



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

FACULTAD DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS Y SALUD PÚBLICA

TESIS

DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCAL EN POBLACIÓN, CENTRO DE SALUD DE VILLAFLORES, CHIAPAS

**PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN CIRUJANO DENTISTA**

PRESENTA:

Antonio Moguel Cabrera

Héctor Amed Rodas Morales

Asesores:

Ángel Gutiérrez Zavala,

Jaime Raúl Zebadúa Picone

Rey Arturo Zebadua Picone

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a 01 de Agosto de 2019

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	2
II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
III.	OBJETIVOS	5
	3.1- OBJETIVO GENERAL	
	3.2- OBJETIVOS ESPECIFICOS	
IV.	JUSTIFICACIÓN	6
V.	MARCO TEORICO	7
	5.1 ESQUEMA BASICO DE PREVENCIÓN	7
	5.2 OPERATORIA DENTAL	18
	5.3 CURACION TEMPORAL	21
	5.4 EXTRACCIONES	22
	5.5 TERAPIA PULPAR	28
	5.6 FARMACOTERAPIA	29
	5.7 OTRAS ATENCIONES	31
VI.	MATERIAL Y METODOS	35
	6.1 LUGAR DE ESTUDIO	35
	6.2 TIPO DE ESTUDIO	35
	6.3 UNIVERSO DE ESTUDIO	35
	6.4 METODO DE RECOLECCION DE DATOS	35
VII.	RESULTADOS	36
VIII.	CONCLUSIÓN	40
IX.	PROPUESTAS	41
X.	ANEXOS	42
XI.	BIBLIOGRAFIA	43

I. INTRODUCCION

La salud bucal es parte integral de salud general. Las acciones de promoción y prevención constituyen un elemento fundamental para mantener la salud bucal de la población. De acuerdo con la organización mundial de la salud (OMS), las enfermedades de mayor prevalencia son la caries dental y la enfermedad periodontal las cuales afectan a la población.

Necesitamos tener salud bucal, contar con una dentición funcional y confortable que permite a los individuos continuar con el roll social general, enfatizando que es un componente integral de la salud, por lo que se entiende que cuando la salud bucal está comprometida, la salud y la calidad de vida pueden disminuir.

La mayoría de las enfermedades bucales pueden ser controladas si se le informa y orienta a la población sobre la importancia de prevenirlas y de realizar un diagnóstico temprano. Algunas enfermedades van desde las más comunes como gingivitis, periodontitis, caries dental, absceso periapical, pericoronitis; algunas poco frecuentes como el mucocele, candidiasis, herpes recurrente y enfermedades graves como el cáncer de boca.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La cavidad oral (boca) es una abertura en la cual ingerimos alimentos y de suma importancia porque en ella encontramos diferentes tipos de tejidos como también enfermedades que no podemos observar a simple vista y para poder prevenir padecimientos debemos tener buenos hábitos de autocuidado bucal, como emplear el esquema básico de prevención:

- Detección de placa bacteriana
- Instrucción de técnica de cepillado
- Instrucción de uso del hilo dental
- Revisión de tejidos bucales e higiene de prótesis

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que las enfermedades bucales son la cuarta causa más costosa de tratar en nuestro país, se encuentran entre las de mayor demanda de atención en los servicios de salud del país. En países de altos ingresos, la carga de la enfermedad oral se ha abordado mediante la creación de avanzados servicios de salud bucodental que ofrecen principalmente el tratamiento a los pacientes. La mayoría de los sistemas se basan en la demanda de atención recibida por los odontólogos privados, aunque algunos países de altos ingresos han realizado sistemas públicos de salud bucodental. En la mayoría de los países de ingresos medios y bajos la inversión en el cuidado de la salud oral es baja y los recursos se asignan principalmente a la atención oral de emergencia y alivio del dolor.

De acuerdo con la OMS la salud bucal puede definirse como la ausencia del dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, úlceras bucales, defectos congénitos como labio o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental y pérdida de dientes así como otras enfermedades y trastornos que afectan a la cavidad bucal. Diferentes investigaciones han demostrado que más de 120 enfermedades sistémicas se originan en la cavidad bucal.

La salud bucal se considera una parte integral del complejo craneofacial que participa en funciones vitales como la alimentación, la comunicación y el afecto; por

lo tanto la salud bucal está relacionada con el bienestar y la calidad de vida desde los puntos de vista funcional, psicosocial y económico.

Las enfermedades bucales se han asociado con compromiso nutricional, cáncer xerostomía, neumonía, bacteriemia, enfisema, problemas del corazón, diabetes, complicaciones en cirugía entre otras. Las enfermedades bucales aumentan el riesgo de enfermedades crónicas como las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, la diabetes mellitus y enfermedades respiratorias.

Los principales problemas de salud bucal en la población son la caries dental y la gingivitis (inflamación de las encías) ya que es la causa principal de los pacientes que acuden a un consultorio odontológico público.

Por lo anterior se investigó el diagnóstico de la salud bucal en pacientes que acuden al Centro de Salud Urbano del municipio de Villaflores Chiapas durante el periodo de Agosto 2018 a Julio de 2019.

III.OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Determinar la situación de salud bucal del **Centro de Salud Urbano “villaflores”**, de Villaflores, Chiapas durante el periodo de Agosto 2018 a Junio de 2019.

3.2. Objetivos Específicos

Caracterizar la población de estudio del **Centro de Salud Urbano “Villaflores”**, de Villaflores, Chiapas durante el periodo de Agosto 2018 a Junio de 2019.

Describir los servicios odontológicos otorgados a la población de estudio en el centro de salud urbano “Villaflores”

Presentar la situación de la salud bucal de la población que asiste a la atención bucal

IV. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación tiene como objetivo principal diagnosticar los diferentes tipos de tratamientos odontológicos que acuden al centro de salud urbano “Villaflora”, en la ciudad de Villaflora Chiapas. Esto puede ser de gran utilidad para que la institución brinde el mayor apoyo a la población.

La muestra se obtuvo de la información del sistema de información en salud (SIS) que se maneja para capturar todos los tratamientos que se realizan, en este caso fue en el periodo de mi servicio social durante el periodo de Agosto 2018 a Junio de 2019.

Todos los resultados obtenidos se implementaron mediante gráficas y cuadros conforme al tipo de variable.

V. MARCO TEÓRICO

Los servicios odontológicos que ofrece el Centro de Salud de Urbano “Villaflora” cuentan con tratamientos para la comunidad cercana a la clínica, siempre y cuando estén afiliados al seguro popular y al programa prospera, los servicios que ofrece se describen a continuación:

5.1. Esquema Básico de Prevención

5.1.1. Control de placa bacteriana

La placa bacteriana es un tipo de biopelícula que se define como una comunidad microbiana diversa que se encuentra en la superficie dental embebida en una matriz de polímeros de origen bacteriano y salival. La formación de la placa involucra la interacción entre las bacterias colonizadoras primarias y la película adquirida del esmalte. Los colonizadores secundarios se unen a las bacterias inicialmente adheridas a través de interacciones moleculares específicas. A medida que la biopelícula se forma, se van desarrollando gradualmente factores biológicos importantes, permitiendo la co-existencia de especies que serían incompatibles si fuera un medio homogéneo. La placa dental se desarrolla naturalmente, pero también está asociada con dos de las enfermedades más prevalentes (caries dental y enfermedad periodontal). Una nueva hipótesis (“hipótesis de la placa ecológica”) describe la relación entre las bacterias de la placa y el huésped en la salud y en la enfermedad. Implícito en ésta hipótesis se encuentra el concepto de que las enfermedades pueden prevenirse no sólo inhibiendo directamente los patógenos, si no también interfiriendo con los factores ambientales que favorecen la aparición selectiva y crecimiento de éstas bacterias. De este modo, podrían establecerse estrategias holísticas para el control y tratamiento de las enfermedades orales.

(Pérez, G. La biopelícula: una nueva visión de la placa dental/Bio-film. 2005).

5.1.2. Técnica de cepillado

Se entiende como cepillado dental eficaz la eliminación mecánica de la placa dental supragingival y subgingival (sulcular o crevicular), llevada a cabo en el ámbito doméstico por el propio individuo o, si sus capacidades psicomotrices están limitadas,

por los cuidadores del mismo. Es una práctica que se incluye entre las normas higiénicas consideradas socialmente como imprescindibles. Involucra el compromiso de las tres áreas de la conducta, tanto en el profesional como en el paciente:

- a. Área cognitiva: porque para desarrollarse necesita fundamentarse en el conocimiento de la etiología de la caries
- b. Área procedimental (de las destrezas): porque requiere la incorporación de un hábito motor.
- c. Área actitudinal: porque implica alcanzar o poseer adecuada motivación y cambios de conducta duraderos.

Movimientos Horizontales

Se entiende como movimiento horizontal aquel en el que el cepillo se mueve sentido anteroposterior y los filamentos se desplazan del lugar donde inicialmente se colocan.

Técnica horizontal o de zapatero

Los filamentos del cepillo se colocan en un ángulo de 90° sobre la superficie vestibular linguopalatina y masticatoria de los dientes y se le comunica una serie de movimientos repetidos de vaivén sobre toda la arcada. La cavidad oral se divide en sextantes y se deben realizar 20 minutos por cada sextante.

Indicaciones: Son útiles en los niños de hasta 3 años pero hay que tomar precauciones ya que se pueden producir abrasiones dentales.

Técnica de Starkey

Se divide la arcada dental en sextantes. Es una técnica ejecutada por los padres, colocando al niño por su espalda y apoyado sobre el pecho o la pierna del padre o tutor. Cuando el niño ya tiene más de 2 o 3 años esta técnica se realiza de pie y delante de un espejo.

Los filamentos se dirigen en una inclinación de 45° hacia apical y se realizan movimientos horizontales unas 15 veces por sextante. El cepillo debe ser de filamentos muy suaves. Indicaciones: bebés y niños hasta los 7 años.

Movimientos vibratorios

Hablamos de movimientos vibratorios o movimientos <shimmy> cuando se realizan movimientos cortos en sentido antero-posterior y en los que los filamentos del cepillo no se desplazan del lugar en que se colocan. Con este movimiento conseguimos que la placa sea eliminada por un efecto de capilaridad de los filamentos del cepillo.

Técnica de Charters

Descrita por Charters en 1928. Boca ligeramente abierta. El objetivo de ésta técnica es la eliminación de la placa interproximal. El cepillo se coloca en un ángulo de 45° con respecto al eje dental pero dirigido al borde incisal y se presiona ligeramente para que los filamentos penetren en el espacio interdental. Se realizan movimientos vibratorios que producen un masaje en las encías. Es necesario un buche potente después del cepillado para eliminar la placa. Requiere mucha habilidad manual.

Indicaciones: pacientes adultos con enfermedades periodontales. Cuando mantenemos las arcadas en oclusión ésta técnica recibe el nombre de Técnica de Hirschfeld.

Técnica de Bass

Descrito por Bass en 1954, boca ligeramente abierta. El cepillo se coloca en ángulo de 45° con respecto al eje dental. Los filamentos del cepillo se introducen en los nichos interdenciales y el surco gingival sin producir compresión. Se realizan movimientos vibratorios durante 15 segundos cada dos dientes. En las caras linguopalatinas del grupo anterior se utilizará la técnica del cepillo (colocación del cabezal en sentido vertical respecto al eje longitudinal del diente).

Indicaciones: adultos con tejido periodontal sano y pacientes con periodontitis y/o gingivitis.

Técnica de Stillman

Igual que la técnica de Bass pero los filamentos se colocan 2 mm por encima del margen gingival, es decir, encima de la encía adherida. Se realiza mayor presión que en Bass hasta observar la palidez de los márgenes gingivales. La vibración se mantendrá unos 15 segundos por cada dos dientes.

Para las caras linguopalatinas se utilizará la técnica del cepillo separado.

Indicaciones: Pacientes adultos sin enfermedades periodontales.

Movimientos Verticales (o de barrido)

Los movimientos verticales son aquellos en que desplazamos el cepillo en sentido ascendente y descendente. Salvo en el método de Leonard, estos movimientos llevan implícitos un giro de la muñeca.

Técnica Deslizante (o Técnica de Barrido)

Boca ligeramente abierta. El cepillo se coloca paralelo respecto al eje dental y apuntando hacia apical, con ligera presión sobre las encías y lo más arriba posible para los dientes de la arcada superior y lo más abajo, para los dientes de la arcada inferior. Se realizan movimientos de giro de muñeca. Las caras internas se cepillan igual y las caras oclusales con movimientos horizontales.

Técnica del Rojo al Blanco (o Técnica de Leonard)

Descrito por Leonard en 1949. Boca cerrada y cepillo prácticamente paralelo a la superficie oclusal. Se efectúan movimientos verticales desde la encía (rojo) a la corona dentaria (blanco). Las caras linguopalatinas y masticatorias se cepillan con otras técnicas. El objetivo de esta técnica es producir un estímulo de las encías y la limpieza de las superficies bucales de los dientes.

Indicaciones: Adolescentes y adultos con tejido periodontal sano.

Técnica de Bass Modificado

Se realiza la técnica de Bass y la modificación consiste en que una vez que el cepillo contra el margen gingival y hayamos realizado los pequeños movimientos vibratorios, se realiza un movimiento de barrido hacia oclusal. Con esta técnica está limitada la limpieza de las superficies oclusales.

Técnica de Stillman Modificado

Se realiza la técnica de Stillman y la modificación consiste en realizar un movimiento de barrido hacia oclusal al finalizar cada movimiento.

Técnica de Roll (rotatoria, de giro, rodillo o Rolling-Strike)

Se utiliza para eliminar la placa de la encía y del diente. Se colocan los filamentos lo más alto posible en el vestíbulo en contacto con la encía y en dirección apical. Se imprime al cepillo un movimiento de rotación en sentido incisivo u oclusal.

Indicaciones: en niños y adultos.

Técnica Fisiológica o de Smith-Bell

Está técnica actualmente en desuso y si se realiza debe utilizarse un cepillo blando. El cepillado comienza en el borde incisal o superficie oclusal y se dirige hacia los márgenes de la encía con movimientos suaves de barrido. Por tanto sigue el camino natural de los alimentos.

Movimientos Circulares(o rotatorios)

Se entiende por movimiento rotatorio aquel que desplaza el cabezal de cepillo de forma perpendicular a la superficie del diente y dibujando una rueda en sentido horario sin realizar giro de muñeca.

Técnica de Fones

Para las superficies vestibulares o bucales, los dientes se mantienen en oclusión (niños) o en posición de reposo (adolescentes y adultos) y los filamentos del cepillo se colocan formando un ángulo de 90° respecto a la superficie bucal dentaria. Estas superficies se dividen en 6 sectores y realizamos 10 amplios movimientos rotatorios en cada sector. Para las caras oclusales, se abre la boca y se realizan movimientos de vaivén o circulares y en las caras linguopalatinas se coloca el cepillo según la técnica del cepillo separado (se gira el cabezal hasta su posición vertical) y se realizan pequeños movimientos rotatorios. (Loscos, F. Periodoncia para la higiene dental. 2005.)

5.1.3. Instrucción de Hilo Dental

La necesidad de la eliminación periódica de la placa del espacio interproximal está dada por el hecho del que el lugar más susceptible a los patógenos periodontales es precisamente el tejido interdental. El cepillado dental no elimina la placa del detritus interproximal, por lo que se han desarrollado diversas técnicas para lograrlo.

La selección depende de las características clínicas del espacio interproximal, del estado del tejido gingival y de las necesidades del paciente con respecto a la frecuencia y la localización de la placa dental.

Hilo dental: permite el mejor acceso y sirve para limpiar correctamente las superficies dentales proximales planas o convexas de los pacientes con un tejido periodontal sano que no ha sufrido recesión interproximal. El empleo del hilo dental también se recomienda para pacientes que presentan pérdidas del tejido interdental. Aunque se debe recordar que es menos eficaz en las superficies radiculares cóncavas.

Existen distintos tipos de hilo dental. Se considera el hilo dental sin cera es más eficaz para eliminar la placa; sin embargo, los estudios experimentales no han confirmado esto. En medicina clínica los pacientes con restauraciones groseras o puntos de contacto interproximales muy unidos consideran que el hilo con cera es más fácil de utilizar, ya que no se rompe con tanta frecuencia.

También existe la cinta dental, que es un grosor mayor, además de los hilos impregnados con flúor y los hilos de teflón. Se han propuesto diversos métodos para utilizar la seda, cuya utilización depende de los siguientes principios:

1. El hilo debe fijarse con seguridad alrededor del dedo mayor de cada mano y tensarse dejando una pequeña distancia (2,5-5 cm) entre los dedos índices y pulgar que lo sujetan. De ser necesario se puede recomendar un mando porta hilo como ayuda.
2. No se debe forzar el hilo dentro del surco gingival, ya que se puede provocar una lesión en los tejidos blandos. Debe pararse suavemente a través de los puntos de contacto interproximales.

3. Se coloca en principio en la base del surco gingival y luego se mueve hacia arriba y hacia abajo entre el surco y el punto de contacto interproximal. El hilo se curva alrededor del diente procurando no lastimar al tejido gingival.
4. Existen diversos tipos de grosores y texturas que pueden aplicarse bajo prótesis fijas o implantes.
5. Conviene comprobar con regularidad la técnica con la que el paciente aplica el hilo dental para garantizar su correcta utilización.

5.1.4. Profilaxis dental

La cita para consultas proporciona la oportunidad para detecciones y profilaxis programadas entre los exámenes anuales. Las visitas de mantenimiento de la periodontitis y las caries de revisión cada 3 a 6 meses. De esta manera, la solicitud de una cita de revisión a los tres meses ayudaría a la prevención del control de la placa dentobacteriana para gingivitis, o viceversa.

Un índice alto en placa dentobacteriana puede provocar un signo de alarma de caries o periodontitis tempranas. Lo ideal es que el índice se mantenga en 10 % o menos. Cuando los índices de placa aumentan de manera pronunciada, debe causar preocupación profesional. En estos casos, están indicados la educación y orientación adicional, las pruebas de laboratorios e índices, como la cuantificación bacteriana para caries y/o el índice de sangrado para gingivitis. Por tanto obtener un índice de placa en cada consulta puede alertar al odontólogo sobre la posible existencia de lesiones in situ e incipientes para cada una o ambas enfermedades por placa, al tiempo que la profilaxis concomitante mucho para advertir el inicio y la progresión de las lesiones in situ e incipientes correspondientes a ambas enfermedades. (Harris, N. Franklin, Godoy, 2005)

5.1.5 Revisión de Tejidos Bucales

Antes de iniciar la inspección intrabucal es preciso preparar una charola con todos los materiales necesarios: espejo, explorador, sonda, pinzas para algodón, depresor lingual, rollos de algodón para aislamiento de los dientes y gasas. Para llevarlo a cabo se requiere:

1. Posición cómoda tanto del odontólogo como del paciente. Por esa razón se recomienda bajar hasta la posición supina el respaldo del sillón.
2. Retirar las prótesis dentales no permanentes, si las hubiera.
3. Buena iluminación, ya sea directa o indirecta. La iluminación directa se proporciona al dirigir el rayo central de la lámpara dental hacia los diferentes sitios de la boca, sin lastimar los ojos del paciente. En las porciones posteriores de la boca donde es difícil usar el rayo directo, puede utilizarse iluminación directa adicional por medio del espejo bucal.
4. Retracción, ya que es necesaria para observar la superficie de las mucosas, así como el piso y los sitios ocultos de la boca.

Se sugiere realizar la inspección en el siguiente orden: labios, mucosa labial y bucal, carrillos, piso de la boca, paladar duro y blando, lengua, zona retromolar, tuberosidades maxilares, rebordes alveolares y dientes.

Labios en condiciones normales tienen la piel intacta y textura firme, ligeramente húmeda. Las anomalías más comunes son: labios partidos, grietas en las comisuras, lesiones por mordeduras de labios, vesículas, úlceras o lesiones aftosas.

La mucosa labial se revisa hasta las comisuras y el frenillo; para ello, es necesario retraerla hacia afuera alejándola de los dientes y hasta la zona retro molar, incluyendo la desembocadura de las glándulas parótidas.

Para revisar el piso de la boca, se pide al paciente que levante la lengua hasta el paladar. Se observan las características de la vena lingual, el pliegue fimbriano, el

frenillo lingual, la carúncula sublingual. Los pliegues linguales y sublinguales y los orificios de los conductos salivales.

El paladar duro en condiciones normales es rosa claro. Al inspeccionarlo es necesario examinar su forma y también la papila incisal. El rafé palatino medio, las arrugas palatinas y las fóveas palatinas. En el paladar blando se revisa simetrías y características de la úvula palatina, entre ellas mortalidad; para esto, se pide al paciente que diga: "Aaaa..." de manera continua. Se puede ayudar con un depresor lingual que se coloca sobre el tercio anterior de la lengua. No debe olvidarse revisar el resto del istmo de las fauces: amígdalas (tonsilas) y pilares porque pueden haber manifestación de infección.

El examen de la lengua empieza con la cara dorsal (superior) e incluye color, humedad, lesiones, simetría y forma. Se estudian las características de las papilas. También se revisan los bordes laterales en busca de lesiones ya que son sitios frecuentes de cáncer bucal; para observarlos es necesario extraer la lengua, lo cual puede hacerse utilizando un trozo de gasa que se coloca en el tercio anterior. En otro momento, se pide al paciente que saque la lengua con el fin de buscar desviaciones. Se inspecciona la cara ventral de la lengua después de pedir al paciente que levante la punta de la lengua hasta tocar el techo de la boca. La tuberosidad del maxilar y la zona retro molar no deben pasarse por alto.

Los rebordes alveolares se examinan en busca de signos de enrojecimiento, cambios de coloración y aumento de volumen o lesiones; para eso, es necesario retraer la mucosa bucal y la lengua.

Por último se inspeccionan los dientes. Si es necesario, se utilizan un abate lenguas para separar los carrillos y la lengua. Se revisa cada diente que ha hecho erupción, su posición, la distancia entre ellos, y cada diente por separado: tamaño, color,

malformaciones, placa dentobacteriana, tártaro lesiones y tumores y la oclusión de los dos maxilares. (Higashida, B. 2009)

5.2 OPERATORIA DENTAL

Al realizar el trabajo de operatoria dental se cumple con:

- 1) Prevenir o detener el proceso cariogenico.
- 2) Restaurar la parte faltante del órgano dentario.

A menudo se logran ambos objetivos mediante la aplicación de una simple obturación (restauración). Sin embargo, muchas veces el proceso patológico puede

detenerse sin la restauración del diente. Al analizar el problema dental, es preciso diferenciar claramente estos dos objetivos. El control de los factores de la patología hace que los aspectos preventivos adquieran mayor importancia en la atención dental. No es bueno, por otra parte, colocar las restauraciones en un medio que las destruiría en poco tiempo. Solo puede presentarse a un buen servicio si se realiza simultáneamente tanto la prevención como la restauración.

La caries dental es un proceso patológico localizado post-erupción de origen externo que produce reblandecimiento del tejido dentario duro y forma una cavidad. Afecta a todos los individuos pero es más frecuente en la niñez y al inicio de la vida adulta. Su aparición disminuye después de los veintiocho años.

Se localiza en diferentes partes; en las personas que son propensas a la caries dental se desarrolla en la fosetas y fisuras de las piezas poco después de su erupción, cuando su aparición es tardía es frecuente encontrarla en las superficies de aproximación y en la edad adulta se localiza en el tercio cervical de las coronas de las piezas dentarias. Si no es tratada a afectar a la pulpa y esto puede provocar un absceso alveolar agudo. Es una de las principales causas de la pérdida dentaria. (Hapson E.L 1984)

Clasificación de Black

Clase I. Estas lesiones ocurren en fosetas y fisuras de todos los dientes, aunque en esta clase suele responder a premolares y molares.

Clase II. Esta lesión afecta la superficie mesial y distal o solo una superficie proximal del diente, y se denomina MO, DO O MOD (mesiooclusal, distooclusal o mesiooclusodistal).

Debido a que el acceso para reparación de ordinario se logra desde la cara oclusal, tanto el lado como la parte alta del diente se restauran con una sola obturación. Sin embargo, por definición la cavidad es una lesión proximal y no debe incluir necesariamente la superficie oclusal.

Clase III. Las lesiones de clase III afectan a los dientes anteriores, según la definición del Dr. Black, puede aparecer en la superficie mesial o distal de cualquier incisivo o canino.

Clase IV. Esta cavidad es en realidad una extensión de la lesión de la clase III. La caries avanza o el desgaste excesivo puede debilitar el ángulo incisivo y provocar su fractura. Por tanto, una cavidad de clase IV según el Dr. Black, es una lesión sobre la superficie proximal de un diente anterior en la que falta el ángulo incisal.

Clase V. Como se señaló antes las cavidades gingivales son de superficie lisa. Sin tomar en cuenta su etiología, de caries abrasión o erosión, este tipo de lesiones, según el Dr. Black, se conoce de cavidad de clase V. Por definición, una cavidad de clase V puede aparecer en la superficie bucal o lingual; sin embargo, estas lesiones ocurren con mayor frecuencia en las zonas adyacentes a los labios y carrillos y no en la zona cercana a la lengua

Clase VI. Estas cavidades se encuentran en las puntas de las cúspides o en la mordida de los incisivos. La unión incompleta en los vértices de las cúspides o en los bordes incisales pocas veces da como resultado un sitio propenso a caries. (Lund M, Baum, Phillips, R.1996)

5.3. CURACIÓN TEMPORAL

Cemento de óxido de zinc y eugenol (ZOE).

El cemento de óxido de zinc y eugenol, es un tipo de sedante blando. Suele y puede presentarse en forma de polvo y líquido y es útil como base aislante. También es el material de mayor uso para apósitos temporales. El pH es casi de 7, lo que hace uno de los cementos menos irritantes.

El eugenol ejerce un efecto paliativo en la pulpa dental y ésta es una de las ventajas de este tipo de cementos. Otra ventaja es la facilidad para reducir la microfiltración, protección adicional para la pulpa. Este material se utiliza de ordinario al tratar grandes lesiones por caries.

Una mezcla adicional de óxido de zinc y eugenol es relativamente débil. En años recientes se han introducido cementos a base de óxido de zinc y eugenol “reforzado” o “mejorados”. Un popular producto de ZOE reforzado emplea un polímero de refuerzo. Además, las partículas de polvo de óxido de zinc se han tratado en su superficie para producir mejor adherencia de la partícula a la matriz. Esto da como resultado mayor resistencia y durabilidad cuando se emplea como material de obturación temporal. En algunos casos de estos productos pueden encontrarse otros ingredientes como las resinas hidrogenas. (Lund M, Baum L, Phillips, R. 1996)

5.4 EXTRACCIONES

La extracción dental es un acto quirúrgico por medio del cual se elimina a un órgano dentario de su alveolo; a pesar de los esfuerzos de las políticas y acciones preventivas que buscan preservar la salud bucal, sigue siendo un procedimiento odontológico frecuente. Son múltiples las causas que llevan a realizar alguna extracción dental en las diferentes etapas de la vida. En ocasiones se sacrifican órganos dentales sanos, buscando mejorar la masticación o para prevenir o corregir una maloclusión, pero en la mayoría de los casos se extraen por estar afectados por enfermedades que no solo impiden su función masticatoria, sino que ponen en riesgo la salud de la persona al ser focos infecciosos.

Extracción simple del central superior

Se aplica bloqueo anestésico, se efectúa sindesmotomía, se luxa el diente con el elevador recto (de preferencia), con los dedos de la mano contraria se protegen los tejidos bucales vecinos, se colocan subgingivalmente los bocados del fórceps haciendo presión hacia vestibular, hacia palatino, de rotación mesial y de rotación distal, por último se tracciona el diente del alveolo.

Su raíz es recta, cónica y ligeramente oval en sentido vestíbulo-palatino.

Extracción simple del lateral superior

Se aplica bloqueo anestésico, se efectúa sindesmotomía, se luxa el diente con el elevador recto (de preferencia), con los dedos de la mano contraria se protegen los tejidos bucales vecinos, se colocan subgingivalmente los bocados del fórceps, se efectúan movimientos cortos y firmes de mesial o distal, ligeros movimientos vestibulares y se tracciona el diente fuera del alveolo.

Extracción simple del canino superior

Se aplica bloqueo anestésico, se efectúa sindesmotomía amplia, se luxa el diente con el elevador recto (de preferencia), con los dedos de la mano contraria se protegen los tejidos bucales vecinos, se colocan subgingivalmente los bocados del fórceps, se efectúan movimientos cortos y firmes hacia vestibular y palatino, se tracciona el diente con movimientos cortos de rotación mesial y distal.

Extracción simple del primer premolar superior

Se aplica bloqueo anestésico, se efectúa sindesmotomía, se luxa el diente con el elevador recto (de preferencia), con los dedos de la mano contraria se protegen los

tejidos bucales vecinos, se colocan subgingivalmente los bocados del fórceps, se efectúan movimientos cortos y firmes de mesial o distal, se llevan a cabo movimientos amplios en dirección palatina y vestibular, se tracciona fuera del alveolo con una ligera dirección hacia vestibular.

Extracción simple del segundo premolar superior

Se aplica bloqueo anestésico, se efectúa sindesmotomia, se luxa el diente con el elevador recto (de preferencia), con los dedos de la mano contraria se protegen los tejidos bucales vecinos, se colocan subgingivalmente los bocados del fórceps, se efectúan movimientos cortos y firmes de rotación mesial o distal, de presión palatina, de presión vestibular y se tracciona el diente fuera del alveolo, con ligeros movimientos de rotación.

Extracción simple del primer molar superior

Se aplica bloqueo anestésico, se efectúa sindesmotomia, se luxa el diente con el elevador recto (de preferencia), con los dedos de la mano contraria se protegen los tejidos bucales vecinos, se colocan subgingivalmente los bocados del fórceps, se efectúan movimientos amplios de dirección palatina y vestibular. Se tracciona el molar, fuera del alveolo, con ligera dirección a vestibular.

Extracción simple del segundo molar superior

Se aplica bloqueo anestésico, se efectúa sindesmotomía, se luxa el diente con el elevador recto (de preferencia), en la cara mesial únicamente, con los dedos de la mano contraria se protegen los tejidos bucales vecinos, se colocan subgingivalmente los bocados del fórceps, se efectúan movimientos amplios de dirección palatina y vestibular. Se tracciona el molar, fuera del alveolo, con ligera dirección a vestibular.

Extracción simple del tercer molar superior

Se aplica bloqueo anestésico, se efectúa sindesmotomía, se luxa el diente suavemente hacia distal con el elevador recto o angulado, con los dedos de la mano contraria se protegen los tejidos bucales vecinos, se colocan subgingivalmente los bocados del fórceps, se efectúan movimientos cortos y firmes hacia vestibular. Se tracciona el molar, fuera del alveolo, con una franca dirección vestibular.

Extracción simple del central inferior

Se aplica bloqueo anestésico, se efectúa sindesmotomía, se luxa el diente con el elevador recto (de preferencia), con los dedos de la mano contraria se protegen los tejidos bucales vecinos, se colocan subgingivalmente los bocados del fórceps, se efectúan movimientos cortos y firmes en espiral, ampliando suavemente y poco a poco, se tracciona el diente fuera del alveolo, siguiendo el eje longitudinal de la raíz.

Extracción simple del lateral inferior

Se aplica bloqueo anestésico, se efectúa sindesmotomía, se luxa el diente con el elevador recto (de preferencia), con los dedos de la mano contraria se protegen los tejidos bucales vecinos, se colocan subgingivalmente los bocados del fórceps, se efectúan movimientos cortos y firmes en forma de ovalo, se tracciona el diente fuera del alveolo, siguiendo el eje longitudinal.

Extracción simple del canino inferior

Se aplica bloqueo anestésico, se efectúa sindesmotomía, se luxa el diente con el elevador recto (de preferencia), con los dedos de la mano contraria se protegen los tejidos bucales vecinos, se colocan subgingivalmente los bocados del fórceps subgingivalmente, se efectúan movimientos firmes pero cortos en sentido vestibulolingual y se tracciona el canino fuera del alveolo, siguiendo el eje longitudinal con movimientos cortos y suaves de rotación mesial y distal.

Extracción simple primer premolar inferior

Se aplica bloqueo anestésico, se efectúa sindesmotomía, se luxa el diente con el elevador recto (de preferencia), con los dedos de la mano contraria se protegen los tejidos bucales vecinos, se colocan subgingivalmente los bocados del fórceps subgingivalmente, se efectúan movimientos firmes pero cortos en sentido vestibulolingual y se tracciona el premolar fuera del alveolo, siguiendo el eje longitudinal con movimientos cortos y suaves de rotación mesial y distal.

Extracción simple del segundo premolar inferior

Se aplica bloqueo anestésico, se efectúa sindesmotomía, se luxa el diente con el elevador recto (de preferencia), con los dedos de la mano contraria se protegen los tejidos bucales vecinos, se colocan subgingivalmente los bocados del fórceps subgingivalmente, se efectúan movimientos firmes pero cortos en sentido vestibulolingual y se tracciona el premolar fuera del alveolo, siguiendo el eje longitudinal con movimientos cortos y suaves de rotación mesial y distal.

Extracción simple del primer molar inferior

Se aplica bloqueo anestésico, se efectúa sindesmotomía, se luxa el diente con el elevador recto (de preferencia), con los dedos de la mano contraria se protegen los tejidos bucales vecinos, se colocan subgingivalmente los bocados del fórceps subgingivalmente, se efectúan movimientos firmes pero cortos en sentido vestibulolingual y se tracciona el molar fuera del alveolo, con movimientos amplios hacia vestibular.

Extracción simple del segundo molar inferior

Se aplica bloqueo anestésico, se efectúa sindesmotomía, se luxa el diente con el elevador recto (de preferencia), con los dedos de la mano contraria se protegen los tejidos bucales vecinos, se colocan subgingivalmente los bocados del fórceps subgingivalmente, se efectúan movimientos firmes pero cortos en sentido vestibulolingual y se tracciona el molar fuera del alveolo, con movimientos amplios hacia vestibular.

Extracción simple del tercer molar inferior

Se aplica bloqueo anestésico, se efectúa sindesmotomía, se luxa el diente con el elevador recto (de preferencia), con los dedos de la mano contraria se protegen los tejidos bucales vecinos, se colocan subgingivalmente los bocados del fórceps subgingivalmente, se efectúan movimientos firmes y cortos en sentido vestibulolingual, se amplían los movimientos en el mismo sentido y se extrae el molar con movimientos francos en sentido vestibular (Home, L. 1981).

5.5. TERAPIA PULPAR

5.5.1. Tratamiento de la pulpa expuesta

En una cavidad de poco o moderada profundidad es natural eliminar toda la dentina afectada, dejando una superficie de dentina dura y brillante. Aún en lesiones profundas, toda la dentina cariada en la periferia de la cavidad deberá excavarse para obtener una unión limpia y dura con el material de restauración. La eliminación de la dentina cariada en el piso gingival suele pasarse por alto durante la eliminación de la caries periférica.

5.5.2. Recubrimiento pulpar directo

El recubrimiento pulpar directo es procedimiento de una sola cita. Después de aplicar anestesia local y colocar el dique de hule se elimina totalmente la dentina cariada. La pulpa sangrara si se corta con el excavador. Una vez que se ha cesado el sangrado, se aplica hidróxido de calcio en forma de pasta o de polvo, y se fija con cemento a las paredes internas de la lesión.

Después de tratar la pulpa, algunos clínicos prefieren esperarse tres o cuatro meses, y terminado ese plazo eliminan por completo el cemento y revisan el sitio de exposición para verificar si se formó dentina secundaria. Si la pulpa posee vitalidad suficiente para generar un borde de dentina secundario sobre el orificio del sitio de exposición, el pronóstico es favorable, de no ser así, la pulpa está condenada a mostrar desvitalización y se emprenderá terapéutica endodontica.

5.5.3. Recubrimiento pulpar indirecto

El recubrimiento pulpar indirecto es un procedimiento de una o más sesiones.

Muchos dentistas lo prefieren porque consideran que el recubrimiento pupar indirecto es un método más conservador y más susceptible de proporcionar resultados favorables que la técnica directa. Los defensores de este método prefieren traumatizar el diente sometiéndolos a un procedimiento de exploración para saber si se trata de una explosión pulpar o solo lesión cariada profunda.

Si se concede al diente el beneficio de la duda, estos dentistas dejan algo de la dentina cariada dudosa sobre la región pulpar y hacen el sellado. A veces, después de ocurrir remineralización se abre de nuevo la lesión, se elimina todo e cemento y la dentina cariada, y entonces se procede a tratar la cavidad como una caries profunda. (Lund M, Baum L, Phillips,R. 1996)

5.6. FARMACOTERAPIA

La terapia farmacológica tiene como propósito lograr el control eficaz de un padecimiento de manera segura, es decir, con riesgo mínimo de reacciones secundarias. Sin embargo, esto no es posible porque la respuesta a los fármacos puede presentar variaciones importantes de un paciente a otro (variabilidad entre individuos), o ser diferente en la misma persona en momentos distintos de su vida (variabilidad individual). Esta variación en la respuesta farmacológica es un problema serio en la práctica clínica, ya que puede conducir al fracaso del esquema terapéutico elegido o a la aparición de reacciones adversas graves, lo cual no solo dañaría al paciente sino también aumentaría el costo del tratamiento.

El tratamiento antimicrobiano es un tema muy importante y extenso, ya que muchos de los padecimientos, especialmente en países en desarrollo, son de origen infeccioso.

Infecciones de origen odontológico, manifestadas como infecciones bacterianas frecuentes

En ocasiones una infección se presenta frecuente como celulitis, faringitis o sinusitis, puede ser secundaria a una infección odontológica; existen algunas consideraciones relacionadas con las mismas que se abordan a continuación.

Las infecciones orofaciales supurativas usualmente son precedidas por caries dentales o enfermedad periodontal. La microbiota asociada a las infecciones odontogénicas es compleja y por lo general refleja la flora normal de la cavidad oral.

Estas infecciones son polimicrobianas- en la mayoría de los casos- y la invasividad está influenciada por interacciones sinérgicas de múltiples especies microbianas. En general, estreptococos, peptostreptococos, veillonella, lactobacillus, corynebacterium y actinomyces, representan más frecuencia a estas infecciones.

Sin embargo, se ha reportado que dependiendo del espacio infectado, es el tipo de microorganismo involucrado.

Infecciones de tejidos blandos adyacentes

Las infecciones de tejidos blandos de origen odontogénico tienden a diseminarse por planos de menor resistencia desde las estructuras que soportan el diente, afectando a varios espacios potenciales en la vecindad. El pus acumulado puede perforar en su parte más delgada y débil, y extenderse a áreas periapicales o a espacios faciales profundos. (Espinoza, M.2012)

5.7. Otras atenciones

5.7.1. Aplicación de flúor

El término terapéutica de aplicación tópica de fluoruro se refiere a la utilización de sistemas con concentraciones relativamente grandes de fluoruro para aplicarlos local o tópicamente a las superficies de los dientes brotados, con el objetivo de prevenir la formación de caries dental. Por lo tanto, este término incluye el uso de enjuagues bucales, dentífricos, pastas, soluciones y gel con fluoruro, que son aplicados en diversas maneras.

5.7.2. Fluoruro de sodio

Está disponible en polvo, gel y líquido. Se recomienda que se utilice en una concentración a 2%, la cual puede prepararse al disolver 0.2 g de polvo en 10 ml de agua destilada. La solución preparada o el gel tienen un pH básico y son estables al ser almacenados en envases de plásticos. En el mercado se dispone de

soluciones y geles de NaF a 2 % listos para usarse; debido a la ausencia de consideraciones sobre el sabor de estos compuestos, por lo general, tiene poco saborizante o edulcorante.

5.7.3 Geles Fluorados

Desde los últimos 15 años se dispone de diversos geles fluorados como medida adicional auxiliar en el logro del control de la caries. Estos procedimientos contienen fluoruro de estaño a 0.4% (1000 ppm de fluoruro) o 1.0% de fluoruro de sodio (5000 ppm), y se presentan en una base de gel no acuosa sin abrasiva. La manera recomendada de uso involucra el cepillado dental con gel (similar al empleo de un dentífrico), permitir que el gel permanezca en la cavidad oral durante un minuto y enseguida escupir completamente. (Higashida, B. 2009)

5.7.4 Sellado de Fosetas y Fisuras

El fluoruro es muy eficaz para disminuir las lesiones cariosas que se presentan en las superficies lisas del esmalte y cemento. Desafortunadamente, el fluoruro no resulta igualmente eficaz para proteger cavidades y fisuras oclusales, en donde se presentan la mayoría de las lesiones cariosas. Si se considera que las superficies oclusales sustituyen el 12% de las superficies dentales, las cavidades y fisuras del surco oclusal son casi ocho veces más vulnerables que las superficies lisas. La colocación de selladores es un medio muy eficaz para prevenirlas.

Criterios de selección dental para la colocación de selladores

Enseguida se presentan los criterios de selección dental para el sellado. Debido a que los selladores no originan lesiones es mejor sellar y monitorear en caso de duda.

- Se presenta una fisura o fosa oclusal profunda o cavidad lingual

El sellador está contraindicado si:

- El comportamiento del paciente no permite aplicar técnicas adecuadas de campo seco durante el procedimiento.
- Lesiones cariosas oclusales abiertas existen.
- Se encuentra caries en otras superficies del mismo diente, en la cual restaurar rompería el sellado intacto.
- Se presenta una gran restauración de sitios oclusales

El sellado quizá este indicado si:

- La fosa seleccionada para la colocación del sellador esta adecuadamente aislada de otra con restauración
- La parte seleccionada está confinada a una fosa completamente brotada, aun cuando sea imposible sellar la fosa distal por una erupción inadecuada.
- Una superficie oclusal intacta se presenta con la superficie dental contralateral cariada o restaurada; por lo general se debe a que los dientes en lados opuestos de la boca también son propensos a la caries.
- Una lesión incipiente se manifiesta en cavidades y fisuras.
- El material sellador puede escurrirse es un conservador clase I compuesto o de amalgama para mejorar la integridad marginal, y en el resto de las cavidades y fisuras para lograr una extensión de facto para la prevención.

Requisitos para la retención del sellador

Para la retención del sellador, la superficie dental debe:

- 1) Tener una superficie máxima
- 2) Presentar cavidades y fisuras irregulares y profundas
- 3) Estar limpia
- 4) En el momento de la colocación del sellador encontrarse absolutamente seca y no estar contaminada con residuos de saliva. Estos son cuatro parámetros para la colocación exitosa del sellador y no pueden violarse. (Harris, N. 2005)

5.7.5. Radiografías

Una radiografía dental es una fotografía bidimensional de un objeto tridimensional; muestra al objeto en su relación supero inferior y anteroposterior. Sin embargo, no muestra la relación vestibulolingual o profundidad del objeto. Hay ocasiones en la que es necesario establecer la posición vestibulolingual de una estructura, como un cuerpo extraño o un diente impactado dentro de los maxilares. Las técnicas de localización se utilizan para obtener esta información tridimensional y localizar lo siguiente:

- Cuerpos extraños
- Dientes impactados
- Dientes no erupcionados
- Raíces retenidas
- Posiciones radiculares
- Cálculos salivales
- Fracturas maxilares
- Agujas e instrumentos rotos
- Materiales de obturación

(Harring, L. 1997)

VI. MATERIAL Y METÓDOS

6.1. Lugar de estudio

Centro de Salud Urbano “Villafloraes”, ubicado en la 2ª poniente entre 3ª y 4ª sur sin número con código postal 30470, se le otorga atención odontológica a toda persona que presente su seguro popular, este en el programa prospera o en su caso no cuente con seguro médico.

Esta clínica da consulta externa, cuenta con cuatro consultorios médicos, una sala de urgencias, un área de vacunación, un consultorio dental, un consultorio de psicología y un consultorio de nutrición.

6.2. Tipo de estudio

El tipo de estudio es de tipo descriptivo y transversal con carácter retrospectivo

6.3 Universo de estudio

Todos los pacientes que acudieron a la unidad de odontología del centro de salud urbano villaflores durante el periodo de Agosto 2018 a Julio de 2019.

6.4 Método de recolección de datos

Se utilizaron datos registrados en el reporte de información mensual del sistema de información en salud (SIS) del periodo comprendido febrero 2016 a enero 2017 del centro de salud urbano villaflores. (Se anexa formato de captura de datos).

VII. RESULTADOS

Tabla No.1

Edad y sexo de pacientes atendidos en odontología del centro de salud urbano villaflores, durante el periodo agosto de 2018 a Julio de 2019

Edad	Sexo	
	Masculino	Femenino
0 - 12	27	23
13 - 25	40	19
25 - 60	68	83
60 +	25	15
Total	160	140

De acuerdo a los resultados obtenidos, el mayor número de pacientes que son atendidos por la consulta odontológica del Centro de Salud Urbano del municipio de villaflores corresponde a la edad de 25 a 60 años, lo que demuestra una etapa

productiva económicamente y muy poca atención demandada para aquellos pacientes en etapa joven.

Tabla No. 2

Motivo de la consulta de la población atendida de 0 a 12 años. Centro de Salud de Villaflores, Chiapas, 2019

Motivo de la consuta	No	%
Pulpitis irreversible	11	22
Pulpitis irreversible con absceso dental	12	24
Dientes flojos por erupción	17	34
Odontalgia	2	4
Caries	6	12
Avulsión	1	2
Fractura coronaria	1	2
Total	50	100

Con respecto a la tabla anterior donde muestra que en el grupo de edad de 0 a 12 años la mayor demanda asistida fue la de dientes flojos por erupción, donde era de notarse por la misma edad que caracteriza en estar en proceso de erupción de dientes permanentes y el de menor demanda fue la de avulsión y fractura coronaria aunque en ocasiones es propio de la edad por traumatismo debido a las caídas o juegos deportivos.

Tabla No. 3

Motivo de la consulta de la población atendida de 13 a 25 años. Centro de Salud de Villaflores, Chiapas, 2019

Motivo de la consuta	No	%
Pulpitis irreversible	36	52
Pulpitis irreversible con absceso dental	7	10
Caries	17	25
Periodontitis	6	9
Pericoronitis	3	4
Total	69	100

Debido a las condiciones socioeconómicas y a las condiciones de higiene bucal y el consumo de alimentos altamente energéticos y azucarados que ocasiona la aparición de caries dental y por lo consiguiente la atención tardía que demandan se observa que el mayor motivo de la consulta odontológica en este grupo de edad es la pulpitis irreversible y la caries, dado como consecuencia a las condiciones propiamente dicha en este análisis.

Tabla No. 4

Motivo de la consulta de la población atendida de 25 a 60 años. Centro de Salud de Villaflores, Chiapas, 2019

Motivo de la consulta	No	%
Pulpitis irreversible	74	50
Pulpitis irreversible con absceso dental	19	13
Restos Radiculares	11	7
Caries	12	8
Gingivitis	30	20
Alveolitis	3	2
Fractura coronaria	0	0
Total	149	100

En este grupo de edad y dada la importancia de ser jóvenes o personas en etapa reproductiva, se observa que la mayor demanda observada es la pulpitis irreversible, la gingivitis y la caries, esto nos demuestra que la citada población tiene un alto consumo de alimentos altamente azucarados y mala higiene bucal dado probablemente y principalmente por las condiciones de pobreza y marginación en la que viven.

Tabla No. 5

Motivo de la consulta de la población atendida de más de 60 años. Centro de Salud de Villaflores, Chiapas, 2019

Motivo de la consulta	No	%
Pulpitis irreversible	8	20
Pulpitis irreversible con absceso dental	2	5
Restos Radiculares	20	50

Caries	2	5
Gingivitis	8	20
Fractura coronaria	0	0
Total	40	100

Es muy común encontrar en este grupo de edad que el mayor motivo de consulta demandada es la de restos radiculares debido probablemente a la pérdida dental ya sea por exodoncia indicada o no, pero esto podría suceder debido a los grados de caries avanzado en esta población, pero es característico en poblaciones de edad avanzada y que viven en situaciones de pobreza y marginación

Tabla No. 6

Acciones realizadas a pacientes atendidos,

Centro de Salud de Villaflores, Chiapas. 2019

Acciones realizadas	No	%
Instrucción de técnica de cepillado	230	30
Control de placa dentobacteriana	180	23
Instrucción del hilo dental	230	30
Profiláxis	120	16
Total	760	100

En la población de 0 a 60 años y más y que han demandado consulta odontológica, durante este periodo la mayor parte de las acciones de promoción a la salud bucal ha sido la de instrucción de técnica de cepillado y la instrucción del hilo dental, esto se ha remarcado en la población tanto infantil y en edad adolescente y adulta.

XIII.CONCLUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación, se concluye lo siguiente:

Los servicios asociados a la salud bucal que brinda el centro de salud urbano villaflores, han sido de beneficios tanto para la población infantil como para los de edad avanzada, principalmente al grupo de 25 a 60 años.

De acuerdo a los resultados el mayor problema para la población de de edad de 0 a 12 años ha sido la de los dientes flojos por erupción seguido de la pulpitis.

En el grupo de 13 a 25 años ha sido la pulpitis irreversibles y la caries, característico de este grupo de edad.

De la misma manera en el grupo de edad de 26 a 60 años que es el de mayor demanda ha sido la pulpitis irreversible, la gingivitis y la caries, llama la atención y es característico que exista casos de gingivitis.

En el grupo de 60 años y más los restos radiculares fue el motivo de consulta debido que pudo haber sido recomendado por el odontólogo o no, pero por su edad y por casos de caries avanzada sucede tal situación

Es de gran importancia tener una buena higiene bucodental, porque existen muchos tipos de enfermedades que no se puede observar a simple vista, por eso cabe señalar que para tener la cultura de la prevención, información y curación, se debe dar a conocer a la población y a las escuelas los problemas, para ser tratados en el centro de salud y la misma profesión de odontólogos su tarea debe de ser la promoción a la salud odontológica.

IX. PROPUESTAS

Las presentes propuestas surgen del diagnóstico y resultados obtenidos en el trabajo de investigación donde se evidencio la necesidad de ofrecer las siguientes orientaciones:

1. Fomentar la salud bucal a través de pláticas educativas en escuelas secundarias y preparatorias de la ciudad de villaflores Chiapas.
2. Distribuir trípticos con información del esquema básico preventivo (EBP) y las principales enfermedades más comunes en boca al público que acude al centro de salud urbano villaflores.
3. Incorporar la educación en salud bucal con la colaboración de los docentes como profesionales más capacitados para realizar las acciones de educación en sus grupos.

4. Canalizar a los alumnos diagnosticados con problemas bucales y parodontales al centro de salud urbano villaflores para realizarles el tratamiento adecuado.
5. Reforzar el manejo de hábitos saludables tanto para prevención de caries, enfermedad periodontal, anomalías dentomaxilares y maxilares.
6. Realizar atención preventiva y curativa al público en general que acude a consulta al centro de salud urbano villaflores.

X. ANEXOS

- **Home, L. (1981).** La extracción dental, editorial el manual moderno, S.A.

- **Lund, M. Baum, L., Phillips, R. (1996).** Tratado de operatoria dental, tercera edición Mc Graw- Hill interamericana.

- **Loscos, F. (2005).** Periodoncia para la higiene dental. Valencia. vol. 15. p43.

- **Pérez, G. (2005).** La biopelícula: una nueva visión de la placa dental / biofilm. Tabasco

- **Harris, N., García, F. (2005).** Odontología preventiva primaria, segunda edición en español traducida de la sexta edición en inglés manual moderno.

- **Harring, L. (1997).** Radiología dental principios y técnicas, Mc Graw Hill interamericana.