

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE SALUD PUBLICA
MAESTRIA EN SALUD PUBLICA



**PRACTICA ODONTOLOGICA Y NECESIDADES DE ATENCION DE LA
POBLACION DEMANDANTE EN MODELOS DOCENTE-ASISTENCIALES
DEL AREA METROPOLITANA DE MONTERREY, NUEVO LEON.**

TESIS

**EN OPCION AL GRADO DE MAESTRIA EN SALUD
PUBLICA CON ESPECIALIDAD EN ODONTOLOGIA SOCIAL**

PRESENTAN:

C. D. IRENE ALCAZAR TORIBIO
C. D. MARGARITA MORALES ESPINOSA

MONTERREY, N. L.

NOVIEMBRE DE 1990

TM

RK61

A4

c.1



1080059882



Biblioteca Central
Magna Solidaridad
F. Tesis



UANL
FONDO
TESIS MAESTRIA

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE SALUD PUBLICA
MAESTRIA EN SALUD PUBLICA



PRACTICA ODONTOLÓGICA Y NECESIDADES DE ATENCION DE LA
POBLACION DEMANDANTE EN MODELOS DOCENTE-ASISTENCIALES
DEL ARLA METROPOLITANA DE MONTERREY, NUEVO LEON.

TESIS

EN OPCION AL GRADO DE MAESTRIA EN SALUD
PUBLICA CON ESPECIALIDAD EN ODONTOLOGIA SOCIAL

PRESENTAN:

C.D. IRENE ALCAZAR TORIBIO
C.D. MARGARITA MORALES ESPINOSA

MONTERREY, N. L.

NOVIEMBRE DE 1990

TH

RK61

A4

Monterrey, N. L., Noviembre 26 de 1990.

DR. JOAQUIN ESPINOSA BERMUDEZ, MSP.,
JEFE DE LA DIVISION DE ESTUDIOS DE POST-GRADO
DE LA FACULTAD DE SALUD PUBLICA DE LA U.A.N.L.,
P r e s e n t e . -

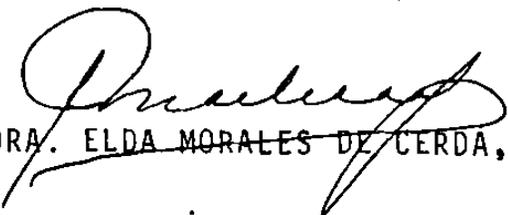
Por este conducto me permito hacer de su co-
nocimiento que la C.D. MARGARITA MORALES ESPINOSA
y C.D. IRENE ALCAZAR TORIBIO

ha (n) concluido bajo mi asesoria la Tesis titulada:
"PRACTICA ODONTOLOGICA Y NECESIDADES DE ATENCION DE LA POBLACION DEMAN-
DANTE DE LOS MODELOS DOCENTE-ASISTENCIALES DEL AREA METROPOLITANA DE -
MONTERREY, NUEVO LEON, MEXICO"

para la obtención del Grado de Maestro en Salud Pública con
ESPECIALIDAD EN ODONTOLOGIA SOCIAL
a fin de que este sea turnado al Comité de Tesis de esa Di-
visión.

Sin otro particular, me es grato extender la
presente.

A t e n t a m e n t e ,


DRA. ELDA MORALES DE CERDA, MSP.

ma.



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE SALUD PUBLICA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

SALVATIERRA Y YURIRIA TELS. 48-60-80 y 48-43-54 COL. MITRAS

MONTERREY, N. L. MEXICO



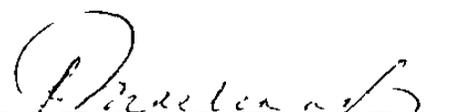
DICTAMEN DEL COMITE DE TESIS

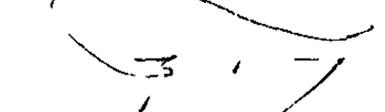
El Comité de Tesis de la División de Estudios de Post-Grado, acordó A P R O B A R la Tesis para la obtención del Grado de la Maestría en Salud Pública con ESPECIALIDAD EN ODONTOLOGIA SOCIAL titulada "PRACTICA ODONTOLOGIA Y NECESIDADES DE ATENCION DE LA POBLACION DEMANDANTE EN MODELOS DOCENTE-ASISTENCIALES DEL AREA METROPOLITANA DE MONTERREY, NUEVO LEON.

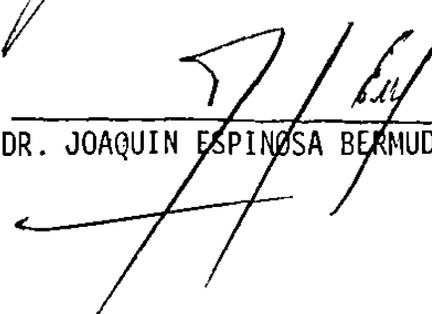
presentada por C.D. IRENE ALCAZAR TORIBIO Y
C.D. MARGARITA MORALES ESPINOSA

asesorada por DRA. ELDA H. MORALES DE CERDA, MSP.

A t e n t a m e n t e,
Monterrey, N.L., 3 de Diciembre de 1990.
"ALERE FLAMMAM VERITATIS"


DRA. ELDA H. MORALES DE CERDA, MSP.


DRA. LIRIANA TIJERINA DE MENDOZA, MSP.


DR. JOAQUIN ESPINOSA BERMUDEZ, MSP.

mjam.

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE SALUD PUBLICA
MAESTRIA EN SALUD PUBLICA

PRACTICA ODONTOLÓGICA Y NECESIDADES DE ATENCIÓN DE LA
POBLACION DEMANDANTE EN MODELOS DOCENTE-ASISTENCIALES
DEL AREA METROPOLITANA DE MONTERREY, NUEVO LEON.

T E S I S

EN OPCION AL GRADO DE MAESTRIA EN SALUD
PUBLICA CON ESPECIALIDAD EN ODONTOLOGIA
SOCIAL

P R E S E N T A N:

C.D. Irene Alcázar Toríbio

C.D. Margarita Morales Espinosa

Monterrey, Nuevo León. Noviembre 1990.

Asesores:

C.D. ELDA MORALES DE CERDA, MSP.

C.D. LILIANA TIJERINA DE MENDOZA, MSP.

Consultor de Estadística :
LIC. NUT. JUAN JOSE GARZA MATA

A MIS PADRES MARGARITA Y SERGIO.
A MIS TIAS MARIA GILMA Y BERENICE.
A MIS PRIMOS GLAVER, CARLOS Y CRISTHIAN.
A MIS HERMANOS Y AMIGOS.

SIN USTEDES NO SE HUBIESE HECHO REALIDAD.

CON TODO MI AMOR,

MARGARITA.

CON MUCHO CARINO A MIS PADRES, ANTONIO
Y VICTORIA, POR EL APOYO QUE SIEMPRE ME HAN
BRINDADO.

A MIS HERMANOS Y AMISTADES POR ESTAR
SIEMPRE A MI LADO.

LOS QUIERO MUCHO.

IRENE

AGRADECEMOS DE MANERA ESPECIAL AL PERSONAL
MEDICO Y ADMINISTRATIVO DE LOS MODULOS --
DENTALES DE LA SECRETARIA ESTATAL DE SALUD
Y DEL PROGRAMA GUADALUPE, POR LAS FACILI -
DADES OTORGADAS PARA REALIZAR ESTA INVES -
TIGACION. AL IGUAL QUE A TODAS LAS PERSO -
SONAS QUE CONTRIBUYERON EN LA ELABORACION
DEL PRESENTE TRABAJO. A TODOS ELLOS

MIL GRACIAS

I N D I C E

	Pag.
I N T R O D U C C I O N	
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
II. MARCO TEORICO	9
III. HIPOTESIS	28
IV. MATERIAL Y METODO	29
V. PRESENTACION DE RESULTADOS	26
VI. CONCLUSIONES	48
VII. RECOMENDACIONES	54
BIBLIOGRAFIA	55
A N E X O S	

I N T R O D U C C I O N

Como todas las carreras del área de la salud, la odontología - tiene sus raíces históricas en la necesidad social de la salud bucal de las comunidades. En las últimas décadas la perspectiva de esta ciencia médica ha buscado incrementar la cobertura de los servicios y aumentar la participación de este tipo de -- profesional, en estrategias que colaboren a mejorar la salud de la población. No obstante, la falta de planificación en el crecimiento de la población, provocó un desborde en el proceso de necesidades de atención odontológica.

En una sociedad compleja como la nuestra, cada profesional tiene tareas que le son inherentes, así la actividad más general de los cirujanos dentistas es la de identificar plenamente aquellas necesidades de salud bucal en la comunidad y buscar las - estrategias específicas y adecuadas para cubrirlas.

El presente estudio es una continuación de la investigación realizada por el grupo de Maestría en Salud Pública con Especialidad en Odontología Social Generación 1990.

De igual manera, se estudia la práctica odontológica y las necesidades de atención del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León; pero en esta ocasión el universo a estudiar fué la - población demandante de los Modelos Docente-Asistenciales.

El objetivo principal fué implementar un instrumento de medición para las necesidades de atención odontológica de fácil manejo. Además se identificó la influencia de la práctica odontológica y el grado de satisfacción de la población demandante para con el servicio ofrecido en los Modelos.

Entre los resultados del presente estudio, se encontró que aún

cuando la población demandante está en proceso de atención odontológica en los Modelos Docente-Asistenciales, el 83% de las personas examinadas tenfa necesidad de tratamientos de tipo curativo, el 71.5% de preventivo y 52.8% de la población adulta necesitaba aparatología protésica.

Consideramos que con el apoyo del instrumento de medición formulado para este efecto, nos hemos acercado un poco más a la definición e interpretación del problema de las necesidades de atención odontológica que tiene la sociedad mexicana a través de una muestra que ofrece representar la situación en nuestro medio.

A continuación se presenta con detalle esta investigación.

I.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La profesión odontológica como cualquier otra profesión está constituida por un grupo de personas que dedican su tiempo al desempeño de actividades comunes, esta ocupación o práctica social de la profesión, ha llegado a ser institucionalizada, legitimizada y por lo tanto tiene propósito de lucro, subsistencia y prestigio para los individuos que la practican.

En México, la práctica odontológica dominante es la privada, caracterizada por actuar frente a la demanda. Además sus acciones se limitan al servicio mutilatorio y protésico, mientras que el alto costo de materiales y tecnología aleja del servicio cada vez a mayor población.

Esta práctica es ya ineficiente debido por una parte por desarrollarse sobre la unidad diente, y por otra, porque no existe una sistematización de tiempo y movimientos durante la atención bucal. Limitando de esta manera la cobertura de la atención odontológica. (Cfr. Huerta, 1987, Págs. 1,7,8).

En la actualidad existen necesidades muy elevadas de atención odontológica, cerca del 90% de la población requiere estos servicios. (Cfr. López, 1983, Pág. 23).

Por otra parte cabe destacar que las necesidades de atención varían de acuerdo a una serie de elementos que las propician o bien las detienen, entre tales elementos están el rango de

edad, el nivel sociocultural, el acceso económico a cierto tipo de servicios, el sexo, la dieta que consume, la fluoración del agua, entre otros.

En el caso de la odontología se manifiestan las necesidades en antecedentes de atención que la población recibe.

En este sentido se puede citar como ejemplo que, aquellas poblaciones que tienen acceso a la Odontología de alto nivel, -- deben presentar necesidades muy bajas de atención y aquellos sectores de la población que pueden solo acceder económicamente, la atención de un odontólogo de práctica general, tendrán una prevalencia e incidencia mayor, de necesidades de atención.

La profesión enfrenta hoy un problema mayor en las necesidades de salud de la población, la práctica odontológica se encuentran en crisis, ya que ésta se ha desarrollado hasta ahora -- dentro de los marcos de una profesión liberal, asumiendo ideas y creencias distintas, en la mutilación del diente y no en la prevención. (Cfr. López, 1983, Pág. 22).

Pero también hay que reconocer que hay una escasa demanda de esta atención por parte de la población, ocasionada por factores culturales, sociales y económicos.

De estos factores el que juega un papel importante es la oferta y la demanda a la cual se encuentra sujeta la profesión odontológica, limitada sólo para quienes pueden pagar los hono-

rarios del profesional. (Cfr. López, 1983, Pág. 3).

Como una alternativa a esta práctica odontológica en el área metropolitana de Monterrey, Nuevo León, se cuenta con Modelos Docente-Asistenciales en los cuales: docentes, alumnos y pasantes de la carrera de Cirujano Dentista, ofrecen atención odontológica, brindando tratamientos integrales a un bajo costo y aumentando así la cobertura del servicio odontológico.

De ahí que nos proponemos investigar:

¿ Cuáles son las necesidades de atención odontológica de la -- población demandante de los Modelos Docente-Asistenciales?.

¿ De qué manera la práctica odontológica de los Modelos Docente-Asistenciales ha modificado el tipo de demanda de su población?

¿ Qué grado de satisfacción tiene el servicio que se ofrece -- para la población demandante de los Modelos Docente-Asistenciales ?

Estudios epidemiológicos en México indican que más del 90% de la población tiene lesiones cariosas, problema al que tendríamos que agregar las parodontopatías, maloclusiones y las anomalías congénitas. (Cfr. Huerta, 1987, Pág. 7).

En 1990 un estudio realizado en el área metropolitana de Monterrey, Nuevo León, se encontró que el 93% de la población ha tenido o tiene necesidad de tratamiento odontológico, como consecuencia de la caries dental. En lo que respecta a las parodontopatías, el 86% de la población mayor de 15 años tiene algún grado de lesión parodontal. (Cfr. Alcázar, et.al.1990,- Pág. 66).

Por lo antes mencionado, un alto porcentaje de la población necesita atención odontológica, ya sea de primera vez o subsecuente. El no satisfacer estas necesidades trae consigo consecuencias que van desde molestias, dolor e inclusive la pérdida de las piezas dentales; esto último puede a la vez originar dificultad en la masticación y estética, trascendiendo al funcionamiento general del organismo que puede llegar hasta sus últimas consecuencias al presentarse infecciones del tipo de la septicemia que termina en muerte para el individuo.

El odontólogo debe ser capaz de cubrir estas necesidades teniendo como base su formación profesional, haciendo énfasis en el manejo adecuado de recursos humanos, materiales y tecnológicos; sin omitir la importancia de la investigación y la preparación constante, para poder brindar un mejor servicio a la comunidad.

Una solución que permite a la población lograr un mayor accesibilidad al servicio odontológico es el concepto de Simplificación en Odontología, el cual se ha hecho práctico en América Latina; México, Brasil, Venezuela, República Dominicana, Guatemala.

Estos sistemas de atención odontológicos buscan proporcionar atención a sectores marginados de la población y a la vez constituyen experiencia de aprendizaje para estudiantes de Odontología quienes así se preparan para laborar de acuerdo a formas mejoradas de trabajo odontológico, y con un mayor conocimiento de la realidad socio-epidemiológica de la población.

Es por esta razón que nos hemos propuesto investigar las necesidades de atención de la población demandante de los Modelos Docente-Asistenciales, la manera en que la práctica odontológica ha modificado la demanda de su población y el grado de satisfacción de la población demandante para con el servicio ofrecido en estos Modelos.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar las necesidades de atención odontológica de la población demandante en Modelos Docente-Asistenciales.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar las necesidades de atención odontológica de la población por grupos de edad.

Jerarquizar las necesidades de atención de la población.

Conocer el grado de satisfacción de la población demandante -- para con el servicio ofrecido en los Modelos Docente-Asistenciales.

Implementar un instrumento de medición de fácil manejo para -- valorar las necesidades de atención odontológica de la población.

Disponer los resultados obtenidos al servicio de las Instituciones Docente y Asistenciales.

II. MARCO TEORICO

La Práctica Odontológica en México

Para describir la práctica de la odontología se presentan dos aspectos fundamentales; la formación de los recursos humanos y la prestación de los servicios.

La educación pública universitaria en México, esto es, el subsistema universitario actual, cubre al 95% de la población estudiantil en el nivel superior, "es en sí, el más rico de los sistemas educativos, y ha sido por mucho tiempo la educación por excelencia..." Centra su atención en tres funciones sustantivas: la investigación, la docencia y la difusión de la cultura y otras adjetivas como la planeación de la educación superior, el servicio a la comunidad, entre otras. (Cfr. Malo, 1980, Pág.37).

El papel de la escuela se concibe entonces preparatorio para los requerimientos de la sociedad, así como para modelar su responsabilidad, de tal forma que los egresados se incorporen al orden social establecido y desde ahí, propongan y promuevan cambios significativos en las estructuras sociales. (Cfr. Aranda, 1989, Págs.11,22).

Las escuelas de odontología, se han ubicado al igual que las universidades a que corresponden, siguiendo la tendencia de la concentración económica; en la ciudad de México funcionan 9 escuelas, 25 se localizan en capitales de estados y 8 se --

encuentran en poblaciones que presentan altas concentraciones de población.

La formación de recursos humanos presenta dos situaciones importantes de considerar, por una parte hay un crecimiento explosivo del número de profesionales, por otro lado estos profesionales están siendo formados para mantener y reproducir el mismo modelo de atención odontológica que ha demostrado ser muy poco efectivo para la solución de problemas sociales.

(Cfr. López, 1979, Págs. 7,8).

Toda profesión se cristaliza en una práctica más o menos delimitada, en la práctica odontológica se configuran tres tipos; la decadente, la emergente y la dominante, de acuerdo a una taxonomía esbozada por Willians y Guevara Niebla.

Se considera como decadente a todo rasgo de la práctica odontológica, que ha sido efectiva en el pasado, pero que todavía se halla en actividad dentro del proceso cultural, esto es todo procedimiento que ha pesar de tener largo tiempo, en la actualidad, poco a poco va siendo sustituido por la práctica emergente y matizado por la dominante. La manera como se proyecta esta práctica es la denominada odontología mutilatoria.

La práctica odontológica emergente es aquella que es realizada no sólo como una cuestión de práctica inmediata sino que depende fundamentalmente del descubrimiento de nuevas formas, es propiciada por el avance científico del área, así como por

el surgimiento de los modelos de atención odontológica innovadores. Por ello, la práctica de este tipo sucede por una serie de procedimientos prácticos, que son generados para la solución de problemas de manera inmediata, o bien, por el afán de profesionales al ir haciendo una práctica más fácil y menos traumática para el paciente.

La práctica dominante es la que se realiza con mayor frecuencia por los profesionistas, ante el reclamo de las personas que solicitan el servicio; este tipo de práctica es el rasgo distintivo y comparativo en todo orden social. La práctica configurada por un lado, por los requerimientos de salud bucal de la comunidad, y por otro, por la serie de productos existentes en el mercado para la realización de la demanda de servicios odontológicos. (Cfr. Aranda, 1989, Págs. 39,42).

Los servicios odontológicos en México se proporcionan por los profesionales que egresados de alguna universidad practican en forma privada o como parte de alguna institución estatal o paraestatal, o bien por aquellos que no habiendo obtenido grado universitario, se han formado empíricamente y practican como tales.

En cualquiera de los casos anteriores, la forma predominante de organización para el otorgamiento de los servicios está representada por el odontólogo (o empírico) que trabaja solo junto al " sillón dental ", teniendo a veces una persona

que sin preparación formal le auxilia en sus labores, utiliza equipo e instrumental tradicionales, sofisticados y de importación. Los servicios que se proporcionan son en la mayoría - de las veces los que el paciente solicita, teniéndose con esto pocas posibilidades de llegar a un diagnóstico adecuado.

Entre los servicios que predominan en forma masiva están los de mutilación y reconstrucción, atacando las últimas etapas de la enfermedad. Es poco frecuente encontrar prácticas dirigidas a la protección específica o al diagnóstico y tratamiento precoz de esas enfermedades. (Cfr. López, 1979, Pág. 1).

La práctica odontológica dominante con su correspondiente modelo para la prestación de servicios odontológicos descrita - para México, no ha sido privativa de este país, la situación con algunas variantes se ha presentado en forma bastante precisa para la mayor parte de países de este continente.

Esto explica la escasa demanda de servicio odontológico ya -- que los ingresos de la población están dirigidos a la satisfacción de necesidades de mayor prioridad.

Se ha originado un movimiento internacional que plantea diversas modalidades, siempre con el propósito de modificar los -- modelos de servicio dominante, que presentan características generales comunes.

La Simplificación en la Odontología.

La simplificación parece devenir del hecho de que la odontología contemporánea, producto y partícipe del sistema social -- propio de América Latina, conlleva como componentes fundamentales una serie de aditamentos superfluos y por lo tanto innecesarios, lo que lleva a un aumento del costo de ganancias derivadas de su uso.

La simplificación sería el producto del proceso del análisis crítico de todos los componentes de la odontología que elimina aquellos que no son indispensables para realizar una función -- con alta eficiencia y eficacia; hacer simple lo sofisticado -- que es altamente compuesto y sencillo lo que por igual razón -- es muy complejo.

Sus propósitos son: aumentar la cobertura; inferir los fenómenos indeseables de salud bucal en la etapa más temprana que -- sea posible; incrementar la calidad de los servicios odontológicos; incorporar a la población al quehacer odontológico como sujeto-objeto del mismo; hacer todo eso al costo más bajo posible y eliminar las diferencias de clase social en la atención odontológica. (Cfr. Menéndez, 1979, Pags.1,4,5).

Como denominador común se propone el que los servicios se fundamenten en la investigación de la realidad epidemiológica en su más amplio concepto -proceso salud-enfermedad- y en --

la formación de nuevos recursos que se relacionen con el desarrollo de este proceso.

Con ésto, tanto las instituciones de servicio como las formadoras de recursos humanos que participan en este movimiento - han tomado como pilares para sus programas a la investigación al servicio y a la docencia.

Los cambios más concretos tendientes a la modificación de la práctica dominante, se están dando en las áreas de los recursos humanos, físicos, técnicos y administrativos.

En los recursos humanos se intentan cambios en todos sus diferentes tipos, en el nivel de Licenciatura se propone que ésta se encargue de organizar equipos de diferentes tipos de personal que trabajando en conjunto lleven a cabo las acciones que hasta ahora han sido encomendada al profesional solo, así como que incluyan una buena parte de las que han sido delegadas, por abandono al especialista.

Se propone la inclusión de nuevos tipos de personal: auxiliar y técnico.

En el área de los recursos físicos se proponen cambios en los equipos, el instrumental y material, simplificar el equipo, - eliminar instrumental y encontrar el de múltiples usos. En material se estudia la posibilidad de eliminar los muy caros. utilizando otros y otras técnicas. (Cfr. López, 1979, Págs.,-

9,10).

El sillón odontológico consiste en un componente ajustados a las necesidades particulares, siendo como parte de ello funcional, cómodo, estético y de muy bajo costo; al eliminarsele todo lo innecesario, queda sin movimiento y en una posición casi horizontal de tal manera que más que sillón comienza a transformarse en una cama clínica para el trabajo odontológico.

La lámpara odontológica también deja de ser algo complejo y sofisticado, para tornarse en un componente funcional y - - estéticamente agradable, se constituye en una lámpara fija - o con movimientos esenciales, la cual generalmente provee de iluminación a un sitio específico de la cama clínica, suficiente para el apropiado trabajo odontológico.

Un grupo de camas clínicas odontológicas y el recurso humano que en ella trabaja se colocan alrededor de un mostrador, en su interior hay un espacio en el cual se mueve un auxiliar - que ayuda a todos los núcleos de trabajo; dispone de gavetas y compartimentos destinados a guardar en forma ordenada y a tener a disposición de todo el personal enseres como equipo, - instrumental, materiales y otros. La parte superior del - - mostrador constituye la mesa o bracket y en ella puede estar incorporado el lavamanos y sobrepuestas a un lado las piezas de mano de alta y baja velocidad, jeringa triple y succionador.

Estos sistemas de atención odontológica simplificada emplean técnicas simplificadas tales como: tratamientos por cuadrante, procedimientos a cuatro y seis manos.

Este personal es formado en el servicio, en un proceso de aprendizaje teórico-práctico.

La coordinación de un grupo de recursos humanos trabajando en el sistema de atención odontológico, puede estar a cargo de un solo odontólogo, quien orienta y coopera a la realización de todas las funciones de ese personal, reservándose para él aquellas que por su complejidad y baja frecuencia, él está mejor preparado para resolverlas. (Cfr. Menéndez, 1979, Pág. 6).

En el área de recursos técnicos se pretende la búsqueda y utilización de técnicas de protección específica: utilización de selladores de fosetas y fisuras, aplicación de fluoruro tópico.

El nivel de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno acarrea un cambio de conducta de la profesión para no esperar al paciente que acude a recibir tratamiento generalmente para etapas tardías de su enfermedad, sino buscar a la población para detectar sus problemas en estadios tempranos o mejor aún antes de que las enfermedades se presenten. (Cfr., López, 1979, Págs. 10,11).

La Explicación para Determinar el Instrumento de Medición.

Para medir los problemas en odontología sanitaria de una comunidad o en otros términos, el grado de salud bucal, se tiene a la mano diferentes índices o unidades de medida, cada uno de ellos adaptado a las características de la enfermedad a evaluar. No existe un índice de salud bucal sino varios índices relativos a los diferentes problemas que competen al odontólogo.

Los índices son una serie de proporciones y medidas que determinan la aparición de ciertos hechos en un individuo o una comunidad, en este último caso, los índices bucales en odontología nos dan una panorámica individual o general del estado de salud bucal de un individuo o población. (Cfr. Chaves, 1962 - Pág.34)

La utilidad de los índices desde el punto de vista epidemiológico, es para tener idea de la extensión del problema en una comunidad, sin preocuparnos específicamente por la solución del mismo; presupone un diagnóstico de la enfermedad o la identificación de signos objetivos correspondientes a una o más enfermedades.

Un índice nos presenta la morbi-mortalidad de una enfermedad en una sola dimensión de las necesidades de atención. La otra dimensión igual o más importante, es el aumento en la

complejidad relativa del tratamiento como consecuencia de la -
lesión inicial que abarca proporciones cada vez mayores de la
estructura dental. Podemos decir que la morbilidad crece en -
proporción aritmética mientras que las necesidades crecen en -
proporción geométrica. La morbilidad tiene una dimensión: es
aditiva, la necesidad de tratamiento tiene dos dimensiones: es
multiplicativa.

El estudio de las necesidades de atención presupone un paso --
adelante del diagnóstico: el que conduce a la indicación del -
tratamiento.

El método directo de medición de las necesidades es el que - -
tiene presente en el momento del exámen, la indicación del - -
tratamiento necesario y no tan solo el diagnóstico de la enfer-
medad y la identificación de sus signos aparentes. Equivale -
al exámen ordinario que hace el odontólogo a sus pacientes.

Un método de medición directa es la encuesta de tipo inmediato
sobre las necesidades dentales de una población: se examina a
una población entera o una muestra de representativa de la --
misma, en un mismo día o en un período corto con el fin espe-
cífico de obtener información sobre las necesidades de trata-
miento existentes. (Cfr. Chaves, 1962, Pág. 77).

"El diagrama es la forma tradicional en que los dentistas nos
hemos acostumbrado a registrar los datos relativos a los exá-
menes dentales, desde los tiempos de la Facultad. Así frente

a ésta figura cualquier dentista sabría cómo marcar las lesiones mesiales en incisivos superiores o inferiores. Sin embargo, si en una encuesta epidemiológica intentamos dictar el exámen a una persona, muchas veces lega en el asunto, no resultaría muy fácil explicarle que la cara mesial del diente No.8 es la derecha en tanto que en el diente No. 9 es la izquierda". - (Cfr. Chaves, 1962, Pág.98).

El instrumento utilizado en la investigación "Práctica Odontológica y Necesidades de Atención de la Población del Area Metropolitana de Monterrey, N.L. por Estrato Socioeconómico"; -- fue un odontograma con su simbología, la cual fue insuficiente para medir las necesidades, por lo cual el instrumento propuesto en ésta investigación también consta de un odontograma pero se le ha añadido más simbología que permite indicar adecuadamente las necesidades y hacer más sencilla su posterior codificación, para su fácil tabulación.

Las Necesidades de Atención Odontológica.

La prevalencia de las necesidades de tratamiento en un país o región en un momento dado, será en función de un gran número de variables independientes que actúan durante todo el período anterior de la vida de la población en cuestión, más las que actúan en ese momento. Por lo tanto se puede decir que este problema es bidimensional:

La morbilidad, la cual nos permite entender mejor el problema, sobre todo si se analiza la historia natural de la enfermedad en los hallazgos del estudio; y el grado de atención que está determinada por toda la historia del tratamiento anterior de las necesidades, en sus aspectos cuantitativos y cualitativos (Cfr. Chaves, 1962, Pág. 83).

Desde el punto de vista de la cantidad tendríamos que saber: - la periodicidad con que recibió el tratamiento y si en el tratamiento se le dió todo lo que necesitaba y fué del tipo más - indicado.

Desde el aspecto de la calidad, habríamos de saber si el trabajo realizado, fué del tipo más indicado, con el mejor patrón técnico posible y usando el material más adecuado.

En resumen, el grado de atención tiene cuatro componentes: intervalos entre los tratamientos, tipos de servicios prestados técnica y materiales.

Los factores diversos que influyen en las necesidades de tratamiento; la edad y la susceptibilidad, son los factores más importantes que influyen en la morbilidad.

La edad es el factor omnipresente para influir en las necesidades de tratamiento en la morbilidad: el período de gran - - actividad de la caries hasta los 20 años, el de disminución - de 20 a 35 años, y el de periodontopatías de 35 en adelante. Además la edad actúa en el grado de atención, cuanto mayor - .

sea la edad más alta resulta la presencia de períodos largos - de desatención o de deterioro de los trabajos de duración limitada, que exigen sustitución por otros más complejos.

La influencia del sexo en lo que se refiere a morbilidad es - reducida, por lo general el sexo femenino dedica mayor cuidado a la dentadura.

Bajo el título de factor socioeconómico ejerciendo influencia en el grado de atención se comprenden: a) Nivel socioeconómico o ingreso de la familia, número de personas que la constituyen; b) Nivel educativo, en relación al grado de educación para la salud, capacidad para seleccionar profesionales; c) - Clase social; presentación de la dentadura que es de esperar en el medio al cual el individuo pertenece, competencia para el logro de empleos en los que importa la apariencia; d) Cultura; conceptos del grupo sobre estética facial, valor atribuido a los dientes. (Cfr. Chaves, 1962, Pág. 89-91).

La influencia ejercida sobre las necesidades por la calidad - del tratamiento es enorme.

"Tres pacientes con idéntica morbilidad y que reciben tratamientos anuales con regularidad, pero uno de ellos con un -- dentista muy bueno, otro con un dentista medio y otro con un mal dentista, tendrán en la edad adulta, necesidades diferentes. El primero, en el período de relativa inactividad de la

caries, después de 20 años y antes de ser afectado por enfermedades degenerativas del parodonto (pudiendo suceder incluso que no sea afectado por estas afecciones) podrá por años presentar pequeñas necesidades de tratamiento. Esas necesidades obedecerán, en parte, a nuevas superficies atacadas y en parte a deficiencias en los materiales. El paciente del dentista medio aún en el mismo período de inactividad de la caries, presentará quizás problemas un poco más serios, una obturación -- caída, recidiva de caries afectando la pulpa, infecciones periapicales, coronas, puentes fijos, removibles y finalmente dentadura. El paciente del mal dentista, como es natural, tendrá sus necesidades siempre aumentadas por la mala calidad de los trabajos que requerirán ser sustituidos a cada momento por -- otros todavía más complejos y de menos expectativa de duración." (Cfr. Chaves, 1962, Pág. 79).

De acuerdo con los índices de caries, a los 12 años la población requiere un promedio de siete obturaciones por persona -- las cuales en caso de no efectuarse aumentan, con el paso del tiempo, en su número y cambian en cuanto a aspectos cualitativos de obturaciones a necesidades de extracciones, tratamiento de endodoncia y prótesis. En relación a las enfermedades periodontales, de los 25 años en adelante se estima que cuando -- menos una de cada tres personas requieren algún tipo de tratamiento.

La demanda para la atención de estas necesidades va más en fun-

ción de la capacidad de pago por los servicios que de las necesidades reales de la población, ésto ocasiona que halla una -- palpable diferencia entre las diferentes clases sociales. (Cfr. López, 1979, Págs. 1,2).

Una Experiencia de la Investigación de Necesidades y Satisfacciones de Atención Odontológica.

En la investigación "Práctica Odontológica y Necesidades de -- Atención de la Población del Area Metropolitana de Monterrey, N.L., por Estrato Socioeconómico", la población que se estudió correspondió a 253 individuos distribuidos en 64 familias. Según sexo se encontraron 108 hombre y 145 mujeres, de los cuales 139 pertenecían al estrato socioeconómico bajo, 97 al estrato medio y 17 al estrato alto. Esta población distribuida por -- edad, se encontró el mayor porcentaje en los niños representado por el 27.7%, es decir, una tercera parte de la población es menor de 14 años; los jóvenes representan un 23.3% en la -- edad de 15 a 24 años, el conjunto de estos dos grupos forman el 50.3% de la población. El resto está distribuido en un 41% de la población adulta y 8.7% mayores de 55 años.

A continuación se describirán los resultados del examen realizado a la población en estudio, respecto a las necesidades de atención sin cubrir por grupos de edad; con fines explicati --

vos, se decidió que las variadas y diversas formas de actividades que contiene el tratamiento odontológico, se agruparon - - como sigue: preventivos, de obturación, endodónticos, periodon-
tales y de prótesis.

Las necesidades no cubiertas con tratamiento de tipo preventivo presentan al 62% de los niños menores de 14 años que necesitan - - de selladores de fosetas y fisuras en las caras masticatorias de los dientes posteriores sanos para ayudarlos a prevenir - - caries dental. Las aplicaciones tópicas de fluoruro, otro procedimiento considerado como preventivo presentó el 71.4% de -- los niños de 3 a 14 años, quienes aseguraron no tener este - - tipo de tratamiento.

El profiláctico es más frecuente su necesidad en niños presentándose en un 71.4% en menores de 14 años y en adultos el - - 69.4% necesita profiláctico mientras el 30.6% requiere procedimiento de detartraje y/o curetaje periodontal.

La siguiente agrupación es el grupo de los diferentes tipos de obturación encontrándose que 64.2% de la necesidad de obturación era de amalgamas en una sola cara del diente, el 19.1% -- del mismo tipo pero en más de una cara, el 6.1% correspondió - a obturaciones que se necesitan en dientes anteriores en las - que se utilizan resinas y el 5.3% necesitan coronas tres cuartos y/o completas de los diferentes materiales. El 3.1% de los dientes deciduos necesitaban ser restaurados con coronas de -- acero. Finalmente el 2% necesitaban incrustaciones.

El tratamiento endodóntico se encontró que el 21.3% requería - pulpotomía en los dientes deciduos afectados y el 78.7% correspondía a tratamientos de conductos en dientes permanentes.

El tratamiento periodontal por cubrir fue de necesidad de de-- tartraje el 57.4% y el curetaje el 31.7% y el 10.9% se recomendó cirugía periodontal.

El tratamiento de rehabilitación odontológica comprendido en - la instalación de prótesis, tiene cuatro tipos: prótesis fija indicada en su mayoría para pacientes jóvenes con buen soporte dentomucoso, la necesidad por cubrir fue del 45.7%; de prótesis removible el 26.7% indicada en ausencia de dientes bilaterales el 12.9% en prótesis parciales y el 14.6% de prótesis totales.

Respecto a la satisfacción de necesidades, los tratamientos -- encontrados en la población se describen a continuación.

De las actividades consideradas como tratamiento preventivo -- sólo el 8.6% de los niños presentaba aplicación de selladores de fasetas y fisuras.

El grupo de amalgamas fueron el 86.4%, el 9.8% de coronas de-- finitivas, el 2.3% de las resinas, el 0.5% de coronas de acero y el 0.8% de incrustaciones.

En relación a la cobertura la prótesis se distribuyó en la - - siguiente forma: el 62.5% correspondió a prótesis fija, el -- 17.5% de removible, 15% de parcial y el 5% de prótesis total.

Del análisis del estudio tenemos que existe diferencia significativa por estrato socioeconómico respecto a la satisfacción de necesidades. La población del estrato bajo solo tenía cubierto el 24.17% de las necesidades de atención, esto es, sólo una cuarta parte de las necesidades han sido objeto de demanda de atención, y el resto 75.83% requiere atención.

En el estrato medio el 51.8% de los requerimientos han sido resueltos y la otra mitad representada por el 48.21% esperan para resolver sus problemas.

La población del estrato alto el 88.15% de las necesidades fueron satisfechas y solo el 11.85% están por resolver.

En cuanto a la calidad de atención, existe diferencia significativa en la calidad de atención odontológica y el estrato socioeconómico pues se pudo observar que en el estrato socioeconómico bajo, el 72.3% de los servicios brindados fueron clasificados como de buena calidad, el 76.5% de los tratamientos de la clase media eran adecuados y el 85.1% en el estrato alto. (Cfr. Alcázar, et.al. 1990, Págs. 46,53-65).

La experiencia de investigación en el tema de las necesidades de atención nos condujo a utilizar la teoría general de las patologías bucales mas frecuentes, la cual explica las necesidades de atención pero no sustenta el tema.

Es a partir del primer estudio que nos acercamos a la teoría

con resultados reales de la población, cuando se presenta que las necesidades de atención: a mayor estrato socioeconómico - mayor satisfacción de necesidades, mientras que a menor estrato menor la satisfacción de necesidades y mayor grado de inadecuación en los tratamientos odontológicos.

En relación a los instrumentos de medición utilizados se acepta que la utilización de índices epidemiológicos bucales, - - definitivamente solo acercan al problema, mientras éste sólo sería definido con el uso de un instrumento único diseñado -- para tal efecto.

Aún cuando fueron muy importantes los resultados arrojados: - por los índices, éstos distraen del tema central que en este caso fué las necesidades y satisfacciones de atención odontológica.

Por lo que el grupo investigador se propone: partir de la - - teoría que sustenta el problema, utilizar un instrumento único y especial para la investigación que en el presente estudio se realizó, no en comunidad abierta, sino en la población que conoce y acepta que tiene problemas bucales y demanda la atención odontológica.

III. H I P O T E S I S .-

1. Las necesidades de atención odontológica de la población demandante de los Modelos Docente-Asistenciales son en su mayoría del tipo curativo.
2. La práctica odontológica en los Modelos Docente-Asistenciales ha modificado la demanda de atención de la población.
3. El servicio que ofrecen los Modelos Docente-Asistenciales es de excelente satisfacción para la población demandante.

IV.- MATERIAL Y METODO

Este estudio describe las necesidades de atención de la población que demanda atención odontológica en el área Metropolitana de la ciudad de Monterrey, Nuevo León, específicamente en los Modelos de Atención Docente-Asistenciales que ofrecen dos instituciones: la Universidad Autónoma de Nuevo León, a través de la Facultad de Odontología como institución docente y la Secretaría Estatal de Salud como asistencial; en relación interinstitucional y uno de ellos multidisciplinario que es el del Programa de Salud Guadalupe, en el Módulo Odontológico, el otro, es el Módulo Dental de la Secretaría Estatal de Salud, S.E.S.

Los modelos presentan características similares: son centros de referencia del área metropolitana para atención odontológica de segundo nivel, que se puede definir como clínicas odontológicas que cuentan con el personal especializado y el equipo material necesario para ofrecer tratamientos de mediana complejidad de clínica básica y las especialidades de: odontopediatría, endodoncia, periodoncia y cirugía bucal y en el Módulo Dental S.E.S., odontología restauradora.

La investigación fué realizada por el equipo de trabajo previamente capacitado para aplicar una encuesta dirigida a la población mayor de dos años, con el fin de obtener, a través-

de observación directa mayor profundidad y calidad en los datos. Para ello se hizo un corte transversal en la medición de la variable necesidad de atención odontológica.

El control de la variable se hizo a través de la inclusión de otras variables tales como: demanda de la atención odontológica, influencia de la práctica odontológica y grado de satisfacción de la población demandante.

La operacionalización de las variables en los sujetos de estudio se realizó a través de una selección de la muestra a partir de tres variables obtenidas en una prueba piloto.

Para las variables cualitativas " Necesidad de Prótesis " y " Amalgama compuesta inadecuada " se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{z^2 pq}{E^2}$$

donde:

n = tamaño de la muestra

z = valor de z para el nivel de confianza

• pq = variabilidad de necesidad de prótesis y amalgama compuesta inadecuada

E = error máximo dispuesto a aceptar

Sustituyendo tenemos que :

$$n = \frac{(1.96)^2 (.65) (.35)}{(.07)^2} = \frac{.873964}{.0049} = 178.36 = 179$$

y

$$n = \frac{(1.96)^2 (.75) (.25)}{(.06)^2} = \frac{.5328}{.0036} = 148$$

Para la variable cuantitativa "número de piezas examinadas se utilizó la siguiente fórmula.

$$n = \frac{z^2 \sigma^2}{E^2}$$

donde:

n = tamaño de la muestra

z = valor de z para nivel de confianza

σ = desviación standard del número de piezas examinadas

E = error máximo dispuesto a aceptar

Sustituyendo tenemos que :

$$n = \frac{(1.96)^2 (10.95)^2}{(2)^2} = \frac{460.617}{4} = 115.15 = 116$$

Considerando los resultados para el tamaño de la muestra donde el mayor valor es 179, se decidió estudiar un total de 200 - - individuos.

El tipo de muestreo fue extratificado, proporcional de acuerdo

al número de pacientes que se atendieron en ambos Módulos - - durante el mes de Agosto de 1990.

Del total de la muestra, 101 individuos correspondieron al - - Módulo Odontológico de Guadalupe y 99 al Módulo Dental de la Secretaría Estatal de Salud.

La distribución de la muestra se realizó en base al número de pacientes de las diferentes clínicas, y la selección fue dada según el tipo de especialidad odontológica:

Clínica	MODULO GUADALUPE		MODULO S.E.S.	
	%	Muestra	%	Muestra
Diagnóstico	16.1	16	15.3	15
Integral	25.1	25	26.2	26
Infantil	44.5	44	40.2	41
Periodoncia	6.5	7	7.2	7
Endodoncia	7.0	7	6.3	6
Cirugía	0.4	1	2.4	2
Ortodoncia	0.4	1	2.4	2
T O T A L .	100.0	101	100.0	99

Se seleccionaron en forma aleatoria.

Se aplicó el instrumento de medición a todo aquel paciente que acudió a consulta los días 5 al 9 y 12 de Noviembre del año en curso.

Estos pacientes fueron tanto de primera vez como subsecuentes,

independientemente de haber recibido atención odontológica previa en alguna otra institución o consultorio privado.

El aparato de medición fue elaborado con una encuesta con preguntas cerradas y un instrumento de medición de las necesidades de atención odontológica que contenía como base el odontograma y otros tres apartados. En uno de ellos se valoró el tipo de atención que demanda la población en el cual se midió la primera visita al Módulo, el tipo de atención solicitada por la población en la primera consulta, el cambio de actitud frente a la demanda de atención y la influencia de la práctica odontológica en ésta.

Para realizar la observación se siguió el presente procedimiento: (Ver Anexo Núm.1).

1.- Determinación de las variables:

Para la explicación se propone como ejemplo la primera variable: necesidad de atención odontológica, a través del examen clínico se realizó un diagnóstico y el plan de tratamiento requerido por cada individuo.

2.- Elección de los indicadores:

Para medir esta variable se seleccionaron los siguientes indicadores:

- Necesidad de tratamiento preventivo
- Necesidad de tratamiento curativo
- Necesidad de tratamiento de rehabilitación

independientemente de haber recibido atención odontológica previa en alguna otra institución o consultorio privado.

El aparato de medición fue elaborado con una encuesta con preguntas cerradas y un instrumento de medición de las necesidades de atención odontológica que contenía como base el odontograma y otros tres apartados. En uno de ellos se valoró el tipo de atención que demanda la población en el cual se midió la primera visita al Módulo, el tipo de atención solicitada por la población en la primera consulta, el cambio de actitud frente a la demanda de atención y la influencia de la práctica odontológica en ésta.

Para realizar la observación se siguió el presente procedimiento: (Ver Anexo Núm.1).

1.- Determinación de las variables:

Para la explicación se propone como ejemplo la primera variable: necesidad de atención odontológica, a través del examen clínico se realizó un diagnóstico y el plan de tratamiento requerido por cada individuo.

2.- Elección de los indicadores:

Para medir esta variable se seleccionaron los siguientes indicadores:

- Necesidad de tratamiento preventivo
- Necesidad de tratamiento curativo
- Necesidad de tratamiento de rehabilitación

3.- La definición de categorías:

Los indicadores se codificarón de acuerdo con los valores requeridos por ejemplo, la determinación de la necesidad de tratamiento preventivo fué: sin necesidad de tratamiento " cero " y con necesidad de tratamiento " uno ".

4.- Elaboración de items:

En base a lo anterior se elaboraron diferentes preguntas del tipo cerrado.

5.- Codificación de los items:

Todos los items fueron formulados para ser procesados en el sistema computacional como se señala en el plan de - - observación o en la encuesta.

Tomando como base este procedimiento se desarrolló el - - desglosamiento de todas las variables en sus diferentes - formas para mejor comprensión de ellas y para facilitar - el proceso de recolección y análisis.

6.- Definición de concepto:

Con el fin de terminar los criterios en este estudio se - definieron los siguientes conceptos: (Ver Anexo Núm.4).

Para el levantamiento de los datos se elaboró un encuesta con preguntas cerrada que midieron cada uno de los factores a - - estudiar, la cual se codificó previamente. (Ver Anexo Núm.2).

El exámen clínico se realizó en las clínicas de los Modelos - Docente-Asistenciales de la S.E.S, y Guadalupe, utilizando el equipo odontológico.

Todas las superficies de los dientes fueron examinadas y el -- diagnóstico se hizo en base a criterio visual utilizando espejo y explorador Núm. 23.

Dicho exámen se llevó a cabo registrando los datos en el odontograma, identificando las necesidades de atención en el plan de tratamiento.

Los Modelos de Atención dieron facilidades para la observación indirecta de las actividades, a través de la revisión de los expedientes de los pacientes; con el fin de verificar los tratamientos realizados en los modelos.

Posteriormente se procedió a la tabulación y codificación de - los datos.

El Plan de Análisis:

Los datos del odontograma y la valoración del grado de aten -- ción fueron codificados manualmente, una vez obtenidos se procesaron en computadora a través del paquete estadístico SPSS.

Se solicitó el programa correspondiente donde se elaboraron -- los cuadros multivariados.

Posteriormente se procedió a la interpretación de los resultados y al análisis, lo cual nos permitió llegar a las conclusiones y sugerir las recomendaciones.

V.- PRESENTACION DE RESULTADOS

1.- CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS.

La población que se estudió correspondió a 200 individuos distribuidos en dos Modelos Docente-Asistenciales; de los cuales 99 fueron pacientes del Módulo Dental S.E.S., y 101 pertenecieron al Subprograma de Odontología en Guadalupe.

Se encontraron según el sexo 74 hombres y 126 mujeres, perteneciendo el 37% al sexo masculino y el 63% al sexo femenino, - este resultado corrobora lo señalado en la teoría en donde se afirma que " el sexo femenino dedica mayor cuidado a la dentadura " (Cfr. Chaves, 1962, Págs. 89-91), y es costumbre - en el medio odontológico que el otro interés sea la atención a niños.

La población distribuida por edad, se encontró mayor porcentaje en los niños representada por el 53.5%, es decir, más de la mitad de la población es menor de 14 años; los jóvenes representaron un 13% en edad de 15 a 24 años. El resto está distribuido en un 30% de la población de 25 a 54 años y 3.5% en mayores de 55 años. (Ver Cuadro I).

Se puede inferir entonces que la población examinada representa el momento histórico de México que es muy semejante, ante una población en su mayoría joven.

2.- LA ODONTOLOGIA PREVENTIVA.

En la actualidad existen varias formas de aplicar procedimientos que al utilizarlos en la forma, en el tiempo y en la frecuencia indicados colaborarían a evitar la presencia de las enfermedades bucales; entre estos métodos se encuentran : -- el uso de selladores de fosetas y fisuras aplicado a los dientes posteriores sanos de caries dental, otro tratamiento que previene esta enfermedad. es el uso de fluoruros indicados a nivel sistémico, éste produce un 60% de protección, sin embargo la participación del fluoruro que se aplica en forma tópica es importante siempre que éste sea en forma secuencial.

A continuación se describirán los resultados del examen realizado a la población en estudio, respecto al total de las necesidades del tratamiento preventivo.

El 63.8% corresponde a selladores de fosetas y fisuras en niños menores de 14 años; esto es, en 266 caras masticatorias de los dientes posteriores sanos no han recibido este tratamiento para prevenir caries dental. Este procedimiento ha sido aprobado -- con diferentes estudio realizados al respecto.

Contaban con sellador 57 superficies indicadas para este procedimiento. Este número al sumarlo con las superficies que no -- tienen el tratamiento nos dá un total de 323 superficies probables para el uso de sellador, el significado es que sólo el - -

17.6% tiene este tratamiento y el 82.4% no contaban con el procedimiento.

Esto probablemente es debido a que el tratamiento de sellador de fosetas y fisuras no entran en el costo de la cuota escolar que cubre las actividades de Clínica básica.

La aplicación tópica de fluoruro en el grupo de 2 a 14 años, - el 8.4% lo necesitaba. El grupo de 15 a 24 años 2.6%; el de - 25 a 34 años, 1.9%; de 35 a 44 años 2.6% y el grupo de 45 a 54 años, 1.7%. Este tratamiento preventivo se aplica localmente a los dientes para la prevención de la caries dental y está - indicado principalmente a los niños.

De la población infantil había 72 niños que habían recibido la aplicación tópica de fluoruros, esto representa el 67.3%; en la población adulta la cobertura de este tratamiento fué de 29 a - plicaciones.

En este apartado podemos explicar que se examinaron pacientes - de primera vez a la consulta y/o pacientes subsecuentes que tuvieran que seguir tratamientos prolongados, en los cuales no se observó que se aplicara secuencialmente fluoruro en el desarrollo de su atención odontológica. En el caso de la población adulta éste tratamiento implica un costo que en muchas ocasiones no pueden o no desean cubrirlo.

El profiláctico como necesidad de tratamiento se presentó de la siguiente manera: 8.2% en los menores de 14 años, el 2.4% en el

el grupo de 15 a 24 años, el 1.2% en el grupo de 25 a 34 años, el 0.7% en el grupo de 35 a 44 años, y el 0.2% en el grupo de 45 a 54 años; el grupo de 55 y más años no presenta ésta necesidad.

Como se puede observar, a partir de los 35 años disminuye la necesidad de tratamiento profiláctico debido a que aparecen las enfermedades periodontales.

Al igual que el tratamiento anterior, la cobertura del profiláctico en niños menores de 14 años es del 67.3%, existiendo también en adultos 29 necesidades cubiertas y 23 pacientes que necesitan este tratamiento; éstas personas bien pueden ser pacientes nuevos o aquellos que hallan pasado directo a especialidad sin pasar a clínica básica debido a una urgencia odontológica.

Referente a las necesidades del mantenedor de espacio, éstos sólo fueron requeridos por el grupo menor de 14 años en un 6%.

Cuando se ha perdido un diente deciduo se conservará el espacio para la pieza permanente y así se evitarán problemas de maloclusión dental; siendo el procedimiento usual colocar aparatología de ortodoncia.

En cuanto a la cobertura de esta necesidad encontramos solamente 9 mantenedores de espacio colocados en la cavidad oral de niños. Esto significa que del total de mantenedores de espacio que se pueden colocar, 34, el 26.5% ha sido efectuado, el resto

presenta una necesidad por cubrir del 73,% en menores de 14 -- años. (Ver cuadros II y III).

Esta necesidad por cubrir es muy probablemente porque quedó resuelto el problema de enfermedad y este procedimiento se considera como estético y tiene un costo fuera del de la cuota escolar, o porque los dientes deciduos para el saber popular " - son dientes que vuelven a salir", sin considerar la disfunción que pueden presentar.

Es importante destacar que del total de la población estudiada, el 71.5% necesitaba uno o más tratamientos del tipo preventivo (Ver Cuadro IV).

Al jerarquizar las necesidades de atención preventiva de la población demandante de los Modelos Docente-Asistenciales, se encontro en primer lugar el profiláctico y la aplicación tópica - de fluoruros, en segundo lugar el uso de selladores de fosetas y fisuras, y en tercer lugar la colocación de mantenedores de - espacio; esto para los menores de 14 años.

En los adultos fué diferente, encontrandose el primer y único - lugar los procedimientos de aplicación tópica de fluoruros y el profiláctico.

3.- TRATAMIENTOS CURATIVOS

La siguiente agrupación la representa el grupo de los diferentes tratamientos restaurativos. Aunque el cuadro respectivo se

presenta por grupos de edad, eventualmente esta variable no -- presenta diferencias importantes, por lo que se optó por explicarlas a nivel general.

Del total de necesidades del tratamiento restaurativo, el 72.4% corresponde a obturaciones con amalgama; el 13.1% coronas de acero inoxidable; el 7.5% obturación con resina; el poste y la corona definitiva un 3.5% cada uno de ellos y el 0.2% correspondió a incrustaciones. (Ver Cuadro V).

Con respecto a tratamientos restaurativos cubiertos, existen - 639 obturaciones con amalgama, 120 coronas de acero inoxidable, 23 obturaciones con resina, 23 coronas definitivas, 12 postes y ninguna incrustación. (Ver Cuadro VI).

Esto significa que ninguna de las necesidades de incrustación ha sido cubierta, es decir, que la práctica odontológica de los Modelos no está realizando éste tipo de tratamiento.

En general la población demandante, en proceso de atención odontológica al momento del estudio presentaba el 49.7% de las obturaciones de amalgama resuelto, los niños el 50.6% de las coronas de acero y en adultos el 43.4% de coronas definitivas, es decir, aproximadamente la mitad de las necesidades de obturación están por resolver.

De las obturaciones en dientes anteriores en las que se utilizan materiales estéticos estaban resueltas sólo el 25.6% , esto es, una cuarta parte de las que se necesitan. Lo mismo sucede con los postes, soporte para restauración de los dientes trata-

dos con endodoncia en donde existía el 28.6% colocados,

Como se mencionó con anterioridad, el instrumento de medición nos ofreció la posibilidad de evaluación de la adecuación e inadecuación de los tratamientos examinados. Habiéndose encontrado el parámetro de inadecuación sólo en dos tipo de actividades: obturación de amalgama y estética. Los resultados fueron: de un total de 639 obturaciones de amalgama, 66 se consideraron inadecuadas, esto representa un 9.4% del total; y de 23 obturaciones con resina, sólo 1 estaba mal colocada, representando el 4.2%. (Ver Cuadro VII).

Los Modelos de atención dieron facilidades para realizar la observación indirecta de las actividades, a través de la revisión de los expedientes de los pacientes, ésto ofreció la oportunidad de verificar los tratamiento realizados en los Modelos. Habiéndose encontrado sólo tres obturaciones evaluadas como inadecuadas; el porcentaje que le corresponde a este nivel de inadecuación es el 4.5% del total de los tratamientos inadecuados.

Es importante señalar que para ser Clínicas que otorgan servicio a un gran número de personas, la inadecuación es mínima, debido muy probablemente al hecho de que son centros docentes en donde se exige calidad en el tratamiento a los estudiantes a fin de que logren los objetivos de los programas respectivos a las materias del plan de estudios; independientemente de la labor administrativa que se requiere para lograr éstos estándares.

Del conjunto formado por necesidades de tratamientos endodónti-

cos, el 82.5% correspondió a pulpotomías en menores de 14 años y el 17.5% a tratamientos de conductos en adultos. (Ver Cuadro VIII).

La cobertura de tratamientos endodónticos se puede considerar que es la que alcanza la más alta cifra, habiéndose cubierto la necesidad en un 80% en los adultos y el 65.8% en los niños. -- (Ver Cuadro IX).

De todas las necesidades de tratamiento de cirugía, 86.7% correspondió a extracción y el 13.3% a cirugía maxilofacial. (Ver Cuadro X).

Otra necesidad que se cubre en alto porcentaje es la extracción dental en un 82.2% y un 62.5% en cirugía maxilofacial. (Ver Cuadro XI).

Esto se explica porque la extracción es comúnmente demandada al no existir recursos económicos para llevar a cabo otro tipo de tratamiento que permita la conservación de las piezas dentarias. Con respecto a la alta cobertura de cirugía maxilofaciales, los pacientes son referidos de diferentes Centros de Salud y otras instituciones a solicitar éste tratamiento.

Al realizar el exámen de la población demandante de los Modelos Docente-Asistenciales, se encontró que el 78.5% de los individuos presentaban caries dental activa o lesiones cariosas sin resolver. (Ver Cuadro XII).

En lo que respecta a la necesidad de tratamientos periodontales,

el 69.2% perteneció a detartraje, de éste porcentaje, el grupo de 35 a 44 años presentó el valor más alto, un 25.6%. El curetaje representó el 20.6% del total de las necesidades de tratamientos periodontales y el 10.3% para la cirugía periodontal. (Ver Cuadro XIII).

Del tratamiento periodontal se considera que existe aproximadamente la mitad del tratamiento por realizar, los resultados fueron el 41.3% de detartraje y el 63.6% de curetaje y el 33.3% de cirugía periodontal estaba cubierto. (Ver Cuadro XIV)

Sin embargo, cabe mencionar que el 71% de la población mayor de 14 años estudiada, no necesitaba tratamiento periodontal en el momento de realizar el examen clínico. El 29% restante, presentaba problemas periodontales, por no haberlos resuelto, por ser pacientes nuevos o en proceso de atención. (Ver Cuadro XV).

En resumen, se puede mencionar que 166 pacientes, 83%, de la población estudiada necesita uno o más tratamientos curativos, ya sean del tipo restaurativo, endodóntico, de cirugía y/o periodontal. (Ver Cuadro XVI).

Dentro del bloque de tratamientos curativos el que ocupa primer lugar en cuanto a necesidades, es la obturación con amalgama, en segundo lugar está la corona de acero inoxidable y en tercero la obturación con resina. Siguiendo el orden de jerarquización, le continúan las extracciones, pulpotomías, poste y corona definitiva, detartraje, endodoncia, cirugía maxilofacial y curetaje, cirugía periodontal y finalmente las incrustaciones.

4. TRATAMIENTO DE REHABILITACION.

Los resultados del tratamiento de rehabilitación odontológico - en personas mayores de 15 años fueron: la prótesis fija con un 54% de necesidad del total de estos tratamientos; prótesis removible con un 31.6%, prótesis parcial 14.5% y de la prótesis total no se encontró necesidad alguna. (Ver Cuadro XVII).

En lo que respecta a los tratamientos de rehabilitación, hay -- una cobertura de 12.8% en prótesis fija, 7.7% de prótesis removible, 26.7% de prótesis parcial y un 100% en prótesis total en la población estudiada. (Ver Cuadro XVIII). Cabe mencionar - que este tratamiento sólo se ofrece en uno de los modelos.

El porcentaje de personas adultas que requieren uno o más de -- estos tratamientos es del 52.8% (Ver Cuadro XIX).

De los tratamientos de rehabilitación, la prótesis parcial es - la necesidad prioritaria continuándole la prótesis removible y después la prótesis fija. No encontrándose ninguna necesidad - de prótesis total.

5.- DEMANDA DE LA ATENCION ODONTOLOGICA.

Con respecto a la referencia o espontaneidad de la primera vi- sita de la población demandante a los Modelos Docente-Asisten- ciales, se encontró que el 68% acude en forma espontánea, mientras que el 32% es referido por algún Hospital o Centro de - - Salud. (Ver Cuadro XX).

Referente al tipo de atención demandada en la primera consulta,

los resultados obtenidos fueron: el 25% acudió a solicitar tratamiento de especialidad, el 24.5% exámen bucal, el 23% obturación, el 19% extracción y el 8.5% tratamiento preventivo. (Ver Cuadro XXI).

Se puede observar que el 56% de la población estudiada tiene una favorable actitud frente a la odontología, esto es, demanda atención odontológica que de alguna manera le permite conservar su salud bucal. El 44% restante acude a resolver sus problemas en un momento avanzado de la enfermedad.

Con el ítem aplicado sólo a pacientes con más de tres meses de inasistencia a los Módulos, se encontró que el 94.5% de la población acudió constantemente a solicitar atención odontológica y sólo el 5.5%, que lo representaron 11 individuos, aún cuando no es representativo, tenían ese lapso de tiempo sin acudir a consulta. A continuación se ofrecen los resultados de la causa de la inasistencia: conclusión de tratamiento 54.5% , motivos personales 36.4% y pérdida de dolor y molestia 9.1%. -- (Ver Cuadro XXII).

Estos pacientes regresaron a consulta solicitando exámen bucal, extracción y continuación de tratamiento en porcentajes iguales, 27.3%; mientras que los tratamientos preventivos y los de especialidad manifestaron por separado un 9.1%. (Ver Cuadro XXIII).

En lo que corresponde a la influencia de la práctica odontológica en la demanda de atención, el 99% de la población manifestó que la decisión de seguir atendiéndose en el Módulo Dental -

fue debido a la información proporcionada por el odontólogo, - quien les realizaba un diagnóstico, indicaba un plan de tratamiento a seguir y además les recalca la importancia de la salud bucal. (Ver Cuadro XXIV).

Concerniente al grado de satisfacción de la población demandante para con el servicio prestado por los Modelos Docente-Asistenciales se obtuvieron los siguientes resultados:

Para la amabilidad del personal, el 64.5% la consideró excelente, el 34% buena y el 1.5% regular.

Referente a la puntualidad de consulta, el 41% la estimó buena, el 32.5% excelente, el 23% regular y el 3.5% mala.

En cuanto a comodidad de instalaciones, el 51.5% la juzgó excelente, 42% buena y 6.5% regular.

Con respecto al equipo e instrumental, el 62.5% la consideró -- excelente y el 37.5% bueno.

En lo que corresponde a material, el 59% lo estimó excelente, - el 40.5% bueno y 0.5% regular.

Para con la limpieza del área física, el 52% la consideró ex - celente, el 42.5% bueno y el 5.5% regular. (Ver Cuadro XXV).

En forma general se puede afirmar que la población considera - excelente el servicio ofrecido en los Modelos Docente-Asisten - ciales, excepto por la puntualidad de consulta, la cual se con - sidera buena.

VI. CONCLUSIONES . -

1. CONCLUSIONES ESPECIFICAS.

- El 78.5% de la población demandante de los Modelos Docente-Asistenciales presenta lesiones cariosas por resolver.
- El 29% de la población mayor de 15 años que demanda atención en los Modelos, presenta algún grado de lesión periodontal - por resolver o en proceso de tratamiento.
- El 52.8% de las personas examinadas, mayores de 15 años, necesita aparatología protésica.
- En general el 71.5% de la población que demanda atención, - tiene necesidad de tratamientos preventivos.
- El 83% de la población estudiada necesita uno o más tratamientos de tipo curativo.
- El 82.5% de las superficies indicadas para el uso de selladores de fosetas y fisuras, en menores de 14 años, necesita este tratamiento.
- El 67.3% de los niños menores de 14 años que demandan atención, tiene cubiertos los tratamientos de profiláctico y aplicación tópica de fluoruro.
- Los adultos, sólo el 31.2% cubre los tratamientos de profiláctico y aplicación tópica de fluoruros.
- El 73.6% de los menores de 14 años necesita la colocación de aparatología de ortodoncia, a fin de mantener el espacio para los dientes permanentes.

- Al jerarquizar las necesidades de atención de tipo preventivo para los menores de 14 años, se encontró que el primer lugar lo ocuparon: el profiláctico y la aplicación tópica de fluoruros, el segundo uso de selladores de fosetas y fisuras, y en tercer lugar la colocación de mantenedores de espacio.
- Los adultos presentan como primero y único lugar el profiláctico y la aplicación tópica de fluoruro.
- Del total de tratamientos de tipo restaurativo están cubiertos: el 50.6% de las coronas de acero en dientes deciduos, -- el 49.7% de las obturaciones de amalgama, el 43.4% de las -- coronas definitivas en dientes permanentes y el 28.6% de postes, soporte para restauración.
- El 13.6% de las obturaciones se consideraron como inadecuadas, habiéndose comprobado que el 4.5% se realizaron en los -- Modelos Docente-Asistenciales.
- El orden jerárquico de la necesidad de tratamiento restaurativo se presentó de la siguiente forma: en primer lugar la -- necesidad de obturación de amalgama, en segundo, de corona -- de acero y en tercer lugar, la restauración con resina.
- Los tratamientos endodónticos se encontraron cubiertos en un 80%, en pacientes con dientes permanentes y el 65%, en niños con dientes deciduos.
- El 82.2% de la necesidad de extracción dental estaba cubierta y un 62.5% de tratamiento de cirugía maxilofacial.
- Para el tratamiento periodontal se encontró que el 41.3% de -- la necesidad de detartraje estaba cubierta, el 63.6% de curetaje y el 33.3% de cirugía periodontal.

- La colocación de aparatología protésica en la población de --
demandante de los Modelos presentó la siguiente cobertura: el --
12.8% de prótesis fija, el 7.7% de prótesis removible y el --
26.7% de prótesis parcial, y la prótesis total en un 100% de
los examinados.
- La jerarquización de las necesidades de prótesis aun cuando --
en magnitud, es mayor la necesidad de prótesis fija, al con--
siderar los otros elementos para la priorización, la prótesis
parcial es la mas importante; le sigue en segundo lugar la --
removible y en tercero la fija.
- El 68% de la población acude a solicitar atención odontológi--
ca a los Modelos en forma espontánea.
- El 56% de la población tiene una actitud favorable frente a --
la práctica odontológica pues en la primera consulta solicita
tratamiento preventivo, examen bucal y obturaciones.
- El 94.5% de la población demandante acude sin interrupción --
del tratamiento odontológico los últimos tres meses.
- El 99% de las personas entrevistadas manifestó la decisión --
de continuar la atención odontológica debido a la información
que les ofrece el personal de los Modelos.
- El grado de satisfacción de la población demandante del servi--
cio otorgado en los Modelos Docente-Asistenciales se presentó
como excelente en los siguientes indicadores: 64.5% la amabi--
lidad del personal, el 51.5% la comodidad de instalaciones, el
62.5% el equipo e instrumental, el 59% el material y el 52% --
la limpieza del área física.
- Respecto a la puntualidad en la consulta, el 41% la estimó --
buena, mientras que el 32.5% la estima excelente.

2. CONCLUSIONES GENERALES.

Hipótesis 1.

"Las necesidades de atención odontológica de la población demandante de los Modelos Docente-Asistenciales son en su mayoría -- del tipo curativo."

Del total de 200 individuos, 143 y 166 necesitan tratamiento -- preventivo y curativo respectivamente. Existen 49 de 93 adultos que requieren tratamiento de rehabilitación. Esto significa -- que 71.5% de la población estudiada requiere tratamiento preventivo, 83% presenta necesidades curativas, y 52.7% de los adultos necesitan tratamientos de rehabilitación.

Por lo anterior se comprueba la primera hipótesis, concluyendo que: Las necesidades de atención odontológica de la población -- demandante de los Modelos Docente-Asistenciales son en su mayoría del tipo curativo.

Hipótesis 2.

"La práctica odontológica en los Modelos Docente-Asistenciales -- a modificado la demanda de atención de la población."

Los resultados obtenidos fueron que el 24.5% acudieron a solicio

tar, examen bucal, el 23% a obturaciones y el 8,5% a tratamientos preventivos, en total el 56% de la población demandante en los Modelos Docente-Asistenciales tiene una actitud favorable frente a la práctica odontológica. El 25% acude a tratamientos de especialidad y un 19% a extracción; estos últimos se -- presentan a resolver sus problemas en un momento avanzado de su enfermedad.

En 1978 se hizo un estudio en el cual la población del área de influencia del Módulo de Guadalupe respondió el mismo ítem y el resultado fué que el 54% acudió a extracción dental el 12% a obturación el 4% a profiláctico, el 2% a tratamiento preventivo y el 4% a examen bucal. Si se suman los porcentos de la actitud favorable es el 22% y el resto, 24% no contestaron. -- (Cfr. Alvarez, et. al., 1978, Pág. 58).

Además, el 99% de la población entrevistada afirmó haber decidido continuar atendiéndose en el Módulo debido a la información proporcionada por el odontólogo, que en este caso se trata de pasantes o estudiantes de la carrera de Cirujano Dentista.

Si se compara el 22% de la población que en el año de 1978 teniía una actitud favorable hacia la atención, con el 56% existe una diferencia favorable de 34% en 1990, y a éstos se les agrega que el 99% decide quedarse en tratamiento en los Modelos Docente-Asistenciales; se puede concluir que la práctica odontológica ha modificado la actitud de la población que demanda atención.

En cuanto a la práctica que sustentan los Modelos Docente-Asistenciales encontramos las siguientes características: aumenta la cobertura a través de la utilización de equipo, instrumental, material y técnica simplificados; incide los fe-

nómenos indeseables de salud bucal en la etapa más temprana - que sea posible; incrementa la calidad de los servicios odontológicos; incorporan a la población el quehacer odontológico como sujeto-objeto del mismo; hace todo esto al más bajo costo posible y elimina las diferencias de clase social en la -- atención odontológica. Todo esto es un equipo de personal interdisciplinario y/ó multidisciplinario que se encarga de cumplir los objetivos de trabajo.

Hipótesis 3.

" El servicio que ofrecen los Modelos Docente-Asistenciales es de excelente satisfacción para la población demandante ".

En general, se considera excelente el servicio ofrecido en los Modelos Docente-Asistenciales, siendo los resultados obtenidos; amabilidad del personal 64.5%, comodidad de instalaciones 51.5% equipo e instrumental 62.5%, material 59%, limpieza 52%. Sólo en la puntualidad de consulta el 32.5% de la población estudiada la consideró excelente y un 41% buena.

Por lo tanto, también se comprueba la tercera hipótesis que - asevera: El servicio que ofrecen los Modelos Docente-Asisten- ciales es de excelente satisfacción para la población demandante.

VII. RECOMENDACIONES .-

- 1.- Ofrecer los resultados de este estudio a las instituciones participantes en el trabajo de los Modelos Docente-Asistenciales: Universidad Autónoma de Nuevo León, en la Facultad de Odontología, Programa de Salud Guadalupe y Secretaría - Estatal de Salud en Nuevo León, para que sirva de realimentación al proceso de trabajo docente y asistencial.
- 2.- Promover la instalación de nuevos modelos con características semejantes para contribuir a la solución de las necesidades de atención odontológica.
- 3.- Se propone que los Modelos de atención odontológica docente asistenciales existentes consideren la ampliación de -- horarios del servicio y/o de instalaciones, a fin de que - se aumente la cobertura que se ha comprobado que es insuficiente frente a la demanda de atención.
- 4.- Fortalecer el sistema de referencia odontológica instalado para que se lleve a cabo la solución de problemas del primer y tercer nivel en el lugar respectivo y se formalice - la referencia del segundo nivel a los Modelos con estas -- características.
- 5.- Para que este estudio pueda servir con fines de seguimiento, complementario, comparativo y/o de asociación, sugerimos utilizar el aparato de medición que fué diseñado para tal efecto y así poder estandarizar su uso.

B I B L I O G R A F I A .

- Alcázar, et. al. PRACTICA ODONTOLOGICA Y NECESIDADES DE ATENCION POR ESTRATO SOCIOECONOMICO, MONTERREY, N.L. Julio 1990.
- Aranda, et. al. PERFIL OCUPACIONAL DE LOS EGRESADOS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA 1984 Y 1989. MONTERREY, N.L. Julio 1989.
- Bahskar, S.N. PATOLOGIA BUCAL. Ed. El Ateneo. Sexta ed. Argentina 1981.
- Carranza, Fermín. PERIODONTOLOGIA CLINICA DE GLICKMAN. Ed. Interamericana, México 1985.
- Charters, Joseph E. PRINCIPIOS DE CLINICA ODONTOLOGICA. Ed. El manual Moderno. México 1987 .
- Cervantes y Martínez. CLINICA PROPEDEUTICA MEDICA. Ed. Francisco Méndez Oteo. México 1979.
- Chaves, Mario. ODONTOLOGIA SANITARIA. Organización Panamericana de la Salud 1962.
- East. Thomas, Stardick. PROPEDEUTICA ODONTOLOGICA. Ed. Interamericana. 2a. ed. México 1973.
- Gómez Pinto, Victor. LA ODONTOLOGIA EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE, Actualidad odontológica, Revista Semestral Enero-Julio 1989.
- Huerta Peña, José LA PRACTICA ODONTOLOGICA, PROBLEMAS Y ALTERNATIVAS, XXX Reunión Nacional de la A.M.F.E.O. 21-24 Octubre. Zacatecas, Zac. 1987.
- Kruger, Gustav. TRATADO DE CIRUGIA BUCAL. Ed. Interamericana México, 1978.

- Katz, et. al. ODONTOLOGIA PREVENTIVA EN ACCION. ED. Médica - - Panamericana. 3a. ed. México 1983.
- López Cámara, Victor. CONSIDERACIONES SOBRE LA PRACTICA -- ODONTOLOGICA EN MEXICO. Mimeografiado 12 págs. UAM-Xochi-- milco, México 1979.
- López y Lara TRABAJO ODONTOLOGIA EN LA CIUDAD DE MEXICO, - ANALISIS DE LA PRACTICA DOMINANTE. Temas Universitarios 5. UAM-Xochimilco. México 1983.
- Malo, Salvador. EL FUTURO DE LA EDUCACION SUPERIOR, Perfi- les Educativos No. 9 UNAM-CISE. México 1980.
- Menéndez R., Otto SIMPLIFICACION Y DESMONOPOLIZACION EN -- ODONTOLOGIA, Su significado social. U.A.N.L. M.S.P.O.S.- - Artículo 137, 1979.
- Murray R., Spiegel PROBABILIDAD Y ESTADISTICA. Serie Schum Ed. McGraw-Hill. México 1985.
- Pardinás, Felipe. METODOLOGIA Y TECNICAS DE INVESTIGACION EN CIENCIAS SOCIALES. Ed. Siglo Veintiuno, 29a. ed. México 1986.
- Payares y Jiménez. MEDICINA Y SOCIEDAD, ENSAYOS. Colombia 1980.
- Rojas S., Raúl GUIA PARA REALIZAR INVESTIGACIONES SOCIALES Ed. Plaza y Janes. México 1989.
- Shaffer, W.C. TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL, Ed, Interamerica na México 1983.
- Silverstone, Johnson. CARIES DENTAL. Ed. El Manual Moderno México 1985.

- Sydney, Fynn. ODONTOLOGIA PEDIATRICA. Ed. Interamericana - -
México 1983.

A N E X O S

Anexo Núm. 1 Plan de Observación.

Anexo Núm. 2 Aparato de Medición.

Anexo Núm. 3 Indicaciones para el llenado del Instrumento de Medición.

Anexo Núm. 4. Definición de Conceptos.

Anexo Núm. 5. Criterios para determinar las Necesidades de Atención.

Anexo Núm. 6 Cuadros de Salida.

A M E X O N ú m . 1
P L A N D E O B S E R V A C I O N

Hipótesis 1.

V A R I A B L E	I N D I C A D O R	C A T E G O R I A	I T E M
1.- NECESIDAD DE ATENCION ODONTOLOGICA.	1.1. Tratamiento Preventivo		
	1.1.1. Número de Dientes Con Sellador de Fosetas y Fisuras.	1.1.1.1. Necesidad de Atención	16
		1.1.1.2. Necesidad Cubierta	17
		1.1.1.3. Tratamiento Inadecuado	18
	1.1.2. Número de Mantenedores de Espacio	1.1.2.1. Necesidad de Atención	19
		1.1.2.2. Necesidad Cubierta	20
		1.1.2.3. Tratamiento Inadecuado	21
	1.1.3. Número de aplicaciones de Fluoruro	1.1.3.1. Necesidad de Atención	22
		1.1.3.2. Necesidad Cubierta	23
	1.1.4. Número de Profiláctico	1.1.4.1. Necesidad de Atención	24
		1.1.4.2. Necesidad Cubierta	25
	1.2. Tratamiento Curativo	1.2.1.1. Necesidad de Atención	31
	1.2.1. Número de Obturaciones con amalgama	1.2.1.2. Necesidad Cubierta	32
		1.2.1.3. Tratamiento Inadecuado	33
	1.2.2. Número de Obturaciones estéticas	1.2.2.1. Necesidad de Atención	34
	1.2.2.2. Necesidad Cubierta	35	
	1.2.2.3. Tratamiento Inadecuado	36	

PLAN DE OBSERVACION
- Continuación -

Hipótesis 1.

V A R I A B L E	I N D I C A D O R	C A T E G O R I A	I T E M
1.2.3. Número de Incrustaciones		1.2.3.1. Necesidad de Atención	37
		1.2.3.2. Necesidad Cubierta	38
		1.2.3.3. Tratamiento Inadecuado	39
1.2.4. Número de Postes		1.2.4.1. Necesidad de Atención	40
		1.2.4.2. Necesidad Cubierta	41
		1.2.4.2. Tratamiento Inadecuado	42
1.2.5. Número de Coronas de Acero Inoxidable		1.2.5.1. Necesidad de Atención	43
		1.2.5.2. Necesidad Cubierta	44
		1.2.5.3. Tratamiento Inadecuado	45
1.2.6. Número de Coronas Definitivas		1.2.6.1. Necesidad de Atención	46
		1.2.6.2. Necesidad Cubierta	47
		1.2.6.3. Tratamiento Inadecuado	48
1.2.7. Número de Endodoncias		1.2.7.1. Necesidad de Atención	49
		1.2.7.2. Necesidad Cubierta	50
		1.2.7.3. Tratamiento Inadecuado	51
1.2.8. Número de Pulpotomías		1.2.8.1. Necesidad de Atención	52
		1.2.8.2. Necesidad Cubierta	53
		1.2.8.3. Tratamiento Inadecuado	54
1.2.9. Número de Extracciones		1.2.9.1. Necesidad de Atención	55
		1.2.9.2. Necesidad Cubierta	56
1.2.10. Número de Cirugía Maxilo faciales.		1.2.10.1. Necesidad de Atención	57
		1.2.10.2. Necesidad Cubierta	58

PLAN DE OBSERVACION
- Continuación -

Hipótesis 1.

V A R I A B L E	I N D I C A D O R	C A T E G O R I A	I T E M	
1.2.11.	Número de Detartraje	1.2.11.1. Necesidad de Atención	60	
		1.2.11.2. Necesidad Cubierta	61	
	1.2.12. Número de Curetajes	1.2.12.1. Necesidad de Atención	62	
		1.2.12.2. Necesidad Cubierta	63	
	1.2.13. Número de Cirugías Periodontales.	1.2.13.1 Necesidad de Atención	64	
		1.2.13.2 Necesidad Cubierta	65	
	1.3. Tratamiento de Rehabilitación	1.3.1. Número de Prótesis Fija	1.3.1.1. Necesidad de Atención	70
			1.3.1.2. Necesidad Cubierta	71
			1.3.1.3. Tratamiento Inadecuado	72
	1.3.2. Número de Prótesis Removible	1.3.2.1. Necesidad de Atención	1.3.2.1. Necesidad de Atención	73
			1.3.2.2. Necesidad Cubierta	74
			1.3.2.3. Tratamiento Inadecuado	75
1.3.3. Número de Prótesis Parcial	1.3.3.1. Necesidad de Atención	1.3.3.1. Necesidad de Atención	76	
		1.3.3.2. Necesidad Cubierta	77	
		1.3.3.3. Tratamiento Inadecuado	78	
1.3.4. Número de Prótesis Total	1.3.4.1. Necesidad de Atención	1.3.4.1. Necesidad de Atención	79	
		1.3.4.2. Necesidad Cubierta	80	
		1.3.4.3. Tratamiento Inadecuado	81	

PLAN DE OBSERVACION
- Continuación -

Hipótesis 2.	V A R I A B L E	I N D I C A D O R	C A T E G O R I A	I T E M
2.- PRACTICA ODONTOLÓGICA	2.1. Influencia de la Práctica Odontológica en la Demanda de Atención.	2.1.1. No. 2.1.2. Sí		8
3.- DEMANDA DE LA POBLACION	3.1. Causa de Demanda de primera Vez.	3.1.1. Examen Bucal Preventivo 3.1.2. Extracción 3.1.3. Obturación 3.1.4. Especialidad 3.1.5. Otro 3.1.6.		5
Hipótesis 3.				
4.- GRADO DE SATISFACCION DEL SERVICIO.	4.1. Amabilidad del Personal	4.1.1. Excelente 4.1.2. Bueno 4.1.3. Regular 4.1.4. Malo		9
	4.2. Puntualidad de Consulta	4.2.1. Excelente 4.2.2. Bueno 4.2.3. Regular 4.2.4. Malo		10

PLAN DE OBSERVACION
- Continuación -

Hipótesis 3.

V A R I A B L E	I N D I C A D O R	C A T E G O R I A	I T E M
	4.3. Comodidad de Instalaciones	4.3.1. Excelente 4.3.2. Bueno 4.3.3. Regular 4.3.4. Malo	11
	4.4. Equipo e Instrumental	4.4.1. Excelente 4.4.2. Bueno 4.4.3. Regular 4.4.4. Malo	12
	4.5. Material	4.5.1. Excelente 4.5.2. Bueno 4.5.3. Regular 4.5.4. Malo	13
	4.6. Limpieza del Area Ffsica	4.6.1. Excelente 4.6.2. Bueno 4.6.3. Regular 4.6.4. Malo	14

ENCUESTA DIRIGIDA A LA POBLACION DEMANDANTE DE
ATENCION ODONTOLOGICA EN LOS MODELOS
DOCENTE-ASISTENCIALES

I. DATOS GENERALES

- 1 Núm. de encuesta Núm. de encuestador _____
Nombre _____
- 2 Edad
- 3 Sexo 0. Masculino 1. Femenino

II. DEMANDA DE LA ATENCION ODONTOLOGICA

- 4 La primera visita al Módulo fué:
0. Espontánea
1. Referido
- 5 ¿Qué tratamiento solicitó la primera vez que vino?
0. Examen bucal 3. Obturación
1. Preventivo 4. Especialidad
2. Extracción 5. Otro _____
- 6 Sólo a pacientes con más de 3 meses sin atención odontológica:
¿Cuál fué la causa de inasistencia al Módulo?
0. Tratamiento concluído
1. Pérdida de dolor y molestias
2. Falta de interés en concluir el tratamiento 3. Otro _____
- 7 ¿Qué tratamiento está solicitando ahora?
0. Examen bucal 3. Obturación
1. Preventivo 4. Especialidad
2. Extracción 5. Continuación de tratamiento
- 8 ¿Decidió seguir atendiéndose en esta institución por la información proporcionada por el odontólogo?
0. No 1. Si.

III. GRADO DE SATISFACCION DE LA POBLACION DEMANDANTE

¿Cómo califica usted el servicio de este Módulo?
0. Excelente 1. Bueno 2. Regular 3. Malo
respecto a:

- 9 Amabilidad del personal
- 10 Puntualidad de consulta
- 11 Comodidad de instalaciones
- 12 Equipo e instrumental
- 13 Material
- 14 Limpieza del área física.

V. VALORACION DEL GRADO DE ATENCION

Necesidad de atención

Necesidad cubierta

Tratamiento inadecuado

TRATAMIENTO PREVENTIVO

15 Necesidad de tratamiento preventivo
0. No 1. Si.

- | | | | | | | |
|----|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|------------------------------|
| 16 | <input type="checkbox"/> | 17 | <input type="checkbox"/> | 18 | <input type="checkbox"/> | Sellador de foseas y fisuras |
| 19 | <input type="checkbox"/> | 20 | <input type="checkbox"/> | 21 | <input type="checkbox"/> | Mantenedor de espacio |
| 22 | <input type="checkbox"/> | 23 | <input type="checkbox"/> | | | Aplicación tópica de fluor |
| 24 | <input type="checkbox"/> | 25 | <input type="checkbox"/> | | | Profiláctico |
| 26 | <input type="checkbox"/> | 27 | <input type="checkbox"/> | 28 | <input type="checkbox"/> | TOTAL |

TRATAMIENTO CURATIVO

29 Necesidad de tratamiento curativo
0. No 1. Si.

30 Presencia de caries dental
0. No 1. Si.

- | | | | | | | |
|----|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|---|
| 31 | <input type="checkbox"/> | 32 | <input type="checkbox"/> | 33 | <input type="checkbox"/> | Obturación con amalgama |
| 34 | <input type="checkbox"/> | 35 | <input type="checkbox"/> | 36 | <input type="checkbox"/> | Obturación estética |
| 37 | <input type="checkbox"/> | 38 | <input type="checkbox"/> | 39 | <input type="checkbox"/> | Incrustación |
| 40 | <input type="checkbox"/> | 41 | <input type="checkbox"/> | 42 | <input type="checkbox"/> | Poste |
| 43 | <input type="checkbox"/> | 44 | <input type="checkbox"/> | 45 | <input type="checkbox"/> | Corona de acero inoxidable |
| 46 | <input type="checkbox"/> | 47 | <input type="checkbox"/> | 48 | <input type="checkbox"/> | Corona definitiva |
| 49 | <input type="checkbox"/> | 50 | <input type="checkbox"/> | 51 | <input type="checkbox"/> | Endodoncia |
| 52 | <input type="checkbox"/> | 53 | <input type="checkbox"/> | 54 | <input type="checkbox"/> | Pulpotomía |
| 55 | <input type="checkbox"/> | 56 | <input type="checkbox"/> | | | Extracción |
| 57 | <input type="checkbox"/> | 58 | <input type="checkbox"/> | | | Cirugía maxilofacial |
| | | | | 59 | <input type="checkbox"/> | Necesidad de tratamiento periodontal
0. No 1. Si |
| 60 | <input type="checkbox"/> | 61 | <input type="checkbox"/> | | | Detartraje |
| 62 | <input type="checkbox"/> | 63 | <input type="checkbox"/> | | | Curetaje |
| 64 | <input type="checkbox"/> | 65 | <input type="checkbox"/> | | | Cirugía periodontal |
| 66 | <input type="checkbox"/> | 67 | <input type="checkbox"/> | 68 | <input type="checkbox"/> | TOTAL |

TRATAMIENTO DE REHABILITACION

69 Necesidad de prótesis
0. No necesita 1. Necesita

- | | | | | | | |
|----|--------------------------|----|--------------------------|----|-------------------------------------|--------------------|
| 70 | <input type="checkbox"/> | 71 | <input type="checkbox"/> | 72 | <input type="checkbox"/> | Prótesis fija |
| 73 | <input type="checkbox"/> | 74 | <input type="checkbox"/> | 75 | <input checked="" type="checkbox"/> | Prótesis removible |
| 76 | <input type="checkbox"/> | 77 | <input type="checkbox"/> | 78 | <input type="checkbox"/> | Prótesis parcial |
| 79 | <input type="checkbox"/> | 80 | <input type="checkbox"/> | 81 | <input type="checkbox"/> | Prótesis total |
| 82 | <input type="checkbox"/> | 83 | <input type="checkbox"/> | 84 | <input type="checkbox"/> | TOTAL |

ANEXO NUM. 3

INDICACIONES PARA EL LLENADO DEL INSTRUMENTO DE MEDICION .-

Para este odontograma es indispensable utilizar un lápiz bicolor azul y rojo.

La caries se señalará con rojo marcando en el odontograma todas las caras del diente que estén afectadas.

Las necesidades de atención se señalarán con rojo utilizando la simbología específica para los tratamientos tanto preventivos, restaurativos como de rehabilitación.

Las necesidades cubiertas se marcarán con azul; de igual manera se señalarán los tratamientos inadecuados, pero a excepción de los primeros, se circularán con rojo. También usando en ambos casos la simbología específica a cada tratamiento.

Con respecto a las piezas sanas, piezas en erupción, piezas fracturadas, piezas extraídas por causa ajena a caries, piezas ausentes por causa desconocida y restos radiculares, su simbología se señalará con color azul, excepto por las piezas extraídas por caries, las cuales se marcarán con rojo.

Posteriormente al levantamiento directo de datos en el odontograma, se procederá a tabular la información recabada en las casillas correspondientes a cada tratamiento.

La primera columna de casillas corresponde a las necesidades -

de atención, la segunda columna de casillas pertenece a las --
necesidades cubiertas y la última columna corresponde a los --
tratamientos realizados inadecuadamente.

Es importante mencionar que ninguna casilla deberá quedar - -
vacía, pues en caso de suceder se dificultará la interpreta--
ción del cómputo de los datos.

En el caso de que un encuestado no tenga la edad requerida --
para efectuarle cierto tratamiento, cada casilla correspon--
diente a ese tratamiento se marcará con el número nueve (9).

Existen dos tratamientos preventivos y cinco tratamientos - -
curativos, de los cuales no se señalará el tratamiento inade--
cuado debido a la dificultad de apreciar cuando esos trata--
mientos han sido efectuados de manera incorrecta.

A N E X O N ú m . 4

DEFINICION DE CONCEPTOS .-

- Práctica Odontológica, proceso de trabajo realizado por el odontólogo a nivel privado o público.
- Necesidad de Atención, identificación de las patologías existentes en la cavidad bucal a través del diagnóstico y el plan de tratamiento.
- Necesidad de Atención Cubierta, es aquella donde el odontólogo ha realizado un diagnóstico y tratamiento adecuado.
- Tratamiento inadecuado, es aquel que reúne una o más de las siguientes características: se ha realizado un mal diagnóstico, no se ha utilizado el material adecuado, la técnica empleada no ha sido la apropiada.
- Modelo Docente-Asistencial, resultado del proceso de trabajo de instituciones de servicio y formadoras de recursos humanos cuyo objetivo principal es aumentar la cobertura en la atención odontológica al costo más bajo posible.
- Población Demandante, toda aquella persona que acude a los Modelos Docente-Asistenciales para recibir atención odontológica.
- Satisfacción de la Población, es el agrado, gusto o contento de la población demandante de los Modelos Docente-Asistenciales por el servicio prestado a ellos.
- Clínica Básica, área clínica del Modelo Docente-Asistencial donde se realizan tratamientos: profiláctico, aplicaciones --

tópicas de fluoruro, obturaciones con amalgama, obturaciones con resina, extracciones.

- Cuota Escolar, costo de los tratamiento de Clínica básica en los niños.

A N E X O N ú m . 5

CRITERIOS PARA DETERMINAR LAS NECESIDADES DE ATENCION .-

- Caries de primer grado, en presencia de manchas blanca o surcos profundos, se decide aplicación de fluoruro o sellador, según sea el caso.
- Aplicación de selladores de fosetas y fisuras, en todos los dientes posteriores; deciduos y permanentes sanos.
- Aplicación tópica de fluoruro, a partir de los tres años y con una frecuencia semestral.
- Profiláctico, cuando el cálculo dental se observa en la corona clínica de los dientes, no subgingival.
- Amalgama, en los dientes posteriores que no tienen destrucción de cúspides.
- Resina, en todos los dientes anteriores con cavidades de 3a. y 5a. clase.
- Corona tres cuartos, está indicada en todos los dientes, menos en el segundo premolar inferior debido al gran tamaño de la cara oclusal.
- Incrustaciones, indicadas en presencia de gran destrucción del diente, revisar borde marginal y oclusión.
- Corona definitiva, puede ser total o tres cuartos de metal, porcelana o acrílico, revisar bordes marginales y oclusión.
- Corona de acero, en presencia de gran destrucción de tejidos dentarios o pulpotomías, revisar bordes marginales y oclusión.

- Cementos, en presencia de cualquier obturación temporal, marcar lesión cariosa y proponer el tratamiento.
- Prótesis: Parcial, Removible o Total, verificación de tres aspectos: revisión de mucosa -no debe haber alteraciones, oclusión -relación céntrica y dimensión vertical.
- Prótesis parcial, lo anterior y revisar el o los ganchos - bien adaptados a los dientes, mínimo un gancho y la inferior siempre va a estar floja.
- Prótesis removible, los dientes pilares deben estar sanos, - debe ser bilateral con soporte dentomucoso y fácil colocación.
- Prótesis fija, revisar nivel marginal, oclusión; debe estar indicada con ajuste cervical.
- Detartraje, se indica en presencia de cálculo dental subgingival y en alta frecuencia del código 2 del índice de Russell.
- Curetaje, se indica en presencia del código 2 generalizado y 6 y 8 del índice de Russell.
- Cirugía periodontal, en presencia de bolsas periodontales y/o pérdida de la función masticatoria.

Criterios para la valoración de adecuación de las necesidades cubiertas y tratamientos inadecuados, se consideraran los criterios anteriores, además de valorar: indicación del tratamiento, técnicas y material utilizado.

A N E X O N ú m . 6

CUADROS DE SALIDA

I N D I C E

ANEXO DE CUADROS

- I. Distribución de individuos por Grupo de Edad y Sexo.
- II. Necesidades de Tratamiento Preventivo por Grupo de Edad.
- III. Necesidades Preventivas Cubiertas por Grupo de Edad.
- IV. Necesidad de Tratamiento Preventivo por Individuo según Grupo de Edad.
- V. Necesidades de Tratamiento Restaurativo por Grupo de Edad.
- VI. Necesidades Restaurativas Cubiertas por Grupo de Edad.
- VII. Tratamientos Restaurativos Inadecuados por Grupo de Edad.
- VIII. Necesidades de Tratamiento Endodóntico por Grupo de Edad.
- IX. Tratamientos Endodónticos Cubiertos por Grupo de Edad.
- X. Necesidades de Tratamientos de Cirugía por Grupo de Edad.
- XI. Tratamientos de Cirugía Cubiertos por Grupo de Edad.
- XII. Prevalencia de Caries Dental por Individuo según Grupo de Edad.
- XIII. Necesidades de Tratamientos Periodontales por Grupo de Edad.
- XIV. Tratamientos Periodontales Cubiertos por Grupo de Edad.
- XV. Necesidad de Tratamiento Periodontal por Individuo según Grupo de Edad.
- XVI. Necesidad de Tratamiento Curativo por Individuo según -- Grupo de Edad.
- XVII. Necesidades de Tratamiento de Rehabilitación por Grupo de Edad.
- XVIII. Necesidades de Rehabilitación Cubierta por Grupo de Edad.
- XIX. Necesidad de Tratamiento de Rehabilitación por Individuo según Grupo de Edad.
- XX. Referencia y Espontaneidad de la Primera Visita.

- XXI. Tipo de Atención Demandada en la Primera Consulta.
- XXII. Causa de Inasistencia a los Modelos Docente-Asistenciales.
- XXIII. Tipo de Atención Demandada en la Consulta Actual.
- XXIV. Influencia de la Práctica Odontológica en la Demanda.
- XXV. Grado de Satisfacción de la Población Demandante.

CUADRO I

**DISTRIBUCCION DE INDIVIDUOS POR GRUPO DE EDAD Y SEXO.
 MODELOS DOCENTE-ASISTENCIALES. AREA METROPOLITANA DE
 MONTERREY, N.L.**

NOVIEMBRE 1990

GRUPO DE EDAD	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
2 - 14	56	28.0	51	25.5	107	53.5
15 - 24	7	3.5	19	9.5	26	13.0
25 - 34	4	2.0	20	10.0	24	12.0
35 - 44	2	1.0	20	10.0	22	11.0
45 - 54	4	2.0	10	5.0	14	7.0
55 y más	1	0.5	6	3.0	7	3.5
T O T A L	74	3.7	126	63.0	200	100.0

FUENTE: Observación Directa.

CUADRO II

**NECESIDADES DE TRATAMIENTO PREVENTIVO POR GRUPO DE EDAD
MODELOS DOCENTE-ASISTENCIALES. AREA METROPOLITANA DE
MONTERREY, N.L.**

NOVIEMBRE 1990

GRUPOS DE EDAD	SELLADOR DE FOSAS Y FISURAS		APLICACION TOPICA DE FLUOR		PROFILACTICO		MANTENEDOR DE ESPACIO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
2 - 14	266	63.8	35	8.4	35	8.4	25	6.0	361	86.6
15 - 24	-	-	11	2.6	10	2.4	-	-	21	5.0
25 - 34	-	-	8	1.9	5	1.2	-	-	13	3.1
35 - 44	-	-	11	2.6	3	0.7	-	-	14	3.4
45 - 54	-	-	3	0.7	4	1.0	-	-	7	1.7
55 y más	-	-	0	0	1	0.2	-	-	1	0.2
T O T A L	266	63.8	68	16.3	58	13.9	25	6.0	417	100.0

FUENTE: Observación Directa.

CUADRO III

NECESIDADES PREVENTIVAS CUBIERTAS POR GRUPO DE EDAD.
 MODELOS DOCENTE-ASISTENCIALES. AREA METROPOLITANA DE
 MONTERREY, N.L.

NOVIEMBRE 1990

GRUPOS DE EDAD	SELLADOR DE FOSAS Y FISURAS		APLICACION TOPICA DE FLUOR		PROFILACTICO		MANTENEDOR DE ESPACIO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
2 - 14	57	21.1	72	26.7	72	26.7	9	3.3	210	77.8
15 - 24	2	0.7	10	3.7	10	3.7	-	-	22	8.1
25 - 34	-	-	8	3.0	8	3.0	-	-	16	5.9
35 - 44	-	-	4	1.5	5	1.9	-	-	9	3.3
45 - 54	-	-	5	1.9	4	1.5	-	-	9	3.3
55 y más	-	-	2	0.7	2	0.7	-	-	4	1.5
T O T A L	59	21.8	101	37.4	101	37.4	9	3.3	270	100.0

FUENTE: Observación Directa.

C U A D R O IV

NECESIDAD DE TRATAMIENTO PREVENTIVO POR INDIVIDUO SEGUN GRUPO DE EDAD.
 MODELOS DOCENTE- ASISTENCIALES. AREA METROPOLITANA DE MONTERREY, N.L.

NOVIEMBRE 1990

GRUPOS DE EDAD	NECESITA		NO NECESITA		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
2 - 14	97	48.5	10	5.0	107	53.5
15 - 24	12	6.0	14	7.0	26	13.0
25 - 34	13	6.5	11	5.5	24	12.0
35 - 44	13	6.5	9	4.5	22	11.0
45 - 54	7	3.5	7	3.5	14	7.0
55 y más	1	0.5	6	3.0	7	3.5
T O T A L	143	71.5	57	28.5	200	100.0

FUENTE: Observación Directa.

C U A D R O VI

NECESIDADES RESTAURATIVAS CUBIERTAS POR GRUPO DE EDAD.
 MODELOS DOCENTE-ASISTENCIALES. AREA METROPOLITANA DE
 MONTERREY, N.L.

NOVIEMBRE 1990

GRUPOS DE EDAD	OBTURACION AMALGAMA		OBTURACION RESINA		INCRUSTACION		POSTE		CORONA ACERO INOXIDABLE		CORONA DEFINITIVA		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
2 - 14	193	23.6	5	0.6	-	-	1	0.1	120	14.7	-	-	319	39.0
15 - 24	112	13.7	3	0.4	0	0	0	0	-	-	2	0.2	117	14.3
25 - 34	112	13.7	0	0	0	0	1	0.1	-	-	2	0.2	115	14.1
35 - 44	130	15.9	7	0.9	0	0	7	0.9	-	-	4	0.5	148	18.1
45 - 54	70	8.6	1	0.1	0	0	3	0.4	-	-	12	1.5	86	10.5
55 - más	22	2.7	7	0.9	0	0	0	0	-	-	3	0.4	32	3.9
T O T A L	639	78.2	23	2.8	0	0	12	1.5	120	14.7	23	2.8	817	100.0

FUENTE: Observación Directa.

C U A D R O V

**NECESIDADES DE TRATAMIENTO RESTAURATIVO POR GRUPO DE EDAD.
MODELOS DOCENTE- ASISTENCIALES. AREA METROPOLITANA DE
MONTERREY, N.L.**

NOVIEMBRE 1990

GRUPOS DE EDAD	OBTURACION AMALGAMA		OBTURACION RESINA		INCRUSTACION		POSTE		CORONAS ACERO INOXIDABLE		CORONA DEFINITIVA		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
2 - 14	255	28.6	26	2.9	-	-	1	0.1	117	13.1	-	-	405	45.4
15 - 24	117	13.1	8	0.9	0	0	6	0.7	-	-	6	0.7	137	15.4
25 - 34	118	13.2	8	0.9	1	0.1	6	0.7	-	-	7	0.8	140	15.6
35 - 44	86	9.6	13	1.5	0	0	7	0.8	-	-	8	0.9	108	12.1
45 - 54	62	7.0	9	1.0	0	0	5	0.6	-	-	4	0.5	80	9.0
55 y más	8	0.9	3	0.3	1	0.1	5	0.6	-	-	5	0.6	22	2.5
T O T A L	646	72.4	67	7.5	2	0.2	30	3.5	117	13.1	30	3.5	892	100.0

FUENTE: Observación Directa.

C U A D R O VI

NECESIDADES RESTAURATIVAS CUBIERTAS POR GRUPO DE EDAD.
 MODELOS DOCENTE-ASISTENCIALES. AREA METROPOLITANA DE
 MONTERREY, N.L.

NOVIEMBRE 1990

GRUPOS DE EDAD	OBTURACION AMALGAMA		OBTURACION RESINA		INCRUSTACION		POSTE		CORONA ACERO INOXIDABLE		CORONA DEFINITIVA		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
2 - 14	193	23.6	5	0.6	-	-	1	0.1	120	14.7	-	-	319	39.0
15 - 24	112	13.7	3	0.4	0	0	0	0	-	-	2	0.2	117	14.3
25 - 34	112	13.7	0	0	0	0	1	0.1	-	-	2	0.2	115	14.1
35 - 44	130	15.9	7	0.9	0	0	7	0.9	-	-	4	0.5	148	18.1
45 - 54	70	8.6	1	0.1	0	0	3	0.4	-	-	12	1.5	86	10.5
55 - más	22	2.7	7	0.9	0	0	0	0	-	-	3	0.4	32	3.9
T O T A L	639	78.2	23	2.8	0	0	12	1.5	120	14.7	23	2.8	817	100.0

FUENTE: Observación Directa.

C U A D R O VII

TRATAMIENTOS RESTAURATIVOS INADECUADOS POR GRUPO DE EDAD.
 MODELOS DOCENTE- ASISTENCIALES. AREA METROPOLITANA DE
 MONTERREY, N.L.

NOVIEMBRE 1990

GRUPOS DE EDAD	OBTURACION AMALGAMA		OBTURACION RESINA		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
2 - 14	9	13.4	0	0	9	13.4
15 - 24	4	6.0	0	0	4	6.0
25 - 34	9	13.4	0	0	9	13.4
35 - 44	26	38.8	0	0	26	38.8
45 - 54	16	23.9	0	0	16	23.9
55 - más	2	3.0	1	1.5	3	4.5
T O T A L	66	98.5	1	1.5	67	100.0

FUENTE: Observación Directa.

Nota: Sólo 3 obturaciones de amalgama inadecuadas se realizaron en los Modelos Docente-Asistenciales, del total de inadecuadas, un 4.5%.

C U A D R O V I I I

**NECESIDADES DE TRATAMIENTO ENDODONTICO POR GRUPO DE EDAD.
 MODELOS DOCENTE- ASISTENCIALES, AREA METROPOLITANA DE
 MONTERREY, N.L.**

NOVIEMBRE 1990

GRUPOS DE EDAD	ENDODONCIA		PULPOTOMIA		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
2 - 14	-	-	52	82.5	52	82.5
15 - 24	2	3.2	-	-	2	3.2
25 - 34	5	7.9	-	-	5	7.9
35 - 44	1	1.6	-	-	1	1.6
45 - 54	0	0	-	-	0	0
55 y más	3	4.8	-	-	3	4.8
T O T A L	11	17.5	52	82.5	63	100.0

FUENTE: Observación Directa

C U A D R O IX

TRATAMIENTOS ENDODONTICOS CUBIERTOS POR GRUPO DE EDAD.
 MODELOS DOCENTE-ASISTENCIALES. AREA METROPOLITANA DE
 MONTERREY, N.L.

NOVIEMBRE 1990

GRUPOS DE EDAD	ENDODONCIA		PULPOTOMIA		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
2 - 14	2	1.4	100	69.4	102	70.8
15 - 24	7	4.9	-	-	7	4.9
25 - 34	6	4.2	-	-	6	4.2
35 - 44	19	13.2	-	-	19	13.2
45 - 54	8	5.6	-	-	8	5.6
55 y más	2	1.4	-	-	2	1.4
T O T A L	44	30.6	100	69.4	144	100.0

FUENTE: Observación Directa.

C U A D R O X

**NECESIDADES DE TRATAMIENTO DE CIRUGIA POR GRUPO DE EDAD.
 MODELOS DOCENTE-ASISTENCIALES. AREA METROPOLITANA DE
 MONTERREY, N.L.**

NOVIEMBRE 1990

GRUPOS DE EDAD	EXTRACCION		CIRUGIA MAXILOFACIAL		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
2 - 14	30	44.1	0	0	30	44.1
15 - 24	2	2.9	8	11.6	10	14.7
25 - 34	12	17.6	1	1.5	13	19.1
35 - 44	7	10.3	0	0	7	10.3
45 - 54	8	11.8	0	0	8	11.8
55 y más	0	0	0	0	0	0
T O T A L	59	86.7	9	13.3	68	100.0

FUENTE: Observación Directa.

C U A D R O X I

**TRATAMIENTOS DE CIRUGIA CUBIERTOS POR GRUPO DE EDAD.
 MODELOS DOCENTE-ASISTENCIALES. AREA METROPOLITANA DE
 MONTERREY, N.L.**

NOVIEMBRE 1990

GRUPOS DE EDAD	EXTRACCION		CIRUGIA MAXILOFACIAL		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
2 - 14	78	27.2	-	-	78	27.2
15 - 24	14	4.9	6	2.1	20	7.0
25 - 34	22	7.7	2	0.7	24	8.4
35 - 44	81	28.2	2	0.7	83	28.9
45 - 54	45	15.7	5	1.7	50	17.4
55 y más	32	11.1	0	0	32	11.1
T O T A L	272	94.8	15	5.2	287	100.0

FUENTE: Observación Directa.

C U A D R O X I I

**PREVALENCIA DE CARIES DENTAL POR INDIVIDUO SEGUN GRUPO DE EDAD.
 MODELOS DOCENTE-ASISTENCIALES. AREA METROPOLITANA DE MONTERREY
 N.L.**

NOVIEMBRE 1990

GRUPOS DE EDAD	PRESENTA		NO PRESENTA		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
2 - 14	80	40.0	27	13.5	107	53.5
15 - 24	22	11.0	4	2.0	26	13.0
25 - 34	19	9.5	5	2.5	24	12.0
35 - 44	20	10.0	2	1.0	22	11.0
45 - 54	11	5.5	3	1.5	14	7.0
55 y más	5	2.5	2	1.0	7	3.5
T O T A L	157	78.5	43	21.5	200	100.0

FUENTE: Observación Directa.

C U A D R O XIII

NECESIDADES DE TRATAMIENTOS PERIODONTALES POR GRUPO DE EDAD.
 MODELOS DOCENTE-ASISTENCIALES. AREA METROPOLITANA DE
 MONTERREY, N.L.

NOVIEMBRE 1990

GRUPOS DE EDAD	DETARTRAJE		CURETAJE		CIRUGIA PERIODONTAL		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
2 - 14	-	-	-	-	-	-	6	15.4
15 - 24	5	12.8	1	2.6	0	0	7	17.9
25 - 34	6	15.4	1	2.6	0	0	14	35.9
35 - 44	10	25.6	3	7.7	1	2.6	11	28.2
45 - 54	5	12.8	3	7.7	3	7.7	11	28.2
55 y más	1	2.6	0	0	0	0	1	2.6
T O T A L	27	69.2	8	20.6	4	10.3	39	100.0

FUENTE: Observación Directa.

C U A D R O XIV

**TRATAMIENTOS PERIODONTALES CUBIERTOS POR GRUPO DE EDAD.
 MODELOS DOCENTE-ASISTENCIALES. AREA METROPOLITANA DE
 MONTERREY, N.L.**

NOVIEMBRE 1990

GRUPOS DE EDAD	DETARTRAJE		CURETAJE		CIRUGIA PERIODONTAL		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
2 - 14	-	-	-	-	-	-	-	-
15 - 24	2	5.7	2	5.7	1	2.9	5	14.3
25 - 34	7	20.0	4	11.4	0	0	11	31.4
35 - 44	5	14.3	4	11.4	1	2.9	10	28.6
45 - 54	2	5.7	2	5.7	0	0	4	11.4
55 y más	3	8.6	2	5.7	0	0	5	14.3
T O T A L	19	54.3	14	40.0	2	5.7	35	100.0

FUENTE: Observación Directa.

C U A D R O XV

**NECESIDAD DE TRATAMIENTO PERIODONTAL POR INDIVIDUO SEGUN GRUPO DE EDAD.
 MODELOS DOCENTE-ASISTENCIALES. AREA METROPOLITANA DE MONTERREY, N.L.**

NOVIEMBRE 1990

GRUPOS DE EDAD	NECESITA		NO NECESITA		TOTAL	
	#	%	#	%	#	#
2 - 14	4	4.3	22	23.6	26	27.9
15 - 24	6	6.5	18	19.3	24	25.8
25 - 34	10	10.7	12	13.0	22	23.7
35 - 44	6	6.5	8	8.6	14	15.1
45 - 54	1	1.0	6	6.5	7	7.5
55 y más						
T O T A L	27	29.0	66	71.0	93	100.0

FUENTE: Observación Directa.

C U A D R O XVI

NECESIDAD DE TRATAMIENTO CURATIVO POR INDIVIDUO SEGUN GRUPO DE EDAD.
 MODELOS DOCENTE-ASISTENCIALES. AREA METROPOLITANA DE MONTERREY, N.L.

NOVIEMBRE 1990

GRUPOS DE EDAD	NECESITA		NO NECESITA		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
2 - 14	82	41.0	25	12.5	107	53.5
15 - 24	25	12.5	1	0.5	26	13.0
25 - 34	20	10.0	4	2.0	24	12.0
35 - 44	20	10.0	2	1.0	22	11.0
45 - 54	14	7.0	0	0	14	7.0
55 y más	5	2.5	2	1.0	7	3.5
T O T A L	166	83.0	34	17.0	200	100.0

FUENTE: OBSERVACION DIRECTA.

C U A D R O XVII

NECESIDADES DE TRATAMIENTO DE REHABILITACION POR GRUPO DE EDAD, MODELOS DOCENTE-ASISTENCIALES. AREA METROPOLITANA DE MONTERREY N.L.

NOVIEMBRE 1990

GRUPOS DE EDAD	PROTESIS FIJA		PROTESIS REMOVIBLE		PROTESIS PARCIAL		PROTESIS TOTAL		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
2 - 14	5	6.6	1	1.3	0	0	0	0	6	7.9
15 - 24	10	13.2	2	2.6	3	3.9	0	0	15	19.7
25 - 34	16	21.1	10	13.2	3	3.9	0	0	29	38.2
35 - 44	9	11.8	8	10.5	3	3.9	0	0	20	26.3
45 - 54	1	1.3	3	3.9	2	2.6	0	0	6	7.9
55 y más										
T O T A L	41	54.0	24	31.6	11	14.5	0	0	76	100.0

FUENTE: Observación Directa.

C U A D R O X V I I I

**NECESIDADES DE REHABILITACION CUBIERTAS POR GRUPO DE EDAD -
 MODELOS DOCENTE-ASISTENCIALES. AREA METROPOLITANA DE
 MONTERREY, N.L.**

NOVIEMBRE 1990

GRUPOS DE EDAD	PROTESIS FIJA		PROTESIS REMOVIBLES		PROTESIS PARCIAL		PROTESIS TOTAL		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
2 - 14	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0
15 - 24	0	0	0	0	0	0	0	0	3	23.1
25 - 34	3	23.1	0	0	0	0	0	0	5	38.5
35 - 44	2	15.4	1	7.7	2	15.4	0	0	0	0
45 - 54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
55 y más	1	7.7	1	7.7	2	15.4	1	7.7	5	38.5
T O T A L	6	46.2	2	15.4	4	30.8	1	7.7	13	100.0

FUENTE: Observación Directa.

C U A D R O X I X

**NECESIDAD DE TRATAMIENTO DE REHABILITACION POR INDIVIDUO SEGUN GRUPO DE EDAD.
 MODELOS DOCENTE-ASISTENCIALES. AREA METROPOLITANA DE MONTERREY, N.L.**

NOVIEMBRE 1990

GRUPOS DE EDAD	NECESITA		NO NECESITA		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
2 - 14	7	7.5	19	20.4	26	27.9
15 - 24	10	10.8	14	15.1	24	25.9
25 - 34	15	16.1	7	7.5	22	23.6
35 - 44	12	13.0	2	2.1	14	15.1
45 - 54	5	5.4	2	2.1	7	7.5
55 y más						
T O T A L	49	52.8	44	47.2	93	100.0

FUENTE: Observación Directa.

C U A D R O X X

**REFERENCIA Y ESPONTANEIDAD DE LA PRIMERA VISITA.
 MODELOS DOCENTE-ASISTENCIALES. AREA METROPOLI-
 TANA DE MONTERREY, N.L.**

NOVIEMBRE 1990 :

PRIMERA VISITA AL MODULO	NUMERO DE INDIVIDUOS	
	#	%
ESPONTANEO	136	68.0
REFERIDO	64	32.0
T O T A L	200	100.0

FUENTE: Observación Directa.

C U A D R O XXI

TIPO DE ATENCION DEMANDADA EN LA PRIMERA CONSULTA.
 MODELO DOCENTE-ASISTENCIALES. AREA METROPOLITANA
 DE MONTERREY, N.L.

NOVIEMBRE 1990

TIPO DE ATENCION	NUMERO DE INDIVIDUOS	
	#	%
Examen Bucal	49	24.5
Extracción	38	19.0
Preventivo	17	8.5
Obturación	46	23.0
Especialidad	50	25.0
T O T A L	200	100.0

FUENTE: Observación Directa.

C U A D R O X X I I

**CAUSA DE INASISTENCIA, MODELOS DOCENTE-ASISTENCIALES.
AREA METROPOLITANA DE MONTERREY, N.L.**

NOVIEMBRE 1990

CAUSA DE INASISTENCIA	NUMERO DE INDIVIDUOS	
	#	%
Tratamiento Concluido	6	54.5
Pérdida de Dolor y Molestias	1	9.1
Falta de Interés	0	0
Otro	11	36.4
T O T A L	11	100.0

FUENTE: Observación Directa.

Nota: Item aplicado a pacientes con más de tres meses de inasistencia al Módulo .

C U A D R O X X I I I

**TIPO DE ATENCION DEMANDADA EN LA CONSULTA ACTUAL
MODELOS DOCENTE-ASISTENCIALES. AREA METROPOLI-
TANA DE MONTERREY, N.L.**

NOVIEMBRE 1990

TIPO DE ATENCION	NUMERO DE INDIVIDUOS	
	#	%
Examen Bucal	3	27.3
Extracción	3	27.3
Preventivo	1	9.1
Obturación	0	0
Especialidad	1	9.1
Continuación de Tratamiento	3	27.3
T O T A L	11	100.0

FUENTE: Observación Directa.

Nota: Item aplicado a pacientes con más de tres meses de inasistencia al Módulo.

C U A D R O X X I V

**INFLUENCIA DE LA PRACTICA ODONTOLÓGICA EN LA DEMANDA. }
 MODELOS DOCENTE-ASISTENCIALES. AREA METROPOLITANA DE
 MONTERREY, N.L.**

NOVIEMBRE 1990

INFLUENCIA DE LA PRACTICA ODONTOLÓGICA	NUMERO	DE	INDIVIDUOS
	#		%
Influye	198		99.0
No Influye	2		1.0
T O T A L	200		100.0

FUENTE: Observación Directa.

C U A D R O XXV

**GRADO DE SATISFACCION DE LA POBLACION DEMANDANTE.
 MODELOS DOCENTE-ASISTENCIALES AREA METROPOLITANA
 DE MONTERREY, N.L.**

NOVIEMBRE 1990

INDICADORES	EXCELENTE		BUENO		REGULAR		MALO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Amabilidad del Personal	129	64.5	68	34.0	3	1.5	0	0	200	100.0
Puntualidad de Consulta	65	32.5	82	41.0	46	23.0	7	3.5	200	100.0
Comodidad de Instalaciones	103	51.5	84	42.0	13	6.5	0	0	200	100.0
Equipo e Instrumental	125	62.5	75	37.5	0	0	0	0	200	100.0
Material	118	59.0	81	40.5	1	0.5	0	0	200	100.0
Limpieza	104	52.0	85	42.5	11	5.5	0	0	200	100.0

FUENTE: Observación Directa.

CUADRO RESUMEN

TRATAMIENTO	NECESIDAD DE ATENCION		NECESIDAD CUBIERTA		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
SELLADOR DE F.Y F.	266	81.8	59	18.2	325	100.0
MANTENEDOR DE ESP.	25	73.5	9	26.5	34	100.0
PROFILACTICO	58	36.5	101	63.5	159	100.0
FLUORURO	58	40.2	101	59.8	169	100.0
AMALGAMA	646	50.3	639	49.7	1285	100.0
RESINA	67	74.4	23	25.6	90	100.0
INCRUSTACION	2	100.0	0	0	2	100.0
POSTE	30	71.4	12	28.6	42	100.0
CORONA ACERO INOX.	117	49.4	120	50.6	237	100.0
CORONA DEFINITIVA	30	56.6	23	43.4	53	100.0
ENDODONCIA	11	20.0	44	80.0	55	100.0
PULPOTOMIAS	52	34.2	100	65.8	152	100.0
EXTRACCION	59	17.8	272	82.2	331	100.0
CIR. MAXILOFACIAL	9	37.5	15	62.5	24	100.0
DETARTRAJE	27	58.7	19	41.3	46	100.0
CURETAJE	8	36.4	14	63.6	22	100.0
CIR. PERIODONTAL	4	66.7	2	33.3	6	100.0
PROT. FIJA	41	87.2	6	12.8	47	100.0
PROT. REMOVIBLE	24	92.3	2	7.7	26	100.0
PROT. PARCIAL	11	73.3	4	26.7	15	100.0
PROT. TOTAL	0	0	1	100.0	1	100.0

