



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

FACULTAD DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS Y SALUD PÚBLICA



TESIS

**PACIENTES ATENDIDOS EN LAS BRIGADAS MULTIDISCIPLINARIAS
DE LA UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS EN LOS
MUNICIPIOS DE: JIQUIPILAS, OSTUACÁN, COPAINALÁ Y
SOCOLTENANGO DURANTE EL PERIODO AGOSTO 2018 - JULIO 2019.**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

Julio Ignacio López Mendoza

ASESORES:

***C.D. REY ARTURO ZEBADUA PICONE
C.D. FRANCISCO OCTAVIO GÓMEZ CANCINO
C.D. LUIS ANTONIO LÓPEZ GUTU***

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS

AGOSTO 2019

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
OBJETIVOS	7
JUSTIFICACIÓN	9
MARCO CONTEXTUAL	11
MARCO TEÓRICO	22
HIPÓTESIS	42
MARCO METODOLÓGICO	44
RECURSOS	49
RESULTADOS	53
CONCLUSIÓN	59
FUENTES DE CONSULTA	61
ANEXOS	63

INTRODUCCIÓN.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades bucales constituyen uno de los problemas de Salud Pública que se presentan con mayor frecuencia en toda la población, sin distinción de edad o nivel socioeconómico, se manifiestan desde los primeros años de vida su secuela producen efectos incapacitantes de orden funcional, sistémico estético por el resto de vida de los individuos afectados. A la salud bucal no se le habrá considerado como parte integral de la salud general, sin embargo, esta situación se ha modificado ya que en la actualidad la evidencia científica demuestra la importancia de la Salud Bucal para conservar, recuperar y/o controlar otras enfermedades del organismo.

Según estudios realizados la caries dental es una enfermedad infectocontagiosa muy común en la especie humana, de etiología multifactorial que produce una infección final destructiva sobre el esmalte, la dentina y el cemento dentario.

La formación de cavidades cariosas comienza como pequeñas áreas de desmineralización en la superficie del esmalte, pudiendo progresar a través de la dentina y llegar hasta la pulpa dental. La desmineralización es provocada por ácidos, en particular ácido láctico, producido por la fermentación de los carbohidratos de la dieta por los organismos bucales.

La formación de la lesión involucra la disolución del esmalte y la remoción de los iones de calcio y fosfato, así como el transporte hacia el medio ambiente circulante. Cuanto las caries no se atienden a tiempo y el paciente no le toma mayor importancia es ahí cuando tenemos presencia de restos radiculares.

En nuestro país existen diversos mitos y creencias, como no darle importancia al cuidado de la primera dentición y considerar normal que los adultos mayores sean edéntulos a edades tempranas, entre otros; para ello se han implementado algunos programas de promoción, educación y prevención a fin de concientizar a la población tratando de aumentar la importancia a la salud bucal.

Dicha investigación está enfocada a dar a conocer las complicaciones, que se presentan al realizar extracciones dentales (exodoncias), sobre todo en restos radiculares provocados por caries en adultos y en adultos mayores.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los principales objetivos de la odontología moderna es la conservación de la dentición natural (evitar las extracciones dentales), sin embargo, la extracción dental esta frecuentemente indicada y sigue siendo una parte importante de la odontología cotidiana.

Por lo tanto, los ciudadanos que en su mayoría provienen de un nivel socioeconómico bajo, de poca o nula educación; lo que predispone que mantengan malos hábitos de higiene bucal, presentando un alto índice de remanentes radiculares en su boca; esta puede ser a causa de la falta de conocimiento o educación, sumándose a esto la falta de acceso a la atención odontológica lo que desencadena problemas como: proceso de caries tan profundo y avanzado que ha destruido parte o todo el tejido dentario y coronal.

Todos los profesionales de la salud bucal deberán reconocer la necesidad de enfatizar que las personas ingresen a los programas de brigadas odontológicas para mejorar la salud bucal.

El estado de Chiapas un tienen 90% de índice de caries dental es por eso que se está llevando a cabo los proyectos de brigadas odontológicas por nuestra universidad en diferentes comunidades de nuestra geografía.

La finalidad de este proyecto es tener resultado de los avances que se puedan tener en los municipios de: Ostucán, Jiquipilas, Socoltenango y Copainalá Chiapas, y así aplicar los tratamientos necesarios para que las personas no padezcan de caries dental ni biopelícula microbacteriana y enseñarles a las personas la importancia del porqué debemos de cepillarnos los dientes todos los días.

Así mismo hacer concientizaremos a toda la población para que ellos se preocupen en el cuidado de la salud bucal de toda su familia, dándoles platicas de salud, enseñándoles diferentes técnicas de cepillado y la importancia de conservar en buenas condiciones los órganos dentarios, quienes tienen la misión importante de llevar a cabo las funciones digestivas y así tener una muy buena salud integral.

OBJETIVOS.

OBJETIVOS

Objetivos generales

Crear una población libre de caries, haciendo campañas de salud en todos los municipios atendidos en las brigadas odontológicas para que tengan un esquema básico de prevención y un servicio odontológico integral curativo: para disminuir la tasa elevada de caries dental encontrada en las poblaciones, así como la vigilancia del consumo adecuado de alimentos nutritivos y buenos hábitos de higiene bucal.

Objetivos específicos

Detectar a que edad es más común la caries dental.

Cuáles son los riesgos de atender a personas en las brigadas odontológicas.

Como poder enseñarles o fomentar a la salud bucal de la población.

Cuántos tipos de caries existen en la zona.

Cuál es el principal problema de las personas al no tener una boca saludable.

Cuál es el tipo de alimentación.

Dar colutorios al 100%.

Realizar los tratamientos adecuados al 100%.

JUSTIFICACIÓN.

JUSTIFICACIÓN

El presente documento pretende organizar las diferentes actividades, en los municipios de Socoltenango, Jiquipilas, Copainala y Ostuacan; con recursos humanos y materiales para poder llevar acabo en un tiempo y espacio determinado evitando la improvisación y perdidas de los recursos mediante el establecimiento de un objetivo.

Siendo la caries dental una de las enfermedades que más prevalece en nuestra población la actividad clínica dental que se realizará será para mejorar con la ayuda de la restauración de la salud bucal.

Es la razón por la cual las personas de los diferentes municipios antes mencionados deberán de conocer las diferentes técnicas para realizar las diversas formas de cuidar su salud bucal y los tratamientos que existe.

Pretendemos concientizar a las personas para que ellos tomen acción de cómo cuidar la salud bucal esto lo hacemos con la finalidad de que las personas sepan cómo es de importante cuidar la salud bucal y de su familia.

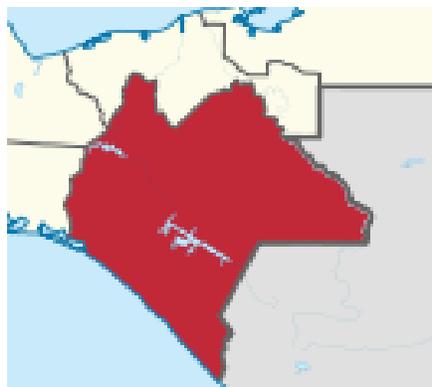
La presente investigación pretende saber cómo las personas colaboraran para tener un municipio libre de caries bucal, gracias a esto podemos concientizar el cuidado de la salud bucal en todos los municipios atendidos.

Con esto el profesional de la salud bucal, sabrá cuales son las necesidades dentales en todos los municipios y cuáles son los problemas que más afectan y así llevar acabo tratamientos preventivos y curativos para mejorar la salud bucal.

MARCO CONTEXTUAL.

MARCO CONTEXTUAL

Estado de Chiapas



UBICACIÓN GEOGRAFICA

Coordenadas geográficas extremas	Al norte 17°59', al sur 14°32' de latitud norte; al este 90°22', al oeste 94°14' de longitud oeste. (a)
Porcentaje territorial	El estado de Chiapas representa el 3.8 % de la superficie del país. (b)
Colindancias	Chiapas colinda al norte con Tabasco; al este con la República de Guatemala; al sur con la República de Guatemala y el Océano Pacífico; al oeste con el Océano Pacífico, Oaxaca y Veracruz-Llave. (a)
Capital	Tuxtla Gutiérrez

Comparte frontera al este con la República de Guatemala y es el 8avo Estado más grande en superficie de la República Mexicana. Chiapas tiene una extensión territorial de 75,634 Km² y colinda en el norte con Tabasco, al sur con el Océano Pacífico y al oeste con Veracruz y Oaxaca.

Su vasta superficie comprende una amplia cantidad de regiones fisiográficas, clasificadas geográficamente en 3 grupos, la llanura costera del Golfo en el norte, la Sierra Madre de Chiapas, la Cordillera Centroamericana al sur del Estado.

La Sierra Madre de Chiapas comprende las montañas del norte, la sierra lacandona, los altos de Chiapas y la depresión central. En la zona de la Cordillera Centroamericana están ubicadas las sierras del sur, la sierra del Soconusco y el volcán Tacaná, cuya cima es el punto más alto del Estado con 4,080 metros de altura.

MARCO CONTEXTUAL

Entre las especies en peligro de extinción que residen en el Estado destacan el quetzal, jaguar, ocelote, nutria, loro cabeza azul, mono aullador y la palma comedora. Asimismo, encontramos una amplia variedad de orquídeas silvestres e impactantes animales como pumas, tapires, monos, boas, corre caminos, chachalacas, jabalíes, pelícanos, garzas, espátulas, pijijes y tlacuaches entre muchísimos más.

Sus atractivos turísticos naturales son majestuosos y diversos: desde notables vestigios del mundo maya hasta impresionantes paisajes, lagos y cascadas. Chiapas es una muy hermosa postal desde cualquier lado que se le mire.

El nombre de Chiapas proviene de la palabra Chiapan o Tepechiapan, forma en que se designaba a la antigua población indígena de los chiapanecas, y cuyo significado es " Cerro de la Chia " o "Agua debajo del Cerro".

Los conquistadores, al fundar dos ciudades en la región, Chiapa de los Indios y Chiapa de los españoles, adoptaron para ambas el nombre de Provincia de las Chiapas. Pero su historia es aún más antigua.

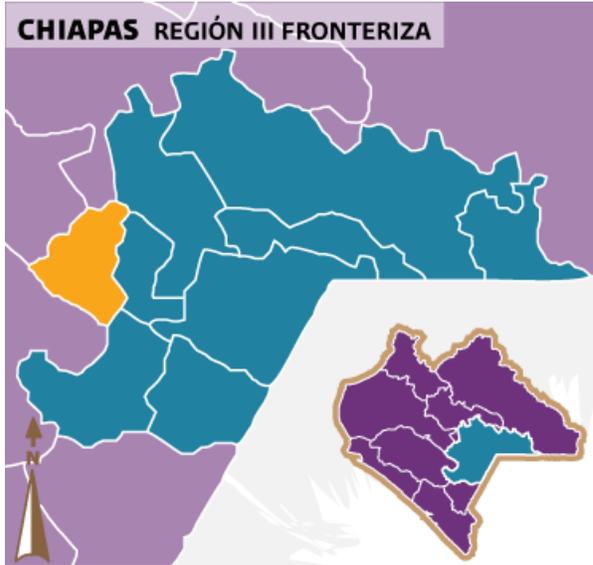
Fiestas: La Feria Chiapas en Tuxtla Gutiérrez se celebra del 2 al 14 de diciembre en honor a la Virgen de Guadalupe. El programa incluye una exposición agrícola, ganadera, industrial, comercial, artesanal y cultural.

Además, se realizan la elección de reina, bailes populares, se presentan artistas nacionales e internacionales, desfilan carros alegóricos, se hacen carreras de caballos, peleas de gallos, subastas de ganado vacuno, se colocan juegos mecánicos y se venden antojitos regionales.

En enero se realiza la Feria Regional en Chiapa de Corzo, en febrero el Carnaval de los Chamulas, en marzo la Feria Regional de la primavera y de la Paz y en Tuxtla Gutiérrez, el 1 y 2 noviembre, la Fiesta de Todos Santos.

MARCO CONTEXTUAL

Socoltenango, Chiapas



Se localiza en la Depresión Central, presentando un relieve semiplano en su mayoría. Sus coordenadas geográficas son 16° 15" N y 91° 59" W.

Limita al norte con los municipios de Las Rosas y Comitán, al este con el municipio de Tzimol, al sureste con el de Chicomuselo, al sur con La Concordia y al oeste con Venustiano Carranza.

El municipio de Socoltenango se encuentra ubicado en la famosa región de la Depresión Central en el Estado de Chiapas. La ubicación geográfica que tiene Socoltenango es 16° 15' latitud norte respecto al trópico de cáncer y 91° 59' longitud oeste respecto al meridiano de Greenwich.

El nombre "Socoltenango" quiere decir "población de los cántaros fortificada".

Es preciso saber que de acuerdo a la altitud promedio del municipio antes mencionado, ésta es de 860 metros sobre el nivel del mar.

Cuenta con una extensión territorial total de 775 kilómetros cuadrados. Colinda al norte con los municipios de Las Rosas y Comitán, Tzimol al este, Chicomuselo al sureste, el municipio de La Concordia al sur y colinda con Venustiano Carranza al oeste.

MARCO CONTEXTUAL

De acuerdo a los resultados que arrojó el conteo de población que el INEGI llevó a cabo en el año 2010, el número total de población en el municipio de Socoltenango es de 17,125.

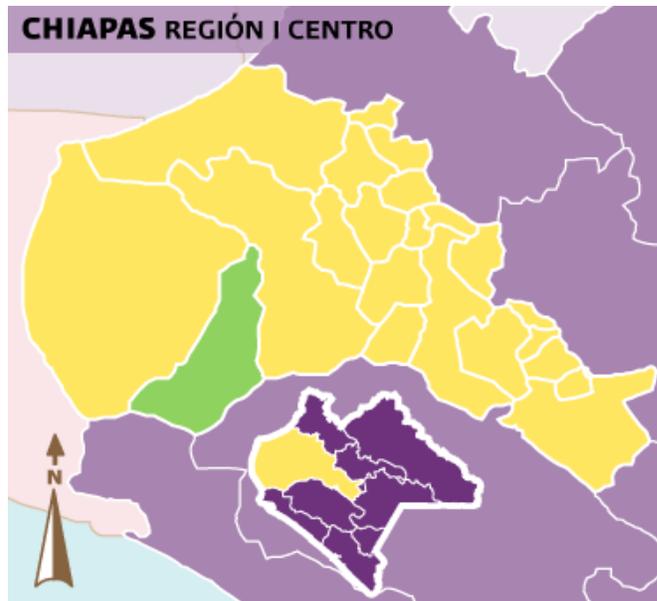
El pueblo de Socoltenango surge en 1545, a raíz de un mandato. Carlos V, ordena la agrupación de pueblos para lograr su evangelización, siendo el centro de unión de dos grandes etnias, la tzotzil y la tzeltal, dos familias lingüísticas que poblaron Copanahuastla antes de su extinción, el año de 1557, ocupó la categoría de visita religiosa, siendo el primer encomendero de Copanahuastla Andrés de La Tovilla.

Hacia 1629, se autorizó el traslado de los supervivientes de Copanahuastla, diezmados por epidemias, quizás por sus aguas "malas y salobres", quedando el convento despoblado y después en ruinas.

En 1666, con autorización de Guatemala se trasladó de Copanahuastla a Socoltenango la imagen del Rosario, que es la misma que en este pueblo se festeja cada año con el nombre de Candelaria.

MARCO CONTEXTUAL

Jiquipilas, Chiapas



Jiquipilas significa en náhuatl "lugar de alforjas".

Los vestigios arqueológicos más antiguos que se han encontrado en la región pertenecen a la cultura Olmeca; posteriormente, durante los siglos XI y XII de nuestra era, arribaron los toltecas y más tarde fue la cultura Zoque que se asentó en el territorio del actual municipio de Jiquipilas. Antes de la llegada de los conquistadores españoles, existían dos Xiquipilas.

La Grande y La Chica. Según un documento conocido como la relación de Ocozocoautla, Xiquipilas, era gobernada por sus propios señores, quienes no pagaban tributo a los aztecas y se encontraban en continua guerra con los Chiapa.

El 6 de marzo de 1940, se le concede a Xiquipilas la categoría de municipio de segunda. Este pueblo es considerado como la cuna de la marimba en Chiapas.

MARCO CONTEXTUAL

El municipio de Jiquipilas se encuentra asentado en las estribaciones de la Sierra Madre de Chiapas, sus coordenadas geográficas son 16°40'N y 93°39'W, su altitud es de 520 msnm. Limita al norte con Ocozocoautla y Cintalapa, al este con Ocozocoautla y Villaflores, al sur con Villaflores y Arriaga, y al oeste con Cintalapa.

La vegetación corresponde al tipo de bosque de encino-pino en las partes altas y selva mediana y baja en el resto, también se encuentran especies como duraznillo, caoba, guanacastle, fresno, nanche, roble, ciprés, romerillo, sabino, manzanilla y mezquite.

La fauna característica del municipio está compuesta por una gran variedad de especies de las cuales sobresalen por su importancia los siguientes: venado, tigrillo, mico de noche, zorra, tepescuintle, oso hormiguero, mapache, jabalí, culebra ocotera, gavilán golondrino, ardilla voladora, iguana, colibrí, urraca y zorrillo.

Las celebraciones más importantes son: Fiestas del Señor de Esquipulas, fiesta patronal de San Pedro, Virgen de la Concepción, exposición ganadera, la Semana Santa, día de la Santa Cruz, día de los Muertos, Navidad y Año Nuevo.

MARCO CONTEXTUAL

Copainalá, Chiapas



El municipio de Copainalá se ubica dentro de la región fisiográfica de las Montañas del Norte, por lo que su territorio es montañoso en su mayoría, sus coordenadas geográficas son 17° 06" N y 93° 17" W.

Su altitud es de 440 msnm, limita al norte con Ocoatepec, al este con Coapilla y Chicoásen, al sur con San Fernando y Berriozábal y al oeste con Tecpatán.

Copainalá. La antigua palabra Koa-Painal-Lan significa "Lugar de las culebras que corrieron" del náhuatl kohuatl, culebra; Painali, corredor y Lan, desinencia locativa abundancial.

Copainalá es sede del municipio del mismo nombre, el cual se asienta entre escarpadas serranías que riegan el potente río Mezcalapa y sus afluentes, en una superficie alfombrada de pastos y selvas exuberantes, al noroeste del Estado.

MARCO CONTEXTUAL

La antigua palabra Koa-Painal-Lan significa", lugar de las culebras que corrieron" del náhuatl kohuatl, culebra; Painali, corredor y Lan, desinencia locativa abundancial.

Famoso desde la conquista por la semejanza con el nombre Painala, que da Bernal Díaz del Castillo al pueblo natal de los padres de la Malintizin, caciques de la comarca y de origen náhuatl, creyéndose hasta la fecha entre los indígenas que Copainalá no es otra que el Painal del soldado y cronista de Hernán Cortés.

Se sabe que Copainalá es un municipio de profunda cultura zoque y que en la época de la Colonia fue evangelizado por los misioneros dominicos, quienes construyeron la iglesia de San Vicente Ferrer, de gran valor artístico; este templo y convento colonial se encuentra hoy en ruinas.

La mayoría de los habitantes profesan la religión católica, cuenta con 10 templos católicos: San Miguel, que es el patrono del pueblo y su festividad se celebra en el mes de septiembre; San Vicente Ferrer, que es sin duda la feria más grande, donde asisten grupos y artistas internacionales y se celebra en el mes de mayo del 5 al 10. La Inmaculada Concepción que se celebra en el mes de diciembre.

La iglesia de San Fabián que se celebra en el mes de enero; la iglesia de San Juan que se celebra en diciembre.

La de Santa Cecilia, que se celebra en el mes de noviembre; la de la Santísima Trinidad, que es la iglesia más antigua del pueblo y que se celebra al primer domingo después de Pentecostés.

La iglesia de Santa Anna que se celebra en el mes de julio de 24 al 26.

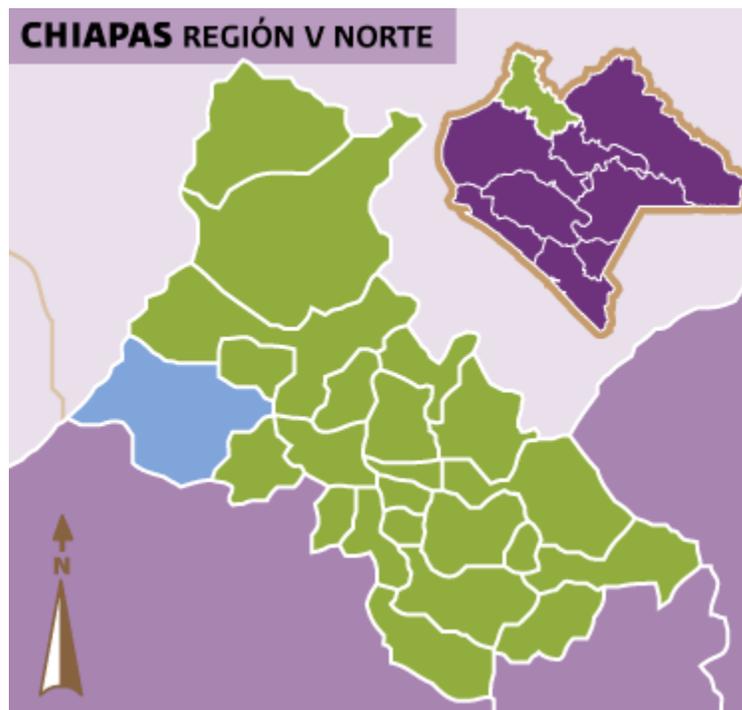
San Francisco que se celebra en el mes de octubre, y por último el templo de San Marcos, construido recientemente que se celebra el 25 de abril. Así mismo, la gran tradición del festejo en grande de Semana Santa donde se realiza un gran recorrido de aproximadamente 6 Km por las orillas del pueblo.

Otra de las tradiciones importantes son el festejo del día de muertos, donde las personas de todas las colonias aledañas al pueblo y que tienen sepultados a sus familiares en el panteón municipal, llegan desde la media noche del día 1º de noviembre a encender velas, llevándoles flores y ofrendas, como son tamales, naranjas, atole agrio, rompope, panecillos, cacaté, y frutos de temporada. Así las

personas velan toda la noche las velas y para poderse retirar el día 2 como a eso del 9 del mañana.

MARCO CONTEXTUAL

Ostuacán, Chiapas



El nombre de Ostuacán significa "Cueva del Tigre". Se localiza en los límites de las Montañas del Norte y de la Llanura Costera del Golfo, predominando el relieve montañoso. Sus coordenadas son 17° 24" N y 93° 20" W.

Limita al norte con los municipios de Pichucalco y Sunuapa, al este con Francisco León y Pichucalco, al sur con Tecpatán, al oeste con el Estado de Tabasco.

Antes de la llegada de los conquistadores españoles, Ostuacán formaba parte de la nación zoque; a principios de la época colonial, los misioneros españoles implantaron las bases de la organización colonial; en 1708, aparece como tributario de la "Real hacienda y caja de la ciudad de Santhiago Goathemala".

Ostuacán fue fundado en el año de 1549 con el nombre de San Pablo Ostuacán, como un pueblo de misión en que los misioneros españoles concentraron a indígenas zoques para su conversión al catolicismo, dependiente de la alcaldía mayor de Ciudad Real de Chiapas, pertenecía por tanto a la Capitanía General de Guatemala, siendo en esta época mencionado como pueblo tributario.

MARCO CONTEXTUAL

En 1762, el pueblo de Ostuacán radicaba 624 indígenas zoques; en 1778, la población había descendido a sólo 394 personas. En 1910, se creó el departamento de Pichucalco, al cual pasó a pertenecer.

Durante la colonia y el siglo XIX Ostuacán fue una población pequeña y aislada del resto de Chiapas, situación que sigue imperando en cierto grado debido a los accidentes geográficos de la región.

En 1910 fue incluido en el Departamento de Pichucalco y finalmente en 1915 fue designada cabecera del nuevo municipio de Ostuacán. A partir de la década de 1970 se dio un incremento en la actividad y población de Ostuacán, principalmente por la construcción de la Presa Peñitas y el establecimiento de pozos petroleros de Petróleos Mexicanos.

El 23 de noviembre de 1922, se le concedió la categoría de Municipio de segunda. Durante los últimos años la cabecera municipal se ha desarrollado gracias a la llegada de agricultores de otras entidades y de otros Municipios del Estado y al establecimiento de la industria petrolera en la Región. En 1979, se inició la construcción de la presa Peñitas.

El desarrollo proporcionado por esta infraestructura no se ha visto reflejado hacia la población, que sigue teniendo únicamente servicios básicos.

MARCO TEÓRICO.

MARCO TEORICO

Antecedentes históricos de las caries

La palabra caries proviene del latín y significa descomponerse o echarse a perder y la caries dental se refiere a la destrucción progresiva y localizada de los dientes. Es una de las enfermedades más frecuentes del hombre también una de las más antiguas de la humanidad, el empleo de cereales como principio básico de la alimentación, junto con la cocción y los procesos de elaboración de los alimentos, han favorecido el aumento de la incidencia de esta enfermedad hasta alcanzar los alarmantes niveles actuales, que según estadísticas se sitúa entre un 75% y 85%. Se cuenta con poca información sobre las modificaciones en los índices de caries que presenta la población mexicana.

Concepto de caries

La organización mundial de la salud (OMS), ha definido la caries como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y evoluciona hasta la formación de una cavidad.

Se considera que la caries dental es la enfermedad infecciosa más habitual en los niños, alrededor de un 40% empiezan a padecerlo a los 5 años. De esos casos, un 47% de los niños entre dos y nueve años nunca reciben tratamiento.

La caries en los dientes de la primera dentición es uno de los motivos principales de hospitalización de niños y tiene un elevado costo a las instituciones del sector salud.

MARCO TEORICO

Etiología

Es una enfermedad multifactorial. Hasta el momento de las investigaciones han logrado determinar cuatro factores fundamentales:

- Anatomía dental: La composición de su superficie y su localización hace que los dientes retengan más o menos placa dental. Por ejemplo, los dientes posteriores (molares y premolares), son más susceptibles a la caries ya que su morfología es más anfractuosa y además presentan una cara oclusal donde abundan los surcos, fosas, puntos y fisuras, y la lengua no limpia tan fácilmente su superficie; las zonas que pueden ser limpiadas por las mucosas y por la lengua se denomina zona de autoclisis. Además es necesario nombrar el rol del hospedero a una mayor o menor incidencia, debida a una susceptibilidad genética heredada o bien por problemas socioeconómicos, culturales y relacionados al estilo de vida (estos últimos condicionaran sus hábitos dietéticos y de higiene oral). Las piezas dentales con defecto en la mineralización son muy susceptibles a desarrollar caries. Entre las principales causas de defectos en la mineralización se incluyen la exposición a altas dosis de dioxina en la leche materna (en lactancias de duración superior a los 9 meses), toma prolongada de ciertos antibióticos enfermedades infecciosas durante los 3 primeros años de vida (tales como a escarlatina, las paperas, el sarampión o la difteria), una enfermedad celiaca no diagnosticada o tardíamente detecta (que frecuentemente cursa sin síntomas digestivos), deficiencias de vitaminas D, hipoparatiroidismo, desnutrición, mal absorción, nacimiento prematuro, bajo peso al nacer, privación de oxígeno durante el parto y problemas respiratorios crónicos que provocan baja oxigenación.

MARCO TEORICO

- Tiempo: La placa dental es capaz de producir caries debido a la capacidad, acido genética y acidifica que poseen los microorganismos que la colonizan, dental forma que los carbohidratos fermentales en la dieta no son suficientes, sino que además estos deben actuar durante un tiempo prolongado

Para mantener el Ph acido constante a nivel de la interface placa-esmalte. De esta forma el elemento tiempo, forma parte primordial en la etiología de la caries.

- Dieta: la presencia de carbohidratos fermentables en la dieta condiciona la aparición de carie, sin embargo los almidones no la producen.
- Bacterias: aquellas capaces de adherirse a la película adquirida (formada por proteínas que precipitaron sobre la superficie del esmalte), y congregarse formando un “bióflim” (comunidad cooperativa), de esta manera evaden los sistemas de defensa del huésped que consisten principalmente en la remoción de bacterias saprofitas y/o patógenas no adheridas por la saliva siendo estas posteriormente deglutidas. inicialmente en el bioflim se encuentra una gran cantidad de bacterias gram positivas con poca capacidad de formar ácidos orgánicos y polisacáridos extracelulares, pero estas posteriormente debido a las condiciones de anaerobiosis de las capas más profundas son reemplazadas por un predominio de bacterias gram negativas y es en este momento cuando es denominada a la placa “cardiogénica” es decir capaz de producir caries dental. Las bacterias se adhieren entre sí pero es necesario una colonización primaria a cargo del estreptococos sanguis perteneciente a las familia de los mutans además se encuentran lactobacillus acidophilus, actinomyces naeslundii, actinomyces viscosus, etc.

Microrganismos relacionados con la caries dental

- Estreptococos mutans

- Streptococcus sobrinus
- Lactobacillus streptococcus
- Actinomyces streptococcus

MARCO TEORICO

Tejidos dentales

Esmalte dental

Es un tejido adamantino de gran pureza compuesto por hidroxiapatita. El esmalte es translucido de color blanco o gris azulado, el color de nuestros dientes es dado por la dentina que se trasluce a través del esmalte. Generalmente los dientes presentan un color blanco, excepto en el borde incisal donde predomina el gris azulado.

El esmalte está formado por material inorgánico (90%) y una única pequeña cantidad de sustancia orgánica (2.9%) y agua (4.5%). La principal función del esmalte es proteger a los dientes de las erosiones externas. Es el tejido más duro del cuerpo humano.

Dentina

La dentina está compuesta en promedio por un 70% de sustancia inorgánica, un 12% de agua y un 18% de sustancia orgánica (colágeno, polisacáridos lípidos, proteínas y tejido mineralizados). Es el responsable del color de los dientes y también de la conductividad térmica. Contiene túbulos dentinarios que atraviesan toda la dentina y tiene una dirección de forma de "S", desde el límite del esmalte hasta la pulpa.

Cemento

Tejido conectivo altamente especializado. Es una capa dura, opaca y amarillenta que recubre la dentina a nivel de raíz del diente. Se encarga de unir del diente con el resto de la mandíbula o maxilar

Pulpa dentaria

Tejido mesodérmico compuesto por un 25% de sustancia orgánica y un 75% de agua. Está constituida por un tejido suave que contiene vasos sanguíneos (arteria y vena) que conducen la sangre hacia el diente y por fibras nerviosas que otorgan sensibilidad al diente. Dichos dientes atraviesan la raíz dental por medio de finos canales.

MARCO TEORICO

Clasificación de la caries dental

La caries dental ha sido clasificada de varias maneras, según las características que presentan; a continuación, se describe la clasificación de mayor importancia.

Clasificación de Greene Vardiman Black

Greene Vardiman Black; clasifico la caries dental basándose en la etiología y el tratamiento de estas. Sobre la base de estos criterios las lesiones cariosas se dividieron en dos grupos:

- Grupo 1. Lesiones en fosas y fisuras
- Grupo 2. Lesiones de superficies lisas

Del grupo uno surgió la clase uno del grupo dos se subdividió en 5 clases

- Clase I: cavidades formadas en las fosas y fisuras, defectos de las superficies oclusales de premolares y molares, superficies linguales de incisivos superiores y surcos faciales y linguales que se encuentran ocasionalmente en las superficies oclusales de los molares.
- Clase II: cavidades en las superficies proximales de premolares y molares.
- Clase III: cavidades en las superficies proximales en incisivos y caninos que no afectan el ángulo incisal
- Clase IV: cavidades en las superficies proximales de incisivos y caninos que afectan el ángulo incisal.
- Clase V: cavidades en el tercio gingival de los dientes (no en fosas) y por debajo del contorno máximo en las superficies vestibulares y linguales de los dientes.
- Clase VI: (que no forma parte de la clasificación de Black) cavidades en los bordes incisales y en las superficies lisas de los dientes por encima del contorno máximo.

MARCO TEORICO

Grados de caries

Los síntomas que producen la caries, depende de la profundidad de la lesión, mientras más superficial la lesión (esmalte) es asintomático, si es más profunda (pulpa) es sintomática, de esta manera, se clasifican según la zona afectada

- Caries de primer grado.

Esta caries es asintomática, por lo general es extensa y poco profunda. En la caries del esmalte no hay dolor, esta se localiza al hacer una inspección y exploración. Normalmente el esmalte se ve de un brillo y color uniforme, pero cuando falte la cutícula de Nashmith o una porción de prismas han sido destruidos este presenta manchas marquesinas granulosas. En otros casos se ven surcos transversales y oblicuos de color opaco, blanco, amarillo, café.

- Caries de segundo grado.

Aquí la caries ya atravesó la línea a melodontinaria y se ha implantado en la dentina, el proceso carioso evoluciona con mayor rapidez, ya que las vías de entrada son más amplias, pues los túbulos dentinarios se encuentran en mayor número y su diámetro es más grande que la estructura del esmalte. En general la constitución de la dentina facilita la proliferación de gérmenes y toxinas, debido a que es un tejido poco calcificado y esto se ofrece menor resistencia a la caries.

- Caries de tercer grado.

Aquí la caries ha llegado a la pulpa produciendo inflamación en este órgano, pero conserva su vitalidad. El síntoma de caries de tercer grado presenta dolor espontaneo y provocado: espontaneo porque no es producido por una causa externa directa

MARCO TEORICO

Si no por la congestión del órgano pulpar que hace presión por los nervios pulpares, los cuales quedan comprimidos contra la pared de la cámara pulpar, este dolor aumenta por las noches, debido a la posición horizontal de la cabeza y congestión de la misma, causada por la mayor afluencia de sangre. El dolor provocado se debe a agentes físicos, químicos o mecánicos, también es característico de esta caries, que al quitar alguno de estos estímulos el dolor persista.

- Caries de cuarto grado.

Aquí la pulpa ha sido destruida totalmente, por lo tanto, no hay dolor, ni dolor espontaneo pero las complicaciones de esta caries, si son dolorosas y pueden ser desde una mono artritis apical hasta una osteomielitis.

Restos radiculares

La presencia de restos radiculares en los maxilares de nuestros pacientes es un hecho muy frecuente en las practicas diarias por motivos muy diversos de entre los que descartamos: la poca o nula educación sanitaria de los ciudadanos, la mínima preocupación que muestran las Instituciones Públicas por la salud bucal de sus administrados tanto en sus aspectos preventivos como curativos, etc.

El principal factor que provoca la presencia de restos radiculares en la caries dental. Además, también pueden ser determinantes factores genéticos, biológicos, conductuales, etc. Si las caries se dejan sin tratamiento, el proceso penetrara finalmente a través de los conductos radiculares más allá del diente, hacia el tejido blando donde iniciara una extracción dolorosa.

Todo ello da como resultado un desinterés generalizado por la salud bucal que hace tan frecuente ver bocas sépticas llenas de restos radiculares. Por tanto, la extracción de restos radiculares constituirá un papel muy importante en la práctica diaria, cabe mencionar que también es importante conservar piezas dentales en la cavidad de nuestros pacientes e incluso de los restos radiculares ya que contamos con técnicas conservadoras, como tratamientos de conductos radiculares (endodoncias), reconstrucciones protésicas (prótesis individuales).

MARCO TEORICO

Estos restos radiculares pueden existir:

- Raíces que están mayor o menor grado recubiertas por la encía o la mucosa bucal y que no presentan una superficie adecuada para que un fórceps haga una presa correcta y útil.
- Estos restos radiculares son tributarios de extracción con botadores, con o sin osteotomía (exodoncia quirúrgica o colgajo), dependiendo de cada caso en particular.
- Como consecuencia de un proceso de caries tan profundo y avanzado que ha destruido todo el tejido dentario coronal, y las raíces quedan sumergidas en mayor o menor grado en la encía.
- Por tratarse de raíces antiguas originadas, después de exodoncias frustradas e incompletas anteriores, raíces fracturas por debajo del cuello dentario en el mismo acto operatorio o en fracturas radiculares por traumatismos accidentales.

Estos restos no presentan ninguna posibilidad de rehabilitación oral convencional, la indicación de los dientes afectados estos pueden provocar con facilidad infecciones Oseas Crónicas, incluso conducir a una osteomielitis, causando dolor y destrucción del hueso.

Los restos radiculares si no se tratan a tiempo logran establecer en la boca patologías en un gran porcentaje. Estas afecciones con facilidad producen halitosis (mal aliento) molestias o masticación, los remanentes radiculares que no tengan ninguna posibilidad de tratamiento es necesario retirarlos de la cavidad bucal mediante las diferentes técnicas de extracción además del instrumental indicado para dichos procedimientos.

A continuación, se menciona algunos tipos de restos radiculares:

Raíces que emergen del proceso alveolar, es decir, que son perfectamente visibles en el examen intrabucal, y que presentan suficiente tejido dentario a la vista para poder realizar una correcta presión con un fórceps. En estos casos la exodoncia también puede realizarse mediante elevadores o de forma combinada.

MARCO TEORICO

Estos restos pueden ser ocasionados:

- Como consecuencia del proceso progresivo de la caries que ha destruido la mayor parte de la corona dentaria.
- Para tratarse de raíces de dientes fracturados en intentos previos de extracción.
- Raíces que están en mayor o menor grado recubiertas por la encía o la mucosa bucal y que no se presentan una superficie adecuada para que un fórceps haga una presa correcta y útil. Estos restos radiculares son tributarios de extracción con botadores, con o sin osteotomía.

Las técnicas para la realización de exodoncias en restos radiculares son:

- Extracción de restos radiculares con botadores o elevadores.
- Extracción de restos radiculares con fórceps.

En la extracción de restos radiculares también pueden ser precisas técnicas de odontosección o la preparación de un colgajo y osteotomía. (Cirugía oral)

Los restos radiculares que pueden ser extraídos con fórceps sin ninguna maniobra previa son:

- Las raíces de dientes unir radiculares que son visibles a través de la encía o de la mucosa bucal y no presentan malformaciones. Son dientes que su corona ha sido destruida por un proceso de caries. Las raíces emergen de los alveolos y no están cubiertas por tejido gingival.
- Las raíces de dientes multirradiculares en los que la caries ha destruido toda la corona dentaria hasta separar las raíces entre sí, individualizándolas perfectamente, pero dejando una parte de estructura dentaria suficiente para hacer una correcta presión en dichos restos radiculares.
- Las raíces que quedaron en los maxilares tras una fractura antigua o una exodoncia frustrada y que por un proceso inflamatorio crónico de expulsión se han elevado un alveolo hasta permitir la aplicación del fórceps

MARCO TEORICO

COMPLICACIONES

Aunque la caries por sí misma, generalmente no representan un peligro grave para la salud, el desarrollo de caries en pacientes ya deshabilitados es peligroso, ya que las infecciones de los dientes y de la encía pueden llegar a diseminarse al resto del organismo. Así, existe el riesgo de que las bacterias penetren en el torrente sanguíneo pudiendo producir el denominado endocarditis bacteriana. Igualmente puede ser un riesgo para las personas que padecen hemofilia, ya que ante la extracción de un órgano dentario deben ser hospitalizadas.

Conviene tener en cuenta que la pérdida de órganos dentarios dificulta o impide la correcta masticación, por lo que puede provocar alteraciones dietéticas que originan trastornos digestivos y nutricionales.

COMPLICACIONES EN EXODONCIA

En la mayoría de los casos, la extracción dentaria es una intervención quirúrgica simple que, efectuada en forma cuidadosa y competente, y en personas sanas, solo producen malestar leve, y cicatriza rápidamente. En la práctica, la aparición de complicaciones es rara y, por lo general, estas son leves.

Algunas complicaciones más comunes durante la realización de una exodoncia pueden ser:

- **Fractura dentaria.** Es el más común durante la exodoncia con fórceps, ya sea de corona o de raíz. La máxima frecuencia se da en los molares y primeros molares, y estos casos son a veces inevitables a pesar de las preocupaciones.
- **Luxación o fractura de dientes vecinos.** La subluxación del diente contiguo se puede producir por una incorrecta aplicación de los elevadores que transmiten la fuerza del brazo de palanca al diente adyacente con lo que se consigue el aflojamiento de este. Aun con el

correcto uso de los botadores, se transmite cierta presión al diente adyacente con lo que se consigue el aflojamiento de este.

MARCO TEORICO

- **Dientes o raíces desplazadas a los espacios anatómicos.** La proyección de un diente o de una raíz suele ser excepcional, y acontece por falta de control por parte del odontólogo, de maniobras de exodoncia violentas o por un movimiento intempestivo del paciente.

Puede producirse hacia cualquier espacio anatómico vecino con riesgo es provocar procesos infecciosos agudos, hacia el conducto dentario inferior, donde la extracción de un resto radicular de pequeño tamaño puede ser muy difícil, hacia el seno maxilar con la grave secuela de la aparición de una sinusitis o de una comunicación buco nasal, hacia la vía digestiva, hacia la vía respiratoria; existe un riesgo importante de asfixia, lo que existe maniobras de urgencia.

COMPLICACIONES-INTRAOPERATORIOS

- Las complicaciones en relación con el estado general del paciente. Antes de hacer una exodoncia, por sencilla que pueda ser, deben valorarse todos los factores favorables o desfavorables que puedan incidir en este gesto quirúrgico; para ello deben efectuarse una correcta anamnesis, un minucioso examen local, regional y general y los estudios complementarios adecuados al caso.

En principio no hay ninguna relación entre la existencia de un proceso sistémico grave y la posibilidad de aparición de complicaciones importantes si el paciente esta compensado y la metodología usada es la adecuada; al contrario, pacientes con aparente buena salud o con procesos morbosos leves pueden ser de graves complicaciones, casi siempre por una correcta praxis.

MARCO TEORICO

a. Pacientes especiales

- Edad del paciente.
- Embarazo entre el cuarto y octavo mes de gestación.
- Menstruación y lactancia.

b. Pacientes con patología sistémica grave

- Patología cardiovascular.
- Patología hematológica.
- Alcoholismo y drogadicción.
- Paciente irradiado en la zona cervicofacial.
- Enfermedades psíquicas considerado así mismo los trastornos psicológicos menos tales como las alteraciones neurovegetativas.
- Patología neurológica.
- Enfermedades endocrinas.

MARCO TEORICO

En todos los casos e incluso ante la presencia de cualquier otra enfermedad sistémica grave ya sea de tipo renal, pulmonar, etc., es obligación absoluta del odontólogo contactar con el médico especialista o cualquier otro profesional del Área de las Ciencias de la Salud con el fin de hacer la preparación preoperatoria más pertinente.

- **Accidentes ligados a la anestesia local**

- a. **Accidentes locales**

1. Accidentes vágales
2. Accidentes alérgicos
3. Interacciones farmacológicas
4. Intolerancia al anestésico

Aunque no forman parte propiamente dicha de las complicaciones de la exodoncia, creemos de gran interés su conocimiento puesto que puedan complicar la extracción dentaria o cualquier otro procedimiento quirúrgico.

COMPLICACIONES-POSTOPERATORIAS

- **Hemorragias.** Siempre después de una intervención quirúrgica incluidas las exodoncias convencionales, se deberán dar unas instrucciones; en ellas se explica al paciente que siempre existe un pequeño sangrado que suele ceder a los 30 a 60 minutos posteriores.
- a. **Hemorragias de causas locales.** Son aquellas que se presentan después de la exodoncia y que se pueden deber a la existencia de los siguientes problemas:

MARCO TEORICO

- Una herida mucosa, especialmente si los tejidos están inflamados.
- Una fractura parcial del hueso alveolar o de espículas óseas que dan en el interior del alveolo.
- Persistencia de un ápice fracturado que sigue en su sitio.
- La presencia de un granuloma no curado
- Una herida arterial o venenosa
- Enjuagues bucales efectuados tras la extracción dentaria, succión persistente o aspiración repetida del alveolo.
- Cercanía de tumores muy vascularizados como el angioma, lo épulis, etc., al lugar de la exodoncia.
- Caída prematura de la escara de un vaso electro angulado.

b. Hemorragias de causas generales. Cuando existen problemas de hemostasia, se nos pueden presentar hemorragias al cabo de varias horas, incluso días, después de haber efectuado la extracción dentaria, una buena historia clínica nos va a permitir prevenir alguna de estas hemorragias, distinguiendo:

- Los pacientes presentan alteraciones de coagulación, por déficits de factores y que han sido detectados con anterioridad.
- Pacientes que toman medicamentos anticoagulantes, o con antiagregantes plaquetario. Este dato nos tiene que poner en aviso de que estos pacientes deberán suspender su medicamento previamente a la extracción dentaria para evitar hemorragias.
- En otras ocasiones, no sabemos, ni nosotros ni el paciente, que este padece una alteración en su sistema de hemostasia, por lo que se nos presentara la hemorragia sin que nosotros lo podamos evitar.

MARCO TEORICO

- **Hemorragias y equimosis.** Es habitual que, en las exodoncias complejas o en las que se han empleado técnicas quirúrgicas, se produzcan hematomas. El hematoma es una colección sanguínea que puede difundir por los tejidos vecinos, desde el lugar de la extracción, normalmente a través de las fascias musculares. Existe un aumento de volumen en la zona afectada, así como un cambio de color que irá variando según se vaya transformando la sangre que está en su interior,

Así el color variará desde rojo-vinoso a violeta-amarillo. Este cambio que se puede observar en el color de la piel puede durar de 8-9 días y a menudo se desliza por la fuerza de gravedad hacia zonas cercanas, como por ejemplo el cuello y la zona esternal.

- **Edemas.** Se presentan generalmente después de todas las extracciones dentales quirúrgicas. No es una complicación, sino que es un proceso normal que existe en los tejidos sobre los que se ha realizado una intervención. Los gestos operatorios intempestivos con laceraciones de tejidos blandos, desgarros del periostio o el mal diseño del colgajo etc., pueden ser los causantes de un edema inflamatorio desproporcionado.
- **Trismo.** Es la incapacidad de la apertura normal de la boca. Es una situación que se nos presenta con relativa frecuencia en las exodoncias quirúrgicas, especialmente en el maxilar inferior, pero no es tan habitual al efectuar extracciones convencionales. Esta incapacidad a la apertura de la boca está inducida por un espasmo muscular que se produce en relación con la inflamación producida por la intervención quirúrgica.
- **Infecciones secundarias: alveolitis, bacteriemia post extracción.** Debemos precisar en primer lugar que estas complicaciones no

suelen ser consecuencia directa de la extracción dentaria, sino constituyen el avance de un proceso infeccioso preexistente.

La exodoncia puede, según las circunstancias de cada caso, contener la infección, agravarla o ejercer una influencia menor sobre su evolución.

MARCO TEORICO

En el origen para desencadenar estos accidentes infecciosos, juegan un papel destacado:

- Los efectos de los anestésicos locales.
- El traumatismo operatorio
- Infecciones o lesiones vecinas.
- Irritación refleja por alteraciones vasomotoras, etc.

a. Alveolitis

Uno de los mayores y más frecuentes problemas post extracción son las alveolitis, aunque las estadísticas al respecto son poco concordantes.

Suele ser la principal causa de dolor entre el segundo y quinto día después de la exodoncia. Su característica principal es el dolor tan agudo e intenso que produce. Suele ser la consecuencia de una perturbación de la cicatrización de la herida alveolar, tras la extracción dentaria. Se la considera un estado necrótico del proceso alveolar o de los septos óseos que, ante la ausencia de vasos sanguíneos, no permite la proliferación de capilares, ni de tejido de granulación para organizar el coagulo sanguíneo. El coagulo, al no organizarse, se desintegra.

La clasificación de alveolitis difiere según los autores; a pesar de ello podemos agruparlas así:

- a. Alveolitis que se presentan conjuntamente con inflamaciones óseas más extendidas.** Oselitis, periostitis óseas, flemones perimaxilares, etc. En este caso la alveolitis forma parte de un proceso inflamatorio grave.
- b. Alveolitis húmeda o superada.** Inflamación con predominio alveolar marcada por la infección del coagulo y del alveolo, y se puede encontrar un alveolo sangrante con abundante sudado. Suelen estar producidas por reacciones a cuerpo extraño en el interior del alveolo, después de

haberse efectuado la extracción dentaria. En estas ocasiones podremos encontrar esquirlas óseas, restos de dientes fracturados, y también, a veces, restos de obturaciones de dientes vecinos que, al hacer la exodoncia, han caído al interior de alveolo.

MARCO TEORICO

- c. Alveolitis marginal superficial.** Es una variante de la anterior. En este caso la infección es más moderada y afecta solo la zona superficial.

- d. Alveolitis seca.** En este caso se presenta abierta, sin existir coagulo y con las paredes óseas totalmente desnudas.

- b. Bacteriemia post extracción.** El elevado porcentaje de bacteriemias post extracción referidas en la literatura coloca la exodoncia en el primer plano de la producción de la endocarditis bacteriana.
La bacteriemia post extracción está bien demostrada con un porcentaje de hemocultivos positivos, que varía del 20 a los 90% de los casos, con una proporción elevada de bacteria anaerobias. Otra medida que es efectiva para disminuir el riesgo de bacteriemias es realizar una profilaxis, previa a la extracción dentaria con lo cual estamos disminuyendo los contaminantes locales.

Complicaciones en una exodoncia de restos radiculares.

- **Lesiones de tejidos blandos.** Las lesiones o heridas sobre la mucosa libre alveolar o la encía suelen darse en exodoncias difíciles y complicadas y pueden provocar hemorragias, hematomas o infecciones de forma secundaria. Normalmente su causa está en la mala praxis, técnica deficiente, o en la utilización del método correcto de extracción. Si se adhiere la encía al diente, esta debe ser cuidadosamente disecada, antes de completar la extracción. Realizaremos su prevención utilizando técnicas correctas, con la protección de los tejidos.

MARCO TEORICO

- **Fractura del hueso alveolar.** Suele ser relativamente la fractura del hueso alveolar al realizar una extracción dentaria; su extensión puede ser variable limitándose normalmente al alveolo del diente extraído, especialmente por su lado vestibular. A menudo representa un accidente inevitable que facilita la luxación y avulsión dentaria. Por ello es habitual que, al hacer la inspección del diente extraído, podamos ver fragmento alveolar adherido a la raíz.
- **fractura de la tuberosidad.** Durante la extracción de un segundo o tercer molar superior, se puede producir la fractura de la tuberosidad del maxilar superior. La mala aplicación de los elevadores o de algún tipo de fórceps son causas principales. Esta complicación puede ser resultado de la invasión antral de la tuberosidad, hecho común cuando está presente un molar superior aislado, en particular si tiene raíces divergentes, hipersementosis o presenta sobre erupción. Otra causa predisponente poco común es la geminación patológica que ocurre entre el segundo molar superior y el tercero erupcionado o semierupcionado.
- **Fractura mandibular.** Es una complicación muy poco frecuente, se producen en las extracciones de terceros molares inferiores, especialmente si están en inclusión intraósea profunda a nivel ángulo mandibular, entre los premolares inferiores donde el grosor de la mandíbula puede estar reducido por una gran reabsorción ósea, cuando se aplica una fuerza de forma inadecuada o con potencia excesiva.

MARCO TEORICO

Tratamientos postoperatorios

Analgésicos-antinflamatorios

No es recomendable, de acuerdo a M. Donado (2005), el uso en cirugía del ácido acetil salicílico debido a la inhibición de la síntesis de tromboxano A₂ que lleva a una acción antiagregante plaquetaria y, por tanto aumento de la hemorragia. Además de algunos AINES de uso corriente como los derivados del ácido fenilacético (diclofenaco 50 mg / 8 horas, vía oral ibuprofeno: 400-600-800 mg/6 horas, vía oral dexetprofeno: 25 mg/ 6-8 horas vía oral. Estos inconvenientes no aparecen con el paracetamol, cuyas dosis eficaces son 650-1.000 mg/6-8 horas; y el metamizol a dosis de 500 – 1.000 mg/ 6-8 horas.

Antibióticos y antisépticos

Profilaxis general estándar: amoxicilina de 2 g vía oral, 1 hora antes de la consulta. Imposibilidad de recibir medicamentos por vía oral: ampicilina 2g 1 hora antes de la consulta; penicilina 2.0 g de penicilina: clindamicina 600 mg vía oral, 1 hora antes de la consulta, cefalexina o cefadroxilo 2 g vía oral, 1 hora antes de la consulta; azitromicina 500 mg vía oral, 1 hora antes de la consulta.

Medios físicos

M. Donado (2005) refiere que se obtiene buenos resultados de la acción del frío sobre la inflamación, aunque solo es eficaz cuando se aplica en el periodo posoperatorio inmediato. Si ya está instaurado, el edema no se reduce con este método. Se le recomendará al paciente el uso de clorhexidina al 0,12% en colutorio, 3 o 4 veces al día, durante 7 días.

HIPÓTESIS.

Hipótesis

El índice de pérdida de órganos dentales en hombres es más alto

El índice de pérdida de órganos dentales en mujeres es más bajo

El índice de caries en órganos dentales en niños es más alto

El índice de caries en órganos dentales en niñas es más bajo

El índice de problemas periodontales en hombres es más bajo

El índice de problemas periodontales en mujeres es más alto

MARCO METODOLÓGICO.

Marco metodológico

Marco metodológico

El estudio a realizar será observacional-descriptivo con un enfoque cuantitativo debido a que recolectamos datos con base a un análisis estadístico, para establecer los resultados.

Dicho estudio tiene un alcance correlacionar o explicativo, ya que se pretende asociar variables de estudio y reconocer las relaciones que existe entre estos en un contexto particular.

De igual manera este será no experimental de tipo transversal ya que no pretendemos manipular las variables que serán recolectadas en un determinado momento

Descripción del área de estudio

El estudio se realizó en diferentes municipios de Tuxtla Gutiérrez Chiapas, Socoltenango, Jiquipilas, Copainalá, Ostucán y Teopisca, los cuales dieron espacio en el DIF, parques, iglesias y en presidencias municipales, estos fueron los espacios para que se pudiera brindar la atención médica odontológica. En la campaña de brigadas odontológicas; asistieron 8 Odontólogos, 5 Médicos Generales, 5 Optometristas, 3 Quiroprácticos, 2 Enfermeras, 4 Doctores Farmacéutico, 2 Psicólogos, 3 Nutriólogos,

El área de estomatología cuenta con una unidad dental un escritorio, tres sillas, dos mesas, un archivero, instrumental básico para realizar tratamientos preventivos y restaurativos un lavado para instrumental, un lavabo para manos y un esterilizador este mismo es atendido por un odontólogo adscrito, cinco enfermeras y un pasante de odontología, durante el turno matutino.

Marco metodológico

Población

El estudio estuvo conformado por pacientes que acudieron al servicio de Brigadas Odontológicas, de los cuales, se atendieron. En las brigadas personas de bajos recursos económicos; con casos diferentes, siendo atendidos en los municipios de Ostucán, Jiquipilas, Copainalá, Mezcalapa, Socoltenango, y Teopisca, como a continuación se indica:

Criterio de inclusión.

Hombres y Mujeres.

Pacientes con sospecha de caries en dientes permanentes.

Pacientes atendidos en los periodos antes mencionados.

Criterio de exclusión

Adultos y adultos mayores que no permitieron su participación en este proyecto.

Pacientes que acudieron a consulta subsecuente y pacientes que no acudieron en las brigadas.

Criterio de eliminación

Se eliminará todo aquel material de recolección que no sea útil.

Adultos y adultos mayores que se nieguen a participar en la realización de exploración bucal y exodoncias.

Variables

TABLA DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN		TIPO
	CONCEPTUAL	OPERACIONAL	
EDAD	TIEMPO TRANSCURRIDO EN AÑOS, A PARTIR DEL NACIMIENTO DEL INDIVIDUO.	EN ESTE ESTUDIO LA EDAD SE CLASIFICA EN 1: NIÑOS. 2: ADULTOS.	VARIABLES. CUANTITATIVAS. DISCRETAS.
SEXO	LA DIVISIÓN DEL GÉNERO HUMANO EN DOS CATEGORÍAS.	SE CLASIFICAN EN 1: MASCULINO 2: FEMENINO	VARIABLE. CUALITATIVA. NOMINAL.
ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES	PERIODO DE TIEMPO QUE UN NIÑO O UN JOVEN ASISTE A LA ESCUELA PARA ESTUDIAR Y APRENDER, ESPECIALMENTE EL TIEMPO QUE DURA LA ENSEÑANZA OBLIGATORIA.	SE CLASIFICAN EN: 1: PRIMARIA INCOMPLETA. 2: PRIMARIA COMPLETA. 3: SECUNDARIA. 4: PREPARATORIA Y/O BACHILLERATO.	VARIABLE. CUALITATIVA. ORDINAL.
MÉTODOS DE PREVENCIÓN	HACE REFERENCIA A LA ACCIÓN Y AFECTO LA PREPARACIÓN DE ALGO CON ANTICIPACIÓN PARA UN DETERMINADO FIN, A PREVER ALGÚN DAÑO O ANTICIPARSE A UNA DIFICULTAD.	1:TÉCNICA DE CEPILLADO 2: USO DE HILO DENTAL. 3: APLICACIÓN DE FLÚOR.	VARIABLE CUANTITATIVA DE INTERVALO.
FACTORES DE RIESGO DE LA CARIES	RIESGO QUE INFLUYEN EN LA FORMACIÓN DE LA CARIES DENTAL SON BIEN CONOCIDOS Y EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS EVITABLE, LO QUE PERMITE DESARROLLAR UNA ESTRATEGIA PREVENTIVA BASADA	1:CUANTAS VECES SE CEPILLAN. 2:FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS CARIOGÉNICOS	VARIABLE CUANTITATIVA DE RADIO DISCRETAS.

	EN LA EDUCACIÓN SANITARIA DE LA POBLACIÓN		
--	---	--	--

Variable Dependiente

Identificar la prevalencia de enfermedades bucales tales como la caries y enfermedad periodontal en pacientes atendidos durante las brigadas.

Variable Independiente

Se realizo entrevistas a los pacientes con el apoyo del médico general y posteriormente se canalizo al área de odontología para su exploración bucal realizadas por el grupo de pasantes que asistimos a las brigadas antes mencionadas, para así determinar el tratamiento a realizar.

RECURSOS.

Recursos

Recursos de investigación

Este estudio es viable para realizarse, ya que contamos con los recursos para sustentar el proyecto durante todo el tiempo de trabajo.

Recurso material (insumos desechables)

Guantes

Gorros

Batas

Lentes

Cubrebocas

Campos de trabajo

Abatelenguas

Espejos desechables

Vasos

Agua

Servilletas

Instrumental

Espejos bucales

Explorador

Pinza de curación

Piezas de alta y baja velocidad

Recursos

Material

Flúor tópico

Pastillas reveladoras

Amalgamas

Resinas

Selladores de foseetas y fisuras

Cepillos dentales

Equipo dental

Computadora

Impresora

Cámara fotográfica

Papelería

Lápiz

Bicolor

Hojas de color

Hojas blancas

Rotafolios

Lapiceros

Folders

Plumones

Marca textos

Sacapuntas

Goma de borrar

Copias

Recursos

Otros recursos materiales

Sillas, mesas, unidad portátil (rebotines dentales), amalgamador, lámpara fotocurable y esterilizador.

RECURSOS HUMANOS (Brigadas Multidisciplinarias)

Médico General, Odontólogo General, Pasante de Odontología, Enfermera Titular y Enfermera Pasante, Psicóloga y Personal Administrativo, Quiroprácticos, Optometristas Pasantes y Traductores Pasantes.

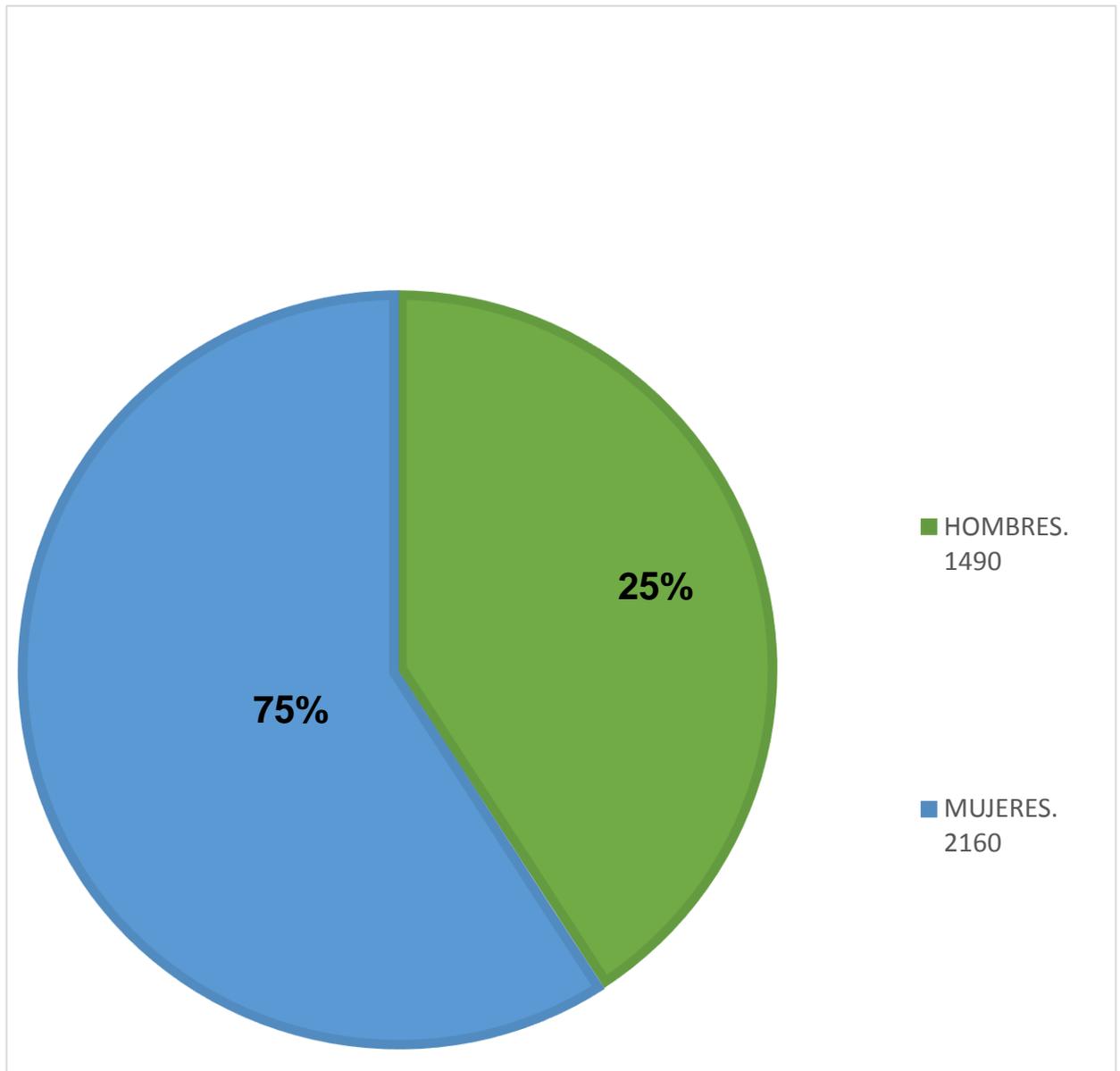
Recomendaciones

1. Alimentación sana: La reducción de azúcares en tu dieta previene la aparición de caries y la pérdida prematura de dientes. Consume alimentos ricos en calcio, vitaminas D y magnesio, así como vegetales y frutas crudas.
2. Una correcta higiene dental: Las caries se previenen con la concentración de fluoruro, que puedes encontrar en las pastas dentífricas. Una nueva opción que puedes utilizar para limpiar tu boca es un producto dental elaborado con enzimas de microbios de algas, las cuales eliminan la placa y previene la erosión dental, según un estudio de la Universidad de Newcastle, Inglaterra.
3. Complementos naturales: Las sales de calcio son suplementos naturales que ayudan a prevenir la aparición de caries y a fortalecer tu dentadura.
4. Uso correcto del cepillo: Esta es una herramienta indispensable para mantener una correcta salud bucal. Si quieres evitar la caries debes cambiarlo cada tres o cuatro meses, debido a la contaminación bacteriana, después de cada uso, enjuégalo perfectamente para quitar los residuos de pasta.

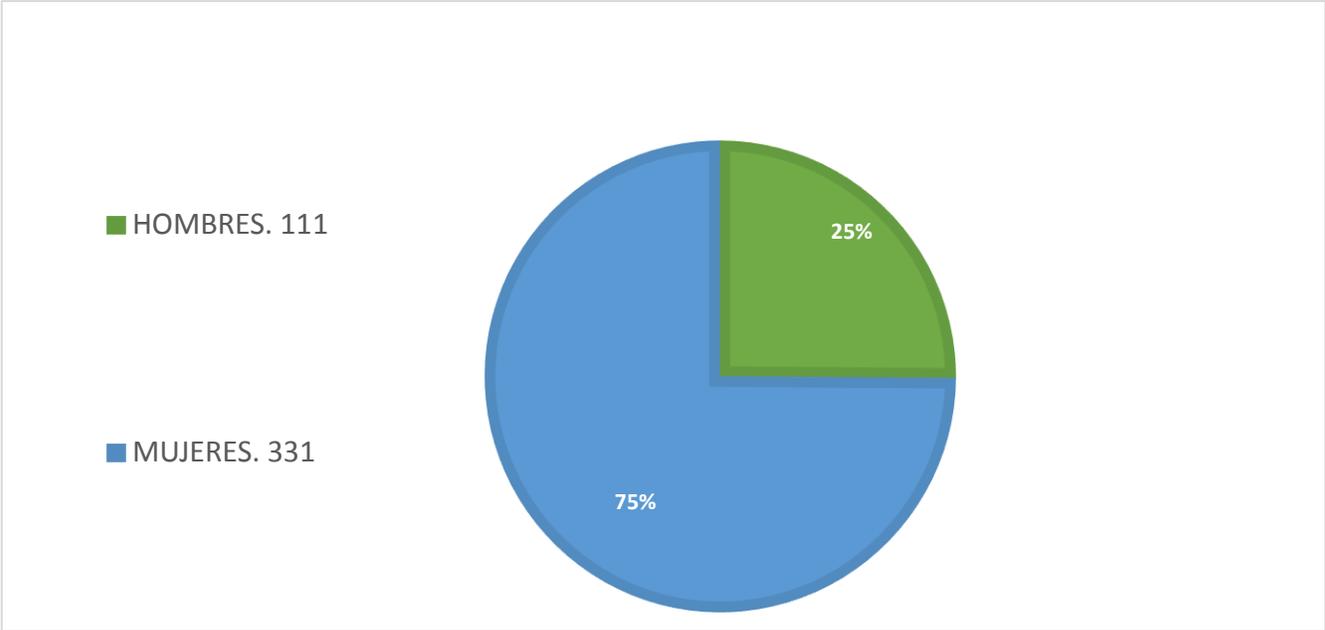
RESULTADOS.

Resultados

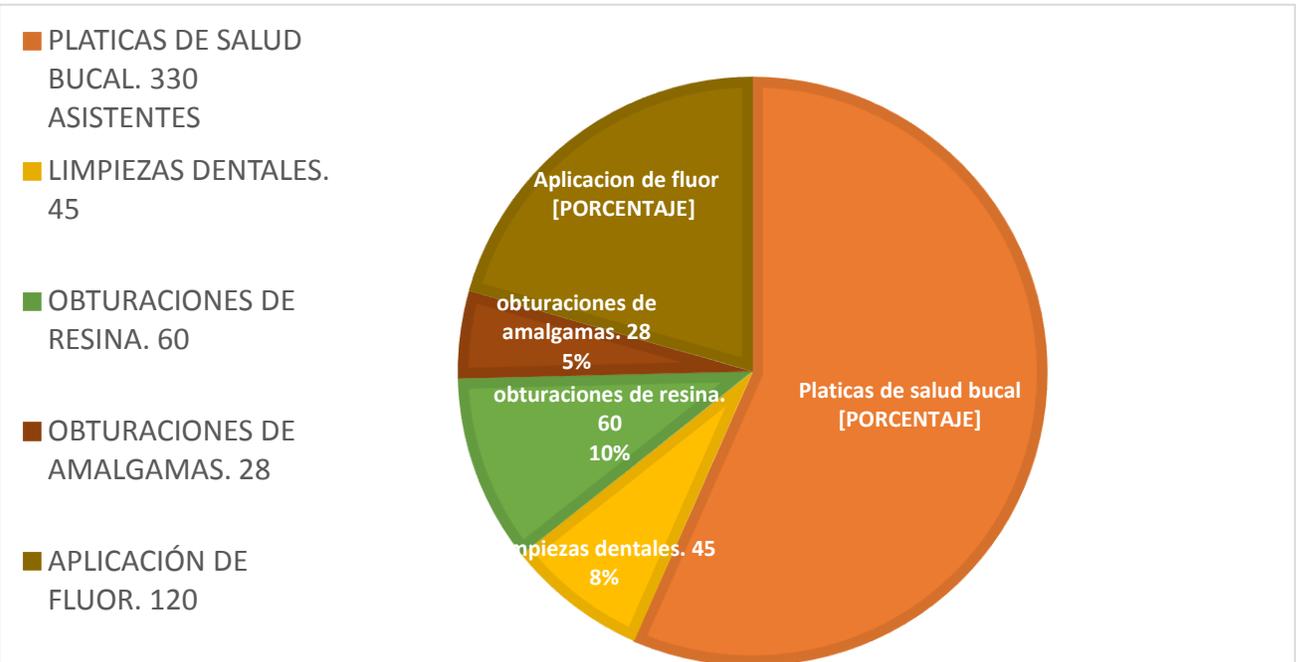
Gráfica 1. TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS EN LAS BRIGADAS MULTIDICLIPLINARIAS, TOTAL DE MUJERES Y HOMBRES EN LOS DIFERENTES MUNICIPIOS. SOCOLTENANGO, JIQUIPILAS, COPAINALÁ Y OSTUACAN. TOTAL. 3650 PERSONAS ATENDIDAS.



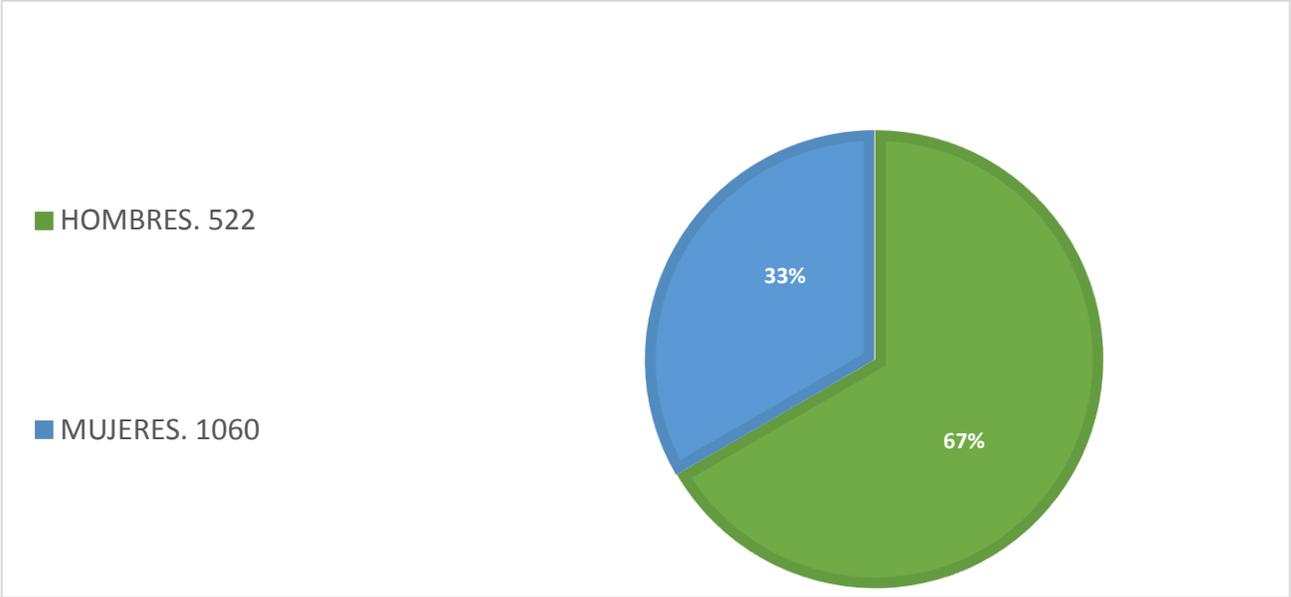
Gráfica 2.TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL MUNICIPIO DE SOCOLTENANGO, CHIAPAS. HOMBRES Y MUJERES ATENDIDOS. TOTAL 443 PERSONAS ATENDIDAS



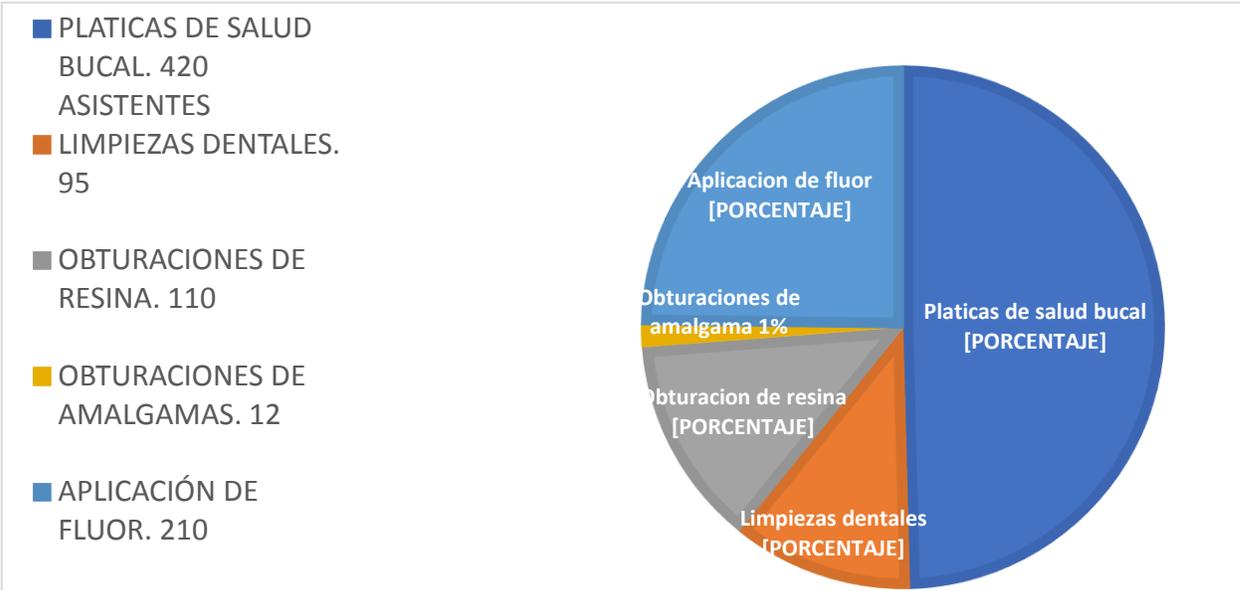
Grafica 3.TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS REALIZÁNDOLES DIFERENTES TRATAMIENTOS EN SOCOLTENANGO, CHIAPAS. TRATAMIENTOS: PLATICAS DE SALUD BUCAL, LIMPIEZAS DENTALES, OBTURACIONES DE RESINA, OBTURACIONES DE AMALGAMAS Y APLICACIÓN DE FLÚOR.



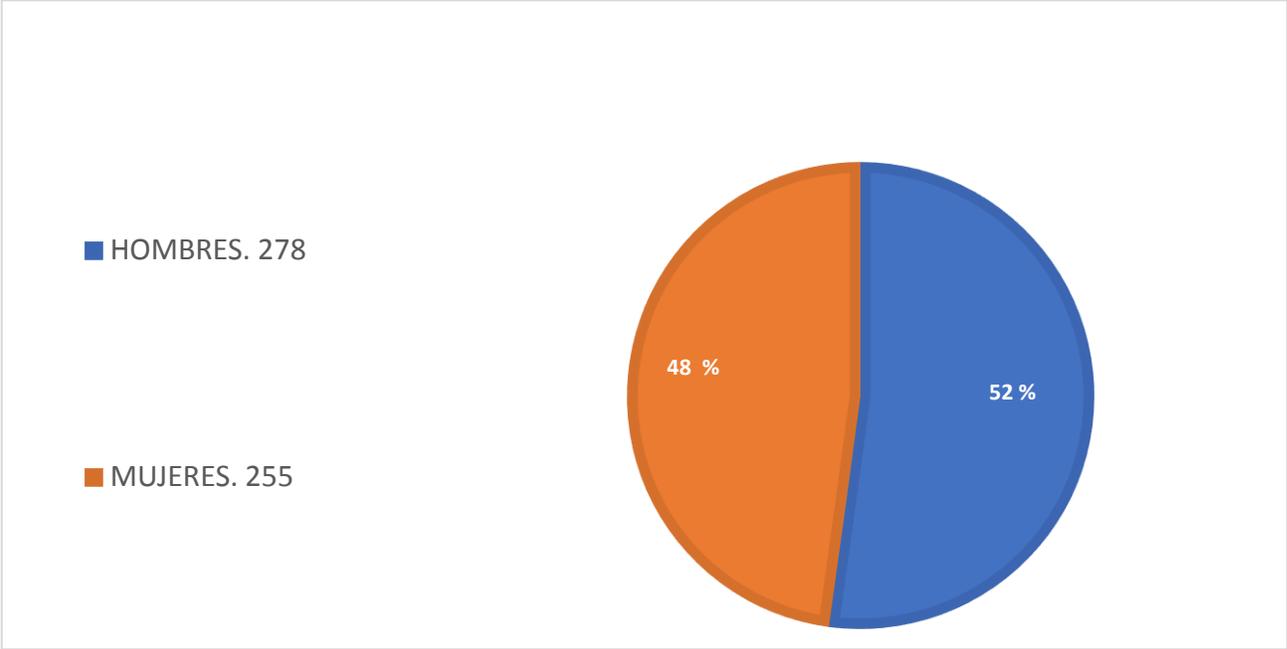
Gráfica 4. TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL MUNICIPIO DE JIQUIPILAS, CHIAPAS. HOMBRES Y MUJERES ATENDIDOS. TOTAL 1582 PERSONAS ATENDIDAS



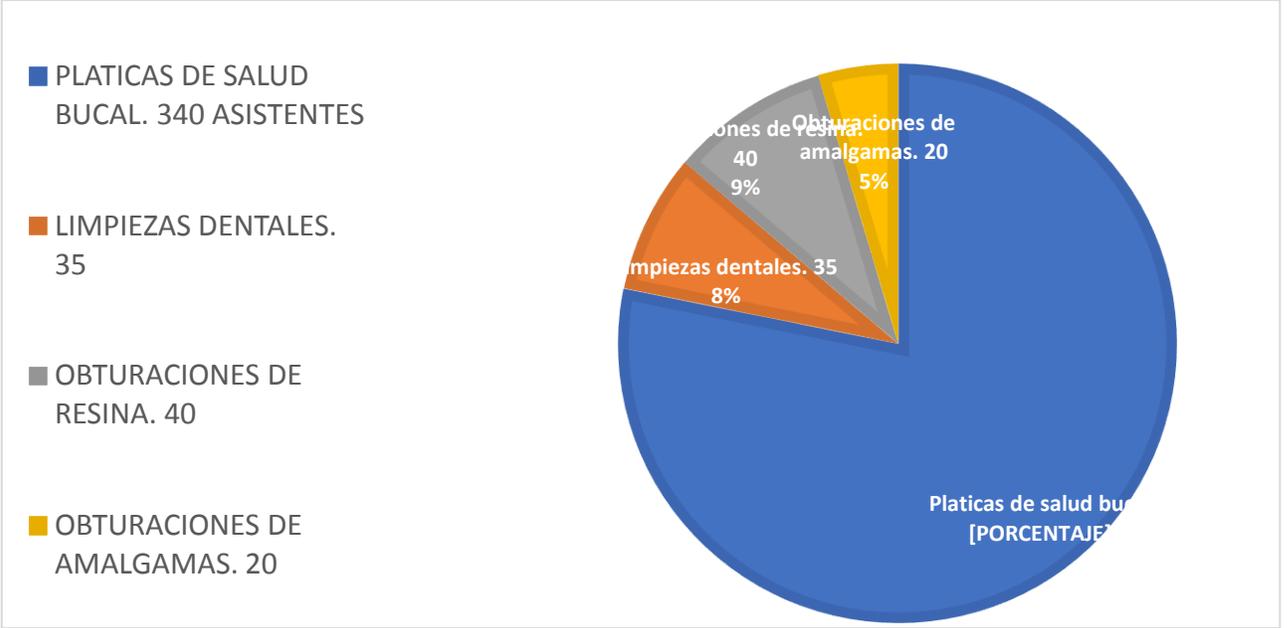
Gráfica 5. TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS EN JIQUIPILAS, CHIAPAS. TRATAMIENTOS: PLATICAS DE SALUD BUCAL, LIMPIEZAS DENTALES, OBTURACIONES DE RESINA, OBTURACIONES DE AMALGAMAS Y APLICACIÓN DE FLÚOR.



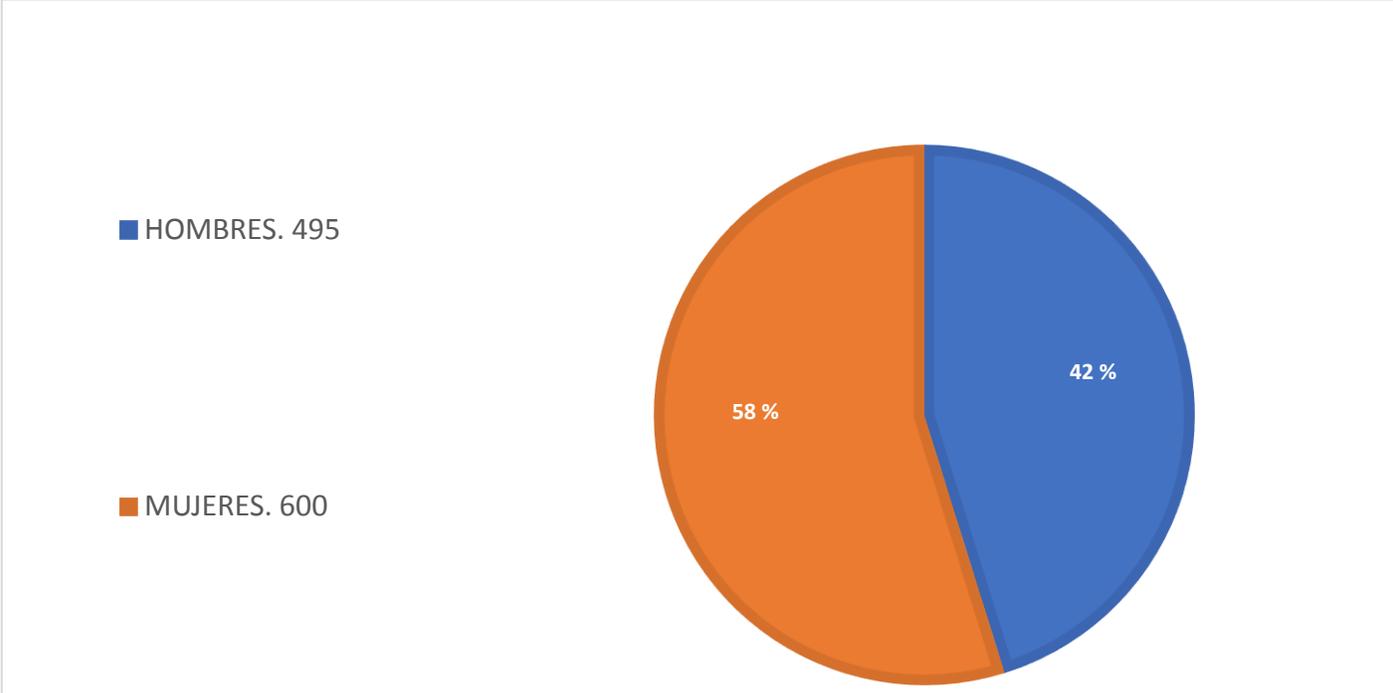
Gráfica 6. TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL MUNICIPIO DE COPAINALÁ, CHIAPAS. HOMBRES Y MUJERES ATENDIDOS. TOTAL 533 PERSONAS ATENDIDAS



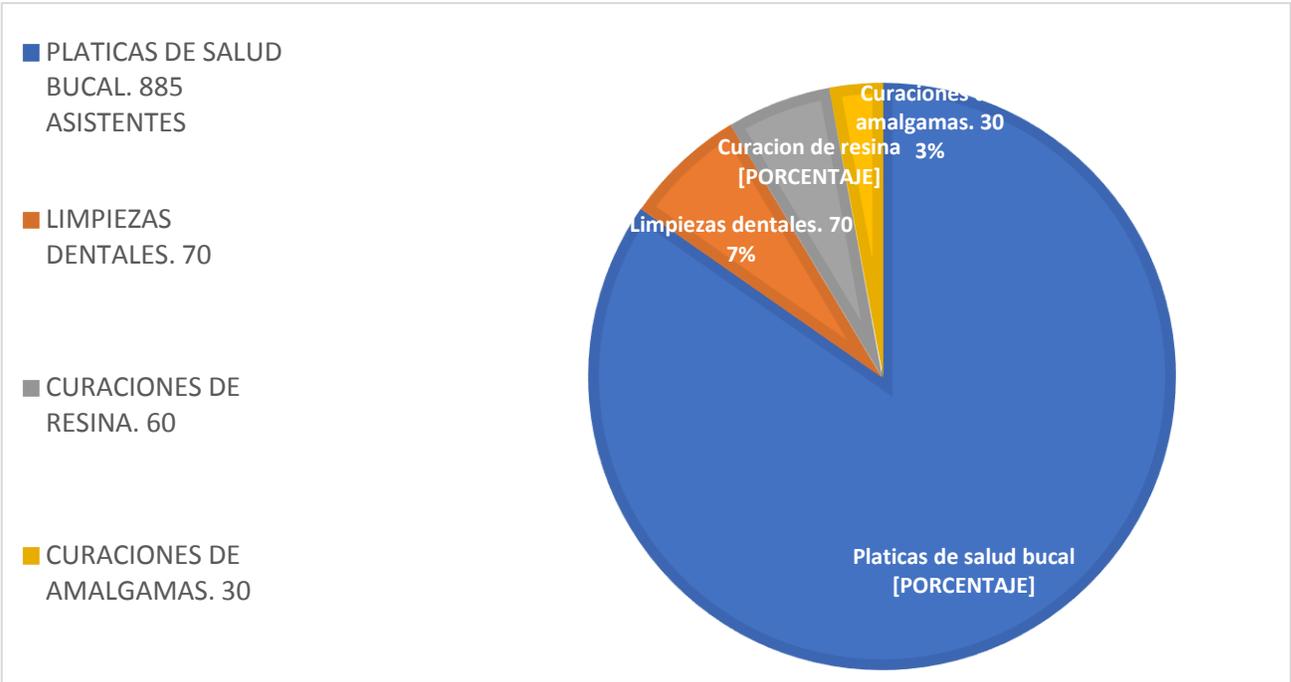
Grafica 7. TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS EN COPAINALA, CHIAPAS. TRATAMIENTOS: PLATICAS DE SALUD BUCAL, LIMPIEZAS DENTALES, OBTURACIONES DE RESINA, OBTURACIONES DE AMALGAMAS.



Gráfica 8. TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL MUNICIPIO DE OSTUACÁN, CHIAPAS. TOTAL 1095 PERSONAS ATENDIDAS



Gráfica 9. TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS EN OSTUACÁN, CHIAPAS. TRATAMIENTOS: PLATICAS DE SALUD BUCAL, LIMPIEZAS DENTALES, OBTURACIONES DE RESINA, OBTURACIONES DE AMALGAMAS.



CONCLUSIÓN.

Conclusión

Es importante prevenir las enfermedades bucodentales, el alto consumo de carbohidratos y la falta de higiene bucal. sobre todo en pacientes de menor edad, cuidar la primera y segunda dentición, para esto contar con una finalidad de obtener una buena técnica de cepillado y con esto llevar una higiene bucal, por ello se propone realizar más actividades de brigadas multidisciplinarias, dentro de estas incluidas las odontológicas, en sus dos vertientes tales como: Platicas preventivas y Acciones curativas de la salud bucal, para que se les explique la técnica de cepillado, tomar en cuenta el enjuague bucal, así como del uso de seda odontológica y cepillarse con frecuencia.

Es por ello que las acciones de las brigadas multidisciplinarias son esenciales para que los pacientes logren conciencia de la importancia que tiene el visitar al profesional de la salud bucal dos veces al año, así como el mantener una buena salud bucal, así mismo, dar a conocer que la salud depende en mayor porcentaje en la iniciativa que tengan ellos mismos, puesto que, a falta de estos, no solo repercute a la salud del paciente, sino también en su estilo de vida. De todos los pacientes que fueron atendidos en las brigadas multidisciplinarias en los municipios de, Socoltenango, Jiquipilas, Copainalá y Ostucán; se encontraron que todos presentaban ausencia de piezas dentales, caries, movilidad dental y problemas periodontales. Por ello, la caries dental es la enfermedad más frecuente de la cavidad oral, afectando los dientes y tanto su presencia como sus efectos, tienden a aumentar en la medida que la edad es mayor, lo que se caracteriza como un verdadero problema de salud pública.

El presente estudio demuestra que la caries es el factor primordial por el cual se realizan extracciones en personas mayores los programas educativos y preventivos, tales como las aplicaciones tópicas de flúor a temprana edad son exitosos para prevenir la caries dental, en la medida que aumentan los conocimientos y mejoran las actitudes.

Es importante tener en cuenta que los conocimientos y las pláticas de la población adulta sean las adecuadas y aunque sus actitudes son favorables con respecto a la higiene bucal, toda vez que la historia de las caries que presentan es preocupante.

FUENTES DE CONSULTA.

Fuentes de consulta

- 1- Operatoria dental: integración a la clínica, barrancos mooney, 4 edición, editorial panamericana pág. 297 capitulo 18(1,2)
- 2- Odontología preventiva y comunitaria principios métodos y aplicaciones, Emile Cuenca Salas, Pilar Vaca García, 3era. Edición, editorial Masson pág. (19-21)
- 3- <http://tipos de caries.com/>
- 4- <http://www.geosalud.com/salud/hilodental.htm>
- 5- <http://www.ycomo.net/belleza-y-cuidado-personal/odontologia/utilizar-el-hilo-dental#ixzz1pKapzamb>
- 6- http://odontologiaestetica.com/limpieza_dental_profecional
- 7- <http://www.salud.com/salud-dental/uso-del-fluor.asp>
- 8- Higashida, Bertha Higashida odontología preventiva facultad de medicina UNAM editorial MC Gram-hill interamericana México 2000.
- 9- Loesche WJ. Importance of nutrition in gingival crevice microbial ecology periodontics 6:245, 1998.
- 10- Hernandez PJR, Tello LT hernandez TFL, Rossette MR, enfermedad periodontal prevalencia y algunas
- 11- Irigoyen M. Zepeda A, Sánchez L. prevalencia e incidencia de caries dental y hábitos de higiene bucal en un grupo de escolares del sur de Ciudad de México. Rev. ADM 2001; 53(3):98-104
- 12- Katz Simón, Et. Al. Odontología Preventiva En Acción 3' edición, Mexico Ed. Medica Panamericana, 1983
- 13- Jiménez Pérez, Juana Manual de Odontología Preventiva. México UNAM, 1989
- 14- Programa de Promoción de la Salud Oral. European Association of Dental Public Health 200, Oral Health Promotion Steering Group, President: L.G. Peterson

ANEXOS.



Directiva del grupo multidisciplinario de las brigadas de la Unicach.



Pasantes de odontología del grupo de brigadas multidisciplinarias de la Unicach.



Médico cirujano general de la asociación, en apoyo a las brigadas multidisciplinarias.



Autoridades y grupo de brigadas multidisciplinarias.



Platicas de salud bucal a los niños y a la población asistente de Socoltenango.



Diversos tratamientos aplicados a los pacientes de Socoltenango.



Platicas de salud bucal a escuelas y población de Jiquipilas.



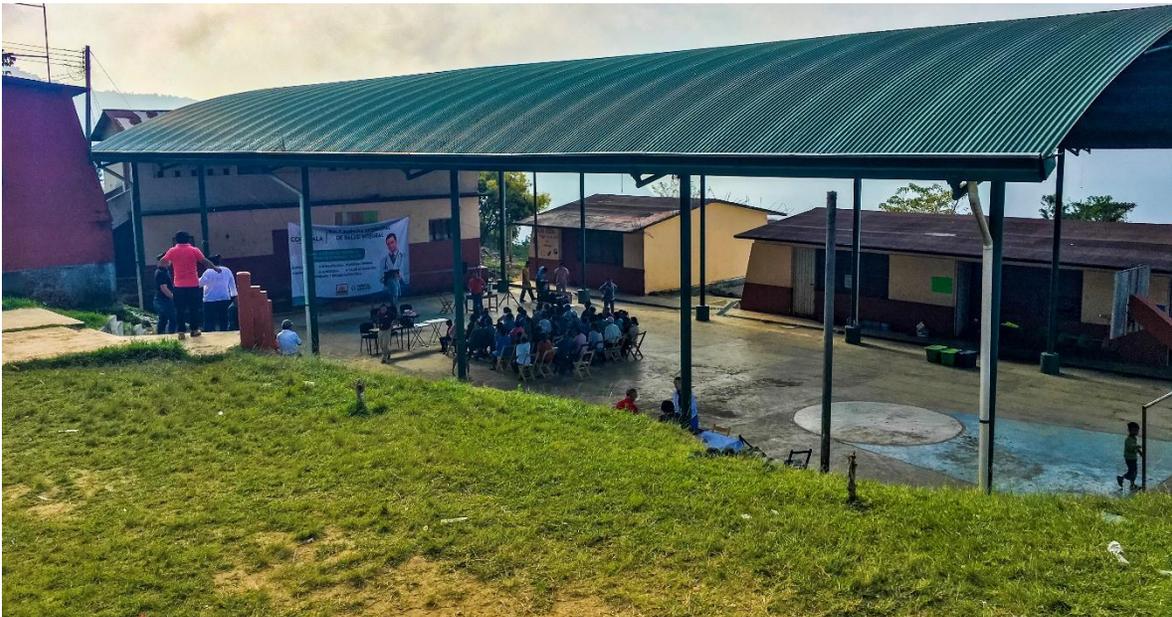
Diversos tratamientos aplicados a los pacientes de Jiquipilas.



Platicas de salud bucal a la población asistente de Copainalá.



Identificación personal del grupo de Brigadas Multidisciplinarias de la Unicach y la asociación Medical Ministry International.



Platicas de salud bucal a la población asistente de Copainalá.



Diversos tratamientos aplicados a los pacientes de Copainalá.



Platicas de salud bucal a la población asistente de Ostucacán.



Diversos tratamientos aplicados a los pacientes de Ostucán.