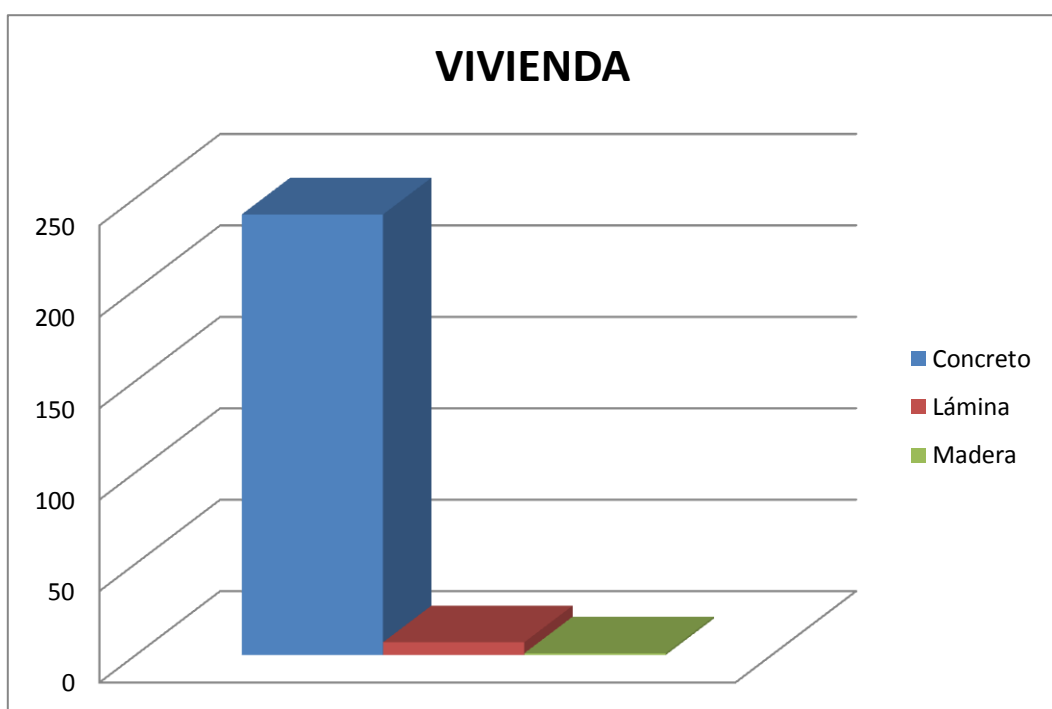
Gráfica 2:



La gráfica de género arrojó como resultado que el mayor número de pacientes que asiste a la Clínica “Dr. Salomón Evelson Guterman” son del sexo femenino, representando 68% del total, por lo cual se piensa que las mujeres tienen mayor concientización sobre los beneficios de la consulta odontológica.

	Concreto	Lámina	Madera
Tipo de vivienda	241	7	1
%	96.7%	2.8%	0.4%

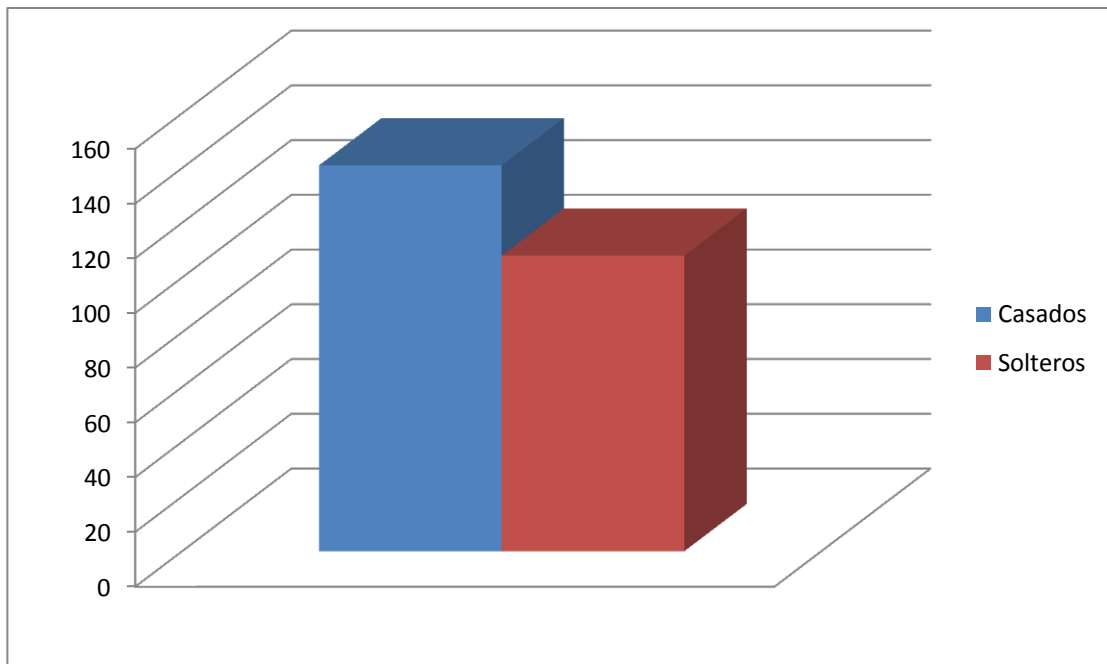
Gráfica 3:



La gráfica 3 muestra, 96% de pacientes que habitan en una construcción de concreto, la zona oriente se caracteriza por viviendas de interés social y unidades habitacionales, a pesar de ello aún podemos encontrar personas que no tienen ayuda de ningún tipo para mejorar el lugar donde viven.

	Casados	Solteros
Estado Civil	141	108
%	56.6%	43.3%

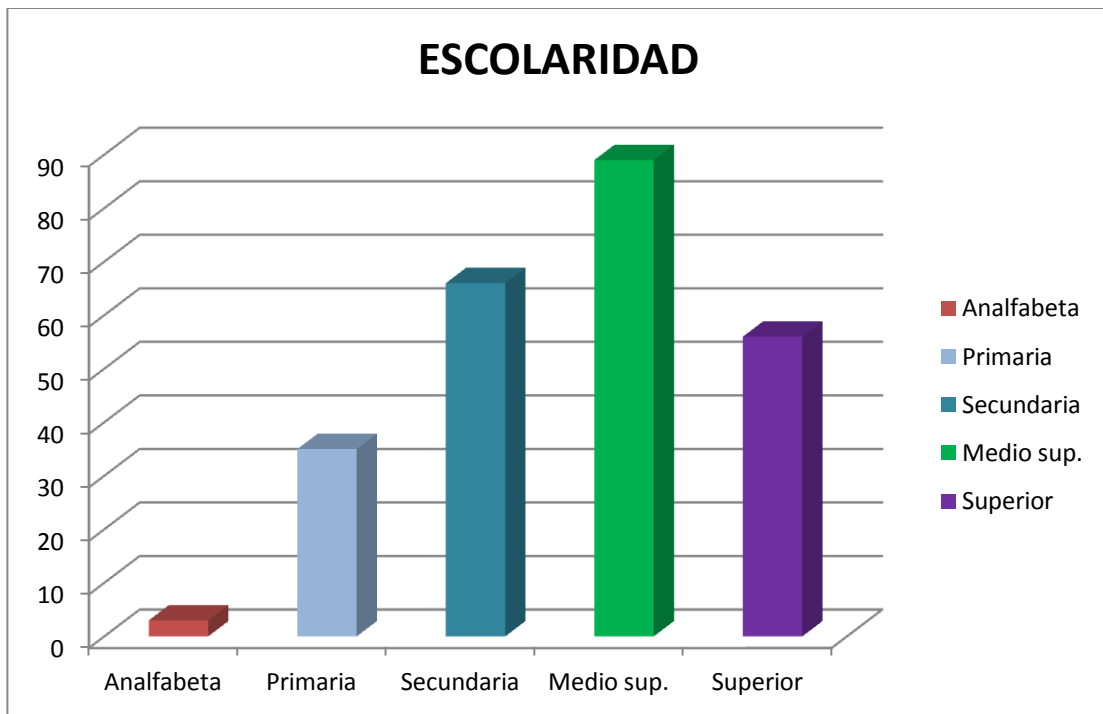
Gráfica 4:



La gráfica 4 muestra un valor relativo 56.6% de casados, un valor absoluto de 141, incluyendo dentro de este rubro a las personas en unión libre, y 43.3% en solteros, abarcando a los divorciados y viudos.

	Escolaridad	%
Analfabeta	3	1.2%
Primaria	35	14%
Secundaria	66	26.5%
Medio superior	89	35.7%
Superior	56	22.4%

Gráfica 5:



Los niveles medio (secundaria) y medio superior, son más significativos entre los pacientes que acuden, con un valor absoluto 66 y 89 , relativo 26.5% y 35.7% respectivamente, indicando que la comunicación es directa y entendible, en comparación con los pacientes de menores grados de estudios, como los analfabetas, 1.2% representando poco valor significativo.

	Ocupación	%
Profesión	22	8.8%
Oficio	114	45.7%
Hogar	86	34.5%
No trabaja	27	10.8%

Gráfica 6:



Respecto a la ocupación de los pacientes, la gráfica 6 muestra que sobresalen aquellos que tienen un oficio o trabajo propio (45.7%). En segundo lugar se colocan las mujeres que se dedican al hogar (34.5%), seguidas por los que no trabajan (10.8%) y por último 8.8% personas que tienen una carrera profesional y se dedican a ella.

20-30 AÑOS

#CARIES	ENF.PERIODONTAL	MALOCCLUSIÓN	#CARIES	ENF.PERIODONTAL	MALOCCLUSIÓN
0	SI	NO			
0	NO	NO			
0	NO	NO	15	NO	SI
0	NO	NO	15	NO	NO
1	NO	NO	15	SI	NO
3	NO	SI	15	NO	NO
3	NO	NO	16	NO	NO
4	NO	NO	16	SI	NO
5	NO	NO	16	SI	NO
5	SI	NO	16	NO	NO
6	NO	NO	16	SI	NO
6	NO	SI	16	SI	SI
7	NO	SI	17	SI	NO
7	NO	NO	17	SI	NO
8	NO	SI	18	SI	NO
8	NO	NO	19	NO	SI
8	NO	SI	19	SI	SI
8	NO	NO	19	NO	NO
9	SI	NO	19	SI	NO
10	SI	SI	22	SI	SI
11	SI	NO			
11	NO	SI			
11	NO	SI			
11	NO	SI			
11	SI	NO			
11	SI	NO			
11	SI	NO			
11	SI	NO			
11	SI	NO			
11	SI	NO			
12	NO	NO			
12	SI	NO			
12	NO	NO			
12	SI	NO			
13	SI	SI			
13	SI	SI			
14	SI	SI			
14	SI	NO			
14	NO	SI			
14	NO	NO			

Mo: 11

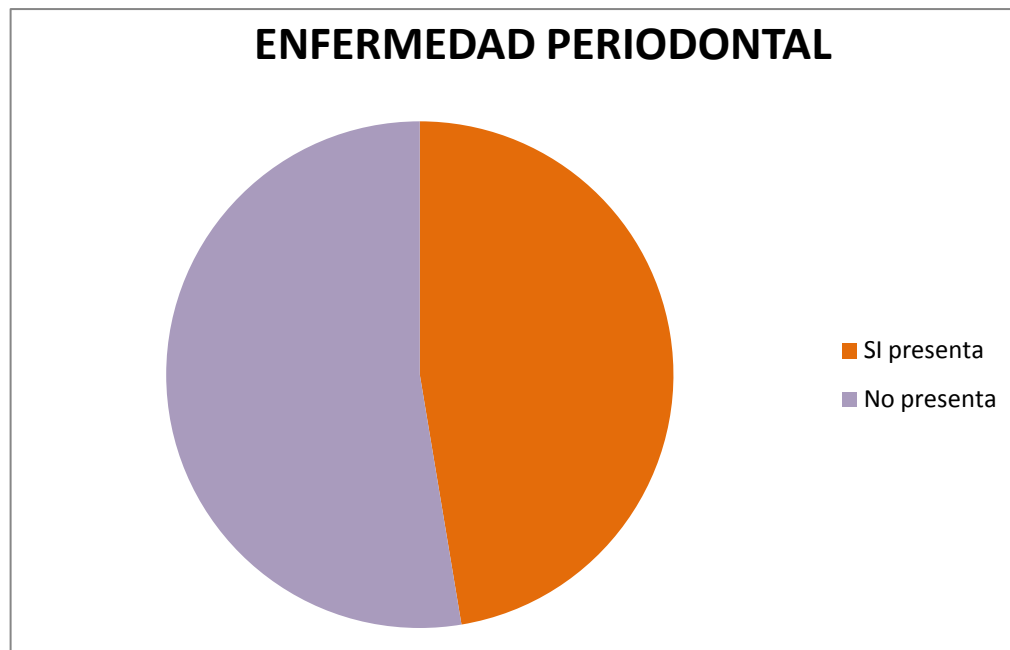
Me: 11

Media: 11.10

El número promedio de dientes cariados que presentan los pacientes de 20 a 30 años es de 11.

20-30 años	Enfermedad periodontal	%
Si presenta	27	47%
No presenta	30	53%

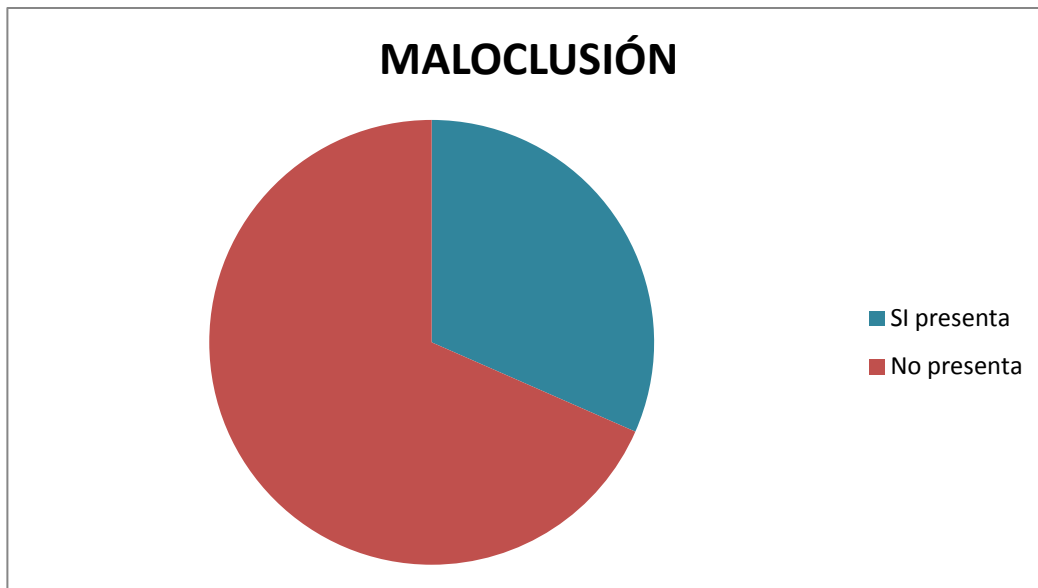
Gráfica 7:



Respecto a la enfermedad periodontal, la gráfica 7 demuestra que en el rango de edad de 20 a 30 años el valor absoluto es 27 y relativo 47%, si tiene problema y representa un valor significativo, pues a esta edad no se debería de padecer.

20-30 AÑOS	Maloclusión	%
Si presenta	18	31.5%
No presenta	39	68.4%

Gráfica 8:



En este rango de edad los tipos de maloclusión son debido al apiñamiento dental y ausencias dentales por extracciones, resultado de caries avanzadas, fracturas sin reparación y dependencia económica en algunos casos.

31 a 40 años

#CARIES	ENF.PERIODONTAL	MALOCLUSIÓN	#CARIES	ENF.PERIODONTAL	MALOCLUSIÓN
1	SI	SI			
2	SI	SI	14	NO	NO
2	NO	NO	14	SI	SI
3	NO	NO	15	NO	SI
3	NO	SI	15	NO	SI
5	SI	SI	15	NO	NO
6	SI	SI	15	SI	NO
6	NO	NO	16	NO	SI
6	SI	SI	16	NO	SI
7	SI	SI	17	NO	NO
7	NO	SI	17	NO	NO
8	NO	NO	17	SI	SI
8	SI	NO	17	SI	SI
9	SI	NO	19	SI	SI
9	NO	SI	20	NO	NO
9	NO	SI			
9	NO	NO			
9	NO	SI			
10	NO	SI			
10	SI	NO			
10	SI	SI			
10	SI	NO			
10	NO	SI			
11	SI	NO			
11	NO	NO			
12	NO	NO			
12	NO	NO			
12	SI	SI			
13	SI	SI			
13	NO	SI			
13	SI	NO			
13	SI	SI			
13	SI	NO			
14	SI	SI			
14	SI	NO			
14	SI	NO			
14	NO	SI			
14	SI	SI			
14	NO	SI			

Mo: 14

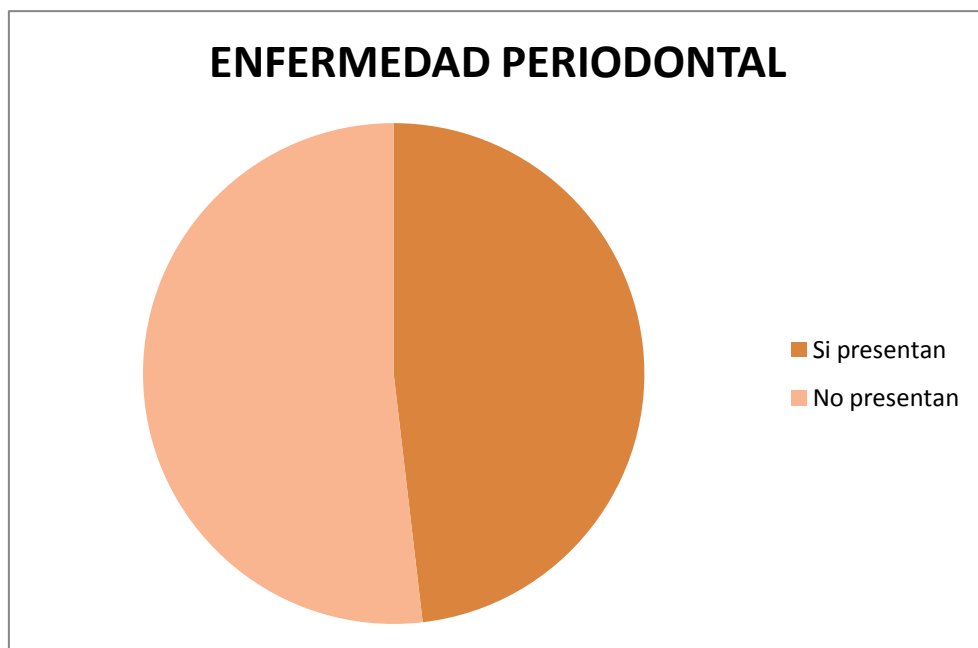
Me: 12

Media: 10.98

Aproximadamente presentan de 11 a 12 dientes con caries.

31 A 40 AÑOS	Enfermedad Periodontal	%
Si presentan	26	48.1%
No presentan	28	51.8%

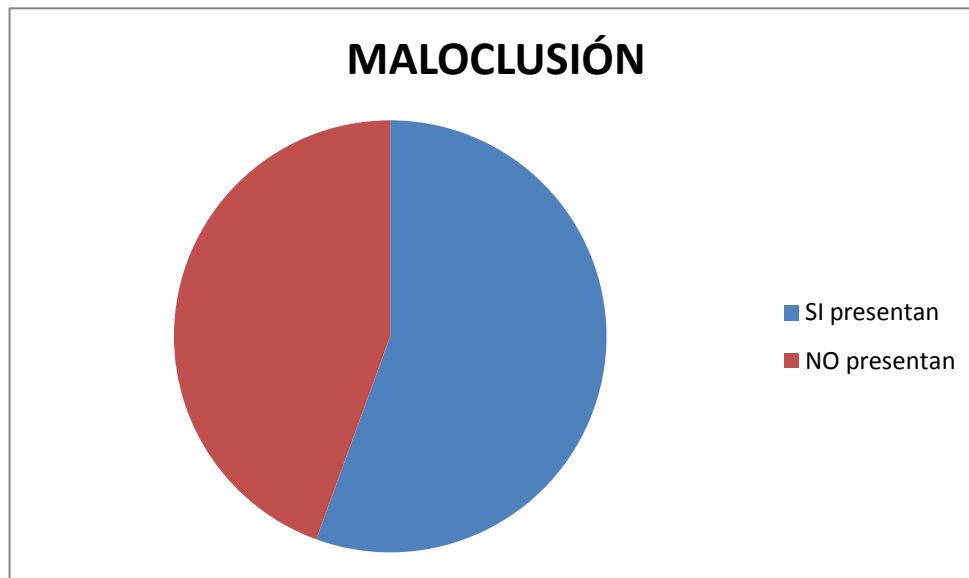
Gráfica 9:



Conforme la edad aumenta, la presencia de padecimientos periodontales lo hace con ella, 48.1% es un valor aproximado a la mitad, indicando que la enfermedad no se atacó en etapas tempranas y/o desde su aparición.

31-40 años	Maloclusión	%
Si presentan	30	55.5%
NO presentan	24	44.4%

Gráfica 10:



La gráfica 10 refleja un aumento en el problema de oclusión, ya que en el rango de edad entre 31-40 años, las ausencias dentales aumentan, las extracciones son muy comunes, provocando un desajuste oclusal, dolores y la necesidad de prótesis.

41 – 50 AÑOS

#CARIES	ENF.PERIODONTAL	MALOCLUSIÓN	#CARIES	ENF.PERIODONTAL	MALOCLUSIÓN
0	NO	SI			
1	SI	SI	13	SI	SI
1	NO	SI	13	SI	SI
1	SI	SI	13	SI	SI
2	NO	NO	13	SI	SI
2	SI	NO	13	SI	NO
4	NO	SI	14	NO	NO
4	SI	NO	14	NO	NO
5	NO	SI	14	NO	SI
5	NO	SI	14	SI	SI
5	NO	SI	14	SI	SI
6	SI	NO	14	NO	SI
6	SI	SI	16	NO	SI
6	NO	SI	17	NO	SI
6	NO	NO	18	NO	SI
7	SI	SI	19	SI	NO
7	SI	NO	19	NO	NO
7	SI	NO	21	SI	SI
7	SI	NO	21	SI	SI
7	SI	NO			
7	SI	SI			
7	SI	SI			
8	SI	NO			
8	SI	SI			
8	SI	NO			
9	SI	SI			
9	NO	SI			
9	NO	SI			
9	NO	NO			
10	SI	NO			
11	SI	SI			
11	SI	SI			
11	SI	SI			
11	NO	SI			
12	NO	SI			
12	SI	NO			
12	SI	SI			
12	SI	SI			
13	SI	SI			
13	SI	SI			

Mo: 7,13

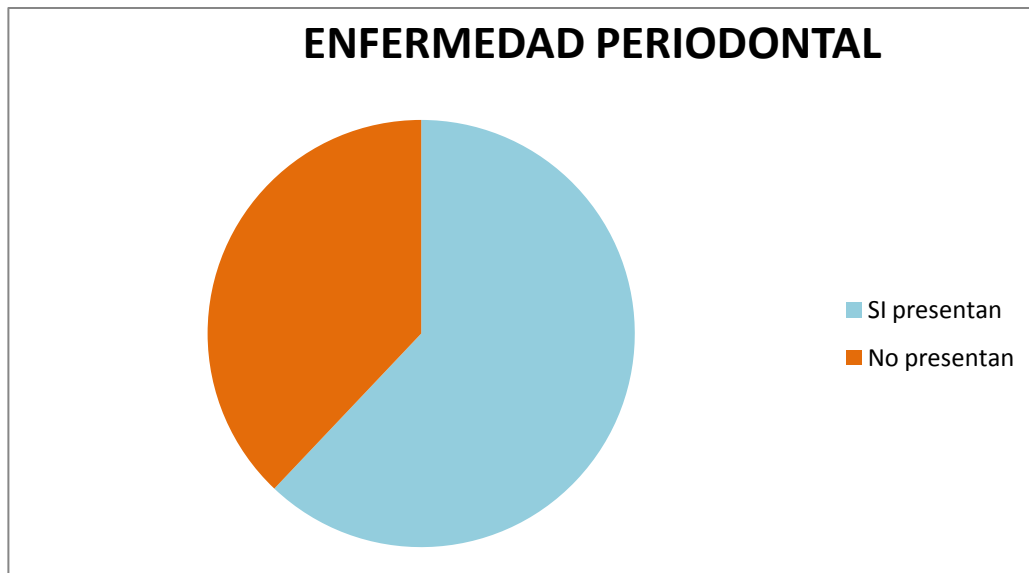
Me: 9.5

Media: 9.84

El número de caries disminuye por el hecho de que los pacientes de esta edad, tienen la mayoría de dientes restaurados o extraídos.

41 – 50 años	Enfermedad Periodontal	%
Si presentan	36	62%
No presentan	22	38%

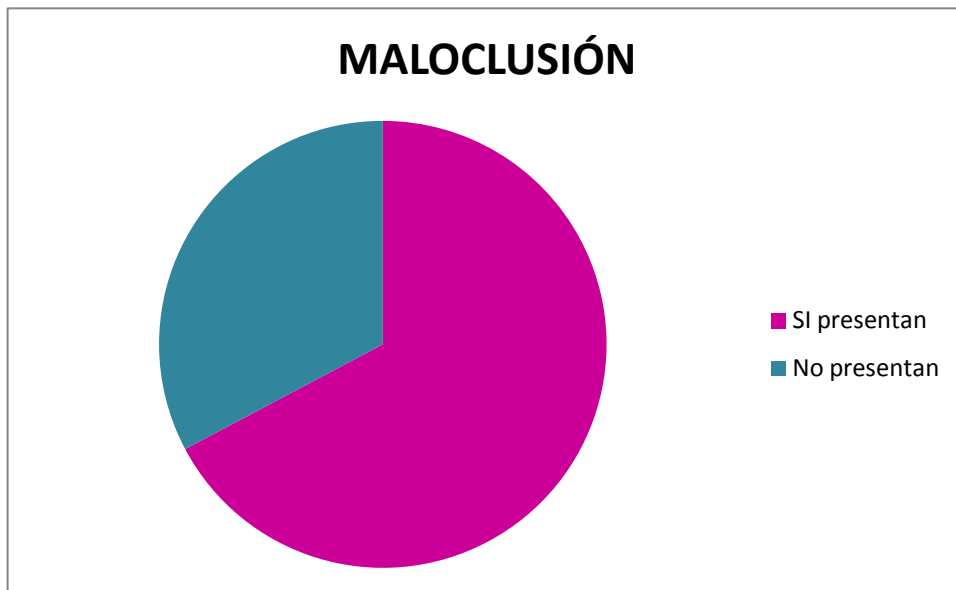
Gráfica 11:



Los problemas periodontales avanzan gradualmente, y en esta edad más de la mitad de los pacientes la padecen (62%) ya que no tienen el hábito de realizar una higiene bucal adecuada, reflejándose en la acumulación de cálculo dental, placa bacteriana, aparición de bolsas gingivales y por consecuente una pérdida en los tejidos de inserción dental, aunado a los problemas hormonales comunes en las pacientes.

41 – 50 años	Maloclusión	%
Si presentan	39	67.2%
No presentan	19	32.7%

Gráfica 12:



El valor absoluto 39 que si presenta algún tipo de maloclusión o desviación de la articulación temporomandibular, es representativo, indicándonos que los pacientes prefieren extraer los dientes a realizarles un tratamiento de preservación, comenzando el uso de prótesis fijas y/o removibles según sea el caso.

51 - 60 años

#CARIES	ENF.PERIODONTAL	MALOCLUSIÓN	#CARIES	ENF.PERIODONTAL	MALOCLUSIÓN
0	SI	NO	7	SI	NO
1	SI	SI	8	SI	NO
1	NO	NO	8	SI	SI
1	SI	SI	8	SI	SI
1	NO	SI	8	SI	NO
1	SI	SI	8	SI	SI
1	SI	SI	8	SI	SI
1	SI	NO	8	SI	SI
2	SI	SI	8	SI	NO
2	NO	SI	8	SI	SI
2	SI	SI	9	NO	NO
2	NO	SI	9	SI	NO
2	NO	SI	9	SI	SI
2	SI	SI	10	NO	SI
3	SI	SI	10	SI	NO
3	SI	SI	10	SI	NO
3	NO	NO	10	SI	SI
3	NO	SI	10	SI	SI
3	NO	NO	10	SI	SI
4	NO	SI	11	NO	SI
4	SI	NO	11	SI	SI
5	NO	SI	11	SI	SI
5	SI	SI	11	SI	SI
5	SI	SI	11	NO	SI
5	SI	SI	12	SI	SI
6	NO	SI	13	SI	SI
6	SI	NO	13	NO	SI
6	SI	SI	15	SI	SI
6	SI	SI	15	SI	NO
6	SI	SI	16	SI	SI
6	NO	SI	16	SI	SI
6	SI	SI	16	SI	SI
6	NO	SI	17	SI	SI
6	SI	SI	17	SI	SI
6	SI	SI	18	NO	SI
7	SI	NO	18	SI	NO
7	SI	NO	19	SI	SI
7	NO	SI	19	NO	SI
7	NO	SI	20	SI	NO
7	SI	SI	21	SI	NO

Mo: 6

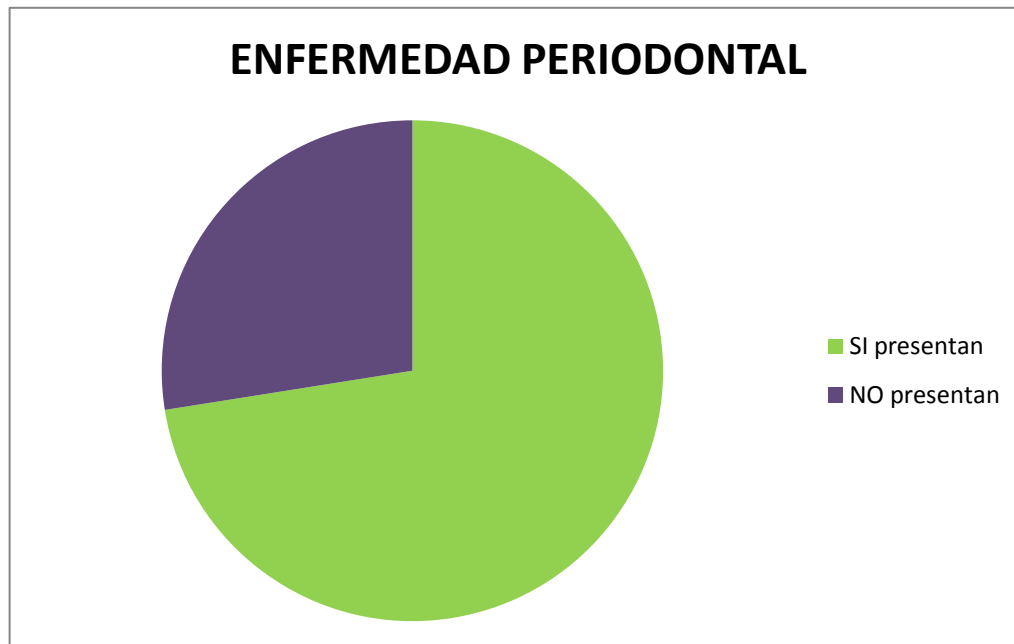
Me:7

Media: 8.03

El número de dientes en boca es menor y las caries presentes también con una mediana de 7.

51 - 60 años	Enfermedad Periodontal	%
Si presentan	58	72.5%
NO presentan	22	27.5%

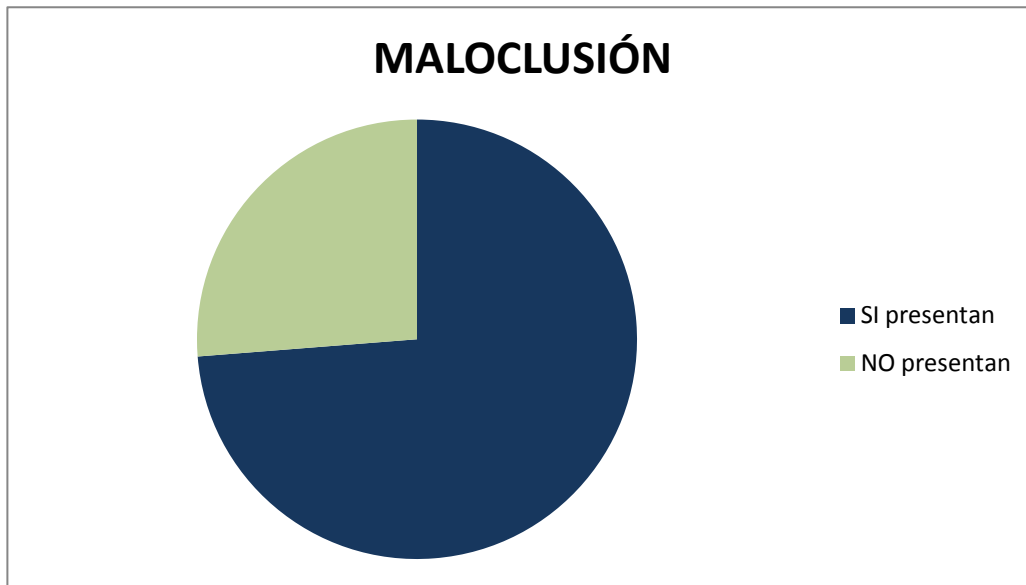
Gráfica 13:



Los pacientes de 51 a 60 años, según la gráfica 13 presentan comúnmente enfermedad periodontal, que han desarrollado tiempo atrás y no han solucionado, provocando un aumento en su severidad. El uso de prótesis, en conjunto con una mala higiene provoca que el padecimiento empeore.

51 – 60 años	Maloclusión	%
Si presentan	59	73.7%
No presentan	21	26.2%

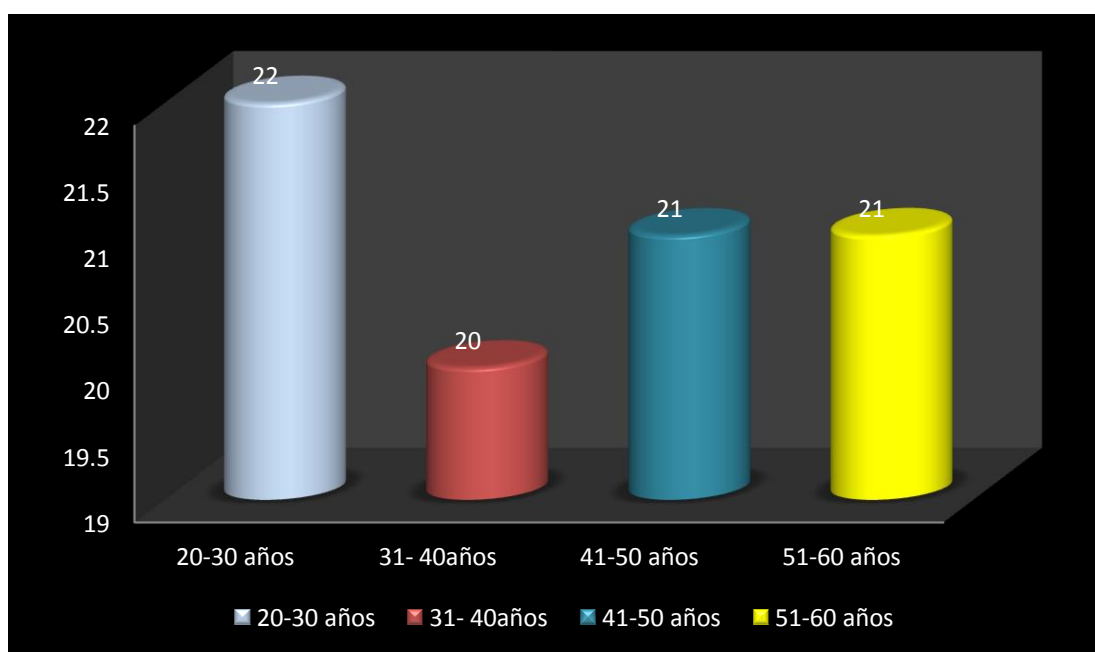
Gráfica 14:



Las personas que llegan a la tercera edad con salud bucal son escasas, han perdido la mayoría de sus dientes, y la consulta dental consiste en realizar procedimientos de prótesis en sus diversas formas.

El valor relativo 73.7% es alto, demostrando que a la edad comprendida entre 51- 60 años no existe cuidado de la salud oral, los pacientes usan prótesis totales y parciales bilaterales, resultado de un descuido continuo.

Número de Caries	
20-30 años	22
31- 40años	20
41-50 años	21
51-60 años	21



El número máximo de caries encontrado es de 22 en el rango de 20 a 30 años, de 21 dientes con caries de 41 a 60 años y el menor número máximo es de 20, perteneciente al grupo de 31 a 40 años.

9.- RESULTADOS

Del total de la población de expedientes pertenecientes a adultos, tenemos un valor absoluto de 416 equivalente al valor relativo 38.9%, a los cuales se les aplicaron los criterios de inclusión y exclusión, quedando 249 expedientes, equivalentes al 23.2%.

El mayor número de pacientes que asiste a la Clínica “Dr. Salomón Evelson Guterman” son del sexo femenino, representando 68% del total, por lo cual se piensa que las mujeres tienen mayor concientización sobre los beneficios de la consulta odontológica.

El 96% de pacientes habitan en una construcción de concreto, la zona oriente se caracteriza por viviendas de interés social y unidades habitacionales, a pesar de ello aún se encuentran personas que no tienen ayuda de ningún tipo para mejorar su lugar donde viven.

En cuanto a su estado civil presentan un valor relativo 56.6% de casados, incluyendo a las personas en unión libre, y 43.3% de solteros, junto con los divorciados y viudos.

Encontramos diversidad en la situación escolar, desde las personas que no tienen ningún nivel de estudios hasta titulados, teniendo más comúnmente un nivel medio superior con un valor de 35.7%, seguido del medio con valor relativo de 26.5% .

Su principal actividad económica es su oficio y/o comercio (45.7%), en segundo lugar se colocan las mujeres que se dedican al hogar (34.5%), seguidas por los que no trabajan (10.8%) y por último con 8.8% personas que tienen una carrera profesional y se dedican a ella.

En la primera clasificación de 20 a 30 años encontramos un promedio de 11 caries, un número bastante considerable y preocupante a esa edad, los problemas periodontales estas presentes en 47% de la muestra, los tipos de maloclusión (31.5%) son debido al apiñamiento dental y ausencias dentales por extracciones, resultado de caries avanzadas, fracturas sin reparación y dependencia económica en algunos casos.

Durante los 31 a 40 años encontramos un promedio de 12 caries por persona, los padecimientos periodontales constan de 48.1%, indicando que la enfermedad no se atacó en etapas tempranas y/o desde su aparición, las ausencias dentales aumentan, las extracciones son muy comunes y provocan un desajuste oclusal, dolores y la necesidad de uso de prótesis en el 55.5% de la muestra.

Las personas que comprenden el rubro de 41 a 50 años tienen 9 caries aproximadamente, presentan más extracciones realizadas y dientes ya restaurados, sus encías se encuentran con daño, más de la mitad de los pacientes (62%) padecen enfermedad periodontal, no tienen el hábito de una higiene bucal adecuada, reflejándose en la acumulación de cálculo, placa bacteriana, aparición de bolsas gingivales y por consecuente una pérdida en los tejidos de inserción dental. La mala oclusión tiene un valor absoluto 39, indicándonos que los pacientes prefieren extraer los dientes a realizarles un tratamiento de preservación.

El promedio de caries sigue disminuyendo conforme va aumentando la edad, llegando a un valor de 7 caries aproximadamente por persona, en la edad de 51 a 60 años. Los padecimientos periodontales están en un punto alto, 72% no se preocupan de sus encías, piensan que la ausencia de dolor, y la capacidad de realizar funciones cotidianas como comer, hace no necesaria la aplicación de algún tratamiento. La personas que tienen maloclusion (73.7%) es muy alto.

10.- CONCLUSIONES

Los principales padecimientos orales incluyen caries, enfermedad periodontal y tipos de maloclusion, siendo éstos prevenibles y relacionados con el autocuidado de la salud; sin duda, la salud bucodental está vinculada a factores educativos, culturales, socioeconómicos y nutricionales.

El tipo de pacientes que asisten a la Clínica “Dr. Salomón Evelson Guterman” en la zona oriente, nos refiere un nivel educativo mayoritariamente bajo, una fuente de ingresos inestable y dividida, la situación familiar y el estado civil se hace relevante al destinar el gasto, por las prioridades existentes.

La educación deficiente crea un camino continuo, ya que esto ocasiona generalmente que no se consiga un buen trabajo que conlleve ganancias favorables y logren cubrir los gastos mínimos necesarios.

Los sistemas y los servicios de salud deben promover la salud general y oral, favoreciendo la sinergia entre las diversas áreas gubernamentales, como la educación, trabajo, deporte y recreación, comercio, alimentación y cultura compartiendo esfuerzos, estrategias y recursos para el cuidado, la promoción, la educación y la atención en salud.

Los modelos de atención a la salud se han modificado, de una atención curativa individual a una integradora centrada en la promoción de la salud, apoyándose en intervenciones comunitarias, atención primaria y en la adopción de estilos de vida saludables para la disminución de los riesgos y si se articulan adecuadamente los esfuerzos del gobierno, los profesionales y las comunidades, aumentaría la salud oral.

En las cercanías a la clínica periférica oriente, se encuentran varias instituciones familiares con servicio dental si se es derechohabiente, la UNAM también brinda opciones, así como las campañas de salud efectuadas por el gobierno. La educación para la salud es una parte indispensable de una práctica dental preventiva.

11.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-González R. Altamirano L. La salud pública y el trabajo en comunidad. 1ª ed. Mc Graw Hill. México. 2010.
- 2.- López J. Hipócrates y los escritos hipocráticos: origen de la medicina científica. Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.
- 3.-Lamata F. Una perspectiva de la política sanitaria 20 años después del Informe Lalonde. Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid. Gaceta Sanitaria Julio-Agosto 1994 vol.43 vol 8.
- 4.- Roses M. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud para el siglo XXI. Revista Panamericana Salud Publica/Pan Am J Public Health 21(2/3). 2007.
- 5.- Estupinian S. Taller de capacitación proyecto SOFAR 2013: salud oral y factores de riesgo. Organización Panamericana de Salud. México 2013.
- 6.- Sistema de Vigilancia Epidemiológica De Patologías Bucales (SIVEPAB). Prevalencia e incidencia de caries dental en la población del Hospital Central del Norte de PEMEX. Número 4. Octubre-Diciembre 2014.
- 7.- D.R. ® Secretaria De Salud, Subsecretaría De Prevención y Promoción De La Salud Dirección General De Epidemiología. Centro Nacional De Programas Preventivos y Control De Enfermedades. Sistema de vigilancia epidemiológica de patologías bucales: 10 años vigilando la salud bucal de los mexicanos. México, Diciembre, 2015.
- 8.- Silva X.Ruiz R. Prevalencia de caries, gingivitis y maloclusiones en escolares de Ciudad Victoria, Tamaulipas y su relación con el estado nutricional. Revista Odontológica Mexicana Vol. 17, Núm. 4 Octubre-Diciembre 2013 pp 221-227.
- 9.-Villa P. Enfoque salubrista de la enfermedad periodontal. Revista Iberoamericana de Ciencias ISSN 2334-2501. Julio 2015. www.reibci.org.
- 10.- De Vos P. Malaise G. Participación y empoderamiento en la atención primaria en salud: desde Alma Ata hasta la era de la globalización. Medicina Social volumen 4, número 2, junio 2009. www.medicinasocial.info

- 11.- Roses M. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud para el siglo XXI. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 21(2/3), 2007 65.
12. - The Pan American Health Organization Promoting Health in the Americas. Declaración de Alma-Ata: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata. URSS. 6-12 de septiembre de 1978.
- 13.- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB). Prevalencia e incidencia de caries dental en la población del Hospital Central del Norte de PEMEX. Número 4. Octubre-Diciembre 2014.
- 14.- Duque de Estrada J.Rodríguez A. Factores de riesgo en la predicción de las principales enfermedades bucales en los niños. Revista Cubana Estomatología 2001;39(2). pp 111-9.
- 15.- D.R. © Secretaria De Salud, Subsecretaría De Prevención y Promoción De La Salud, Dirección General De Epidemiología, Centro Nacional De Programas Preventivos y Control De Enfermedades. Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB 2014). Primera edición, México, agosto 2015.
- 16.- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales. La salud bucal en el ISSSTE. Número 3 Julio-Septiembre 2014
- 17.- Juárez C.Márquez M. Salgado N. La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. Rev Panam Salud Publica 35(4), 2014.
- 18.-Martínez A. Terrazas P. Álvarez F. Cómo reducir las inequidades de salud actuando sobre sus determinantes sociales: el papel del sector salud en México Revista Panamericana de Salud Publica 35(4), 2014.
- 19.- Segura P. Angina de Ludwig. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica. LXVII (592) 195-198 2010.
- 20.- Rojas I. Prevalencia de caries dental y factores de riesgo asociados. Revista Cubana Medicina Militar. 2012; 41 pp379-384.
- 21.- Palomer L. Caries dental en el niño: una enfermedad contagiosa. Revista chilena de pediatría v.77 n.1 Santiago feb. 2006. pp 56- 60

- 22.- Cabello I. Recursos humanos odontológicos y necesidades de tratamiento de caries en adolescentes de 12 años. Clínica de Periodoncia Implantología. Rehabilitación Oral. Revista Chile Vol. 4(2); 45-49, 2011.
- 23.- Irigoyen M. Zepeda M. Prevalencia e incidencia de caries dental y hábitos de higiene bucal en un grupo de escolares del sur de la Ciudad de México: estudio de seguimiento longitudinal. Revista ADM Vol. LVIII, No. 3. Mayo-Junio 2001. pp 98-104.
- 24.- Rojas I. Prevalencia de caries dental y factores de riesgo asociados. Revista Cubana Medicina Militar. 2012;41(4). pp 379-384.
- 25.- Cruz G. Sánchez R. Caries dental y los determinantes sociales de la salud en México. Revista Cubana de Estomatología 2014;51(1): pp 55-70.
- 26.-Katz S. Odontología Preventiva. Editorial Panamericana, México, 1991.
- 27.- García G. Espinosa I. Necesidades de tratamiento periodontal en adultos de la región rural Mixteca del Estado de Puebla. Revista. Salud pública. Num.12 México.
- 28.- Carvajal P. Enfermedades periodontales como un problema de salud pública: el desafío del nivel primario de atención en salud. Revista Clínica Periodoncia Implantología Rehabilitación Oral. 2016;9(2): pp 177---183.
- 29.- Morales A. Bravo J. Baeza M. Las enfermedades periodontales como enfermedades crónicas no transmisibles: cambios en los paradigmas. Revista Clínica de Periodoncia. Implantología y Rehabilitación Oral 2016;9(2)pp 203---207.
- 30.- Contreras A. La promoción de la salud general y la salud oral: una estrategia conjunta. Revista Clínica de Periodoncia. Implantología y Rehabilitación Oral 2016;9(2) pp 193---202.
- 31.- Barquim C. Medicina social. Librería de medicina, 2da edición México, 1981 pp 69-75.
- 32.- Arrascue H. Natalie L. Determinantes sociales de salud y caries dental. Odontología Pediátrica. Vol IO N°1. Enero- Junio 2011.
- 33.-Revista Cubana Medicina Militar. 2012;41(4):379-384
- 34.-OMS. Salud bucodental. Nota informativa N°318. Abril de 2012.

- 35.- Tokunaga S. Katagiri M. Elorza H. Prevalencia de las maloclusiones en el Departamento de Ortodoncia de la División de Estudios de Postgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Revista Odontológica Mexicana Vol. 18. Núm. 3 .Julio-Septiembre 2014. pp 175-179.
- 36.- Mendoza L. Meléndez A. Ortiz R. Fernández A. Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. Revista Mexicana de Ortodoncia Vol. 2, Núm. 4. Octubre-Diciembre 2014. pp 220-227
- 37.- Duque de Estrada Y. Rodríguez A. Coutin G. Factores de riesgo asociados con la maloclusión. Revista Cubana de Estomatología. v.41 n.1 Ciudad de La Habana ene.,abr. 2004 versión On-line ISSN 1561-297X
- 38.- Aguilar M. Villaizán C. Frecuencia de hábitos orales: factor etiológico de maloclusión en población escolar. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Depósito Legal N°: pp200102CS997. ISSN: 1317-5823 www.ortodoncia.ws
39. Lugo C. Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Depósito Legal N°: pp200102CS997. ISSN: 1317-5823. www.ortodoncia.ws
- 34.- Sada M. Girón J. Maloclusiones en la dentición temporal o mixta: edificio Traumatología. Hospital de La Zarzuela. Madrid. 3.^a ed. Nueva Editorial Interamericana. Enlow DH. Crecimiento maxilofacial. España. 1992.
- 40.- Cruz D. Lizandra I. Factores de riesgo de maloclusiones en adultos. Investigación Medicoquirúrgica 2012 (julio - diciembre);4(2): pp.137-145
- 41.- Salgado V. Un primer análisis de la investigación en México sobre los determinantes sociales de la salud: 2005-2012.en Bienestar Social. Salud Pública de México 2014;56:393-401. vol. 56, no. 4, julio-agosto de 2014.
- 42.-Figura 1. http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2009.
- 43.-Figura 2.<http://saludiarario.com>.
- 44.-Figura 3.skyscraperlife.com.
- 45.-Figura 4, 5, 6, 7,8,11. Fuente directa.

46.- Figura 9. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009>.

47.-Figura 10. <https://i.ytimg.com/vi/2jeeUGNmv1A/hqdefault.jpg>.

48.- Figura 12. <http://www.educacionsalud.cl/pini/>.