

**QUE RELACION EXISTE ENTRE LA EPIDEMIOLOGIA Y EL
MEJORAMIENTO DE LA SALUD COMUNITARIA?**

**AMOROCHO MARTINEZ MARINELA
BLANDON MENDOZA CARMEN
BOHORQUEZ ISAZA OLGA LUCIA
CALDERON CRUZ MARIA DEISY
VILLA ARENAS TADIANA PAOLA**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
SANTAFE DE BOGOTA, DC OCTUBRE 2002**

**QUE RELACION EXISTE ENTRE LA EPIDEMIOLOGIA Y EL
MEJORAMIENTO DE LA SALUD COMUNITARIA?**

**AMOROCHO MARTINEZ MARINELA
BLANDON MENDOZA CARMEN
BOHORQUEZ ISAZA OLGA LUCIA
CALDERON CRUZ MARIA DEISY
VILLA ARENAS TADIANA PAOLA**

Asesor Científico:

ADIELA RUIZ GOMEZ

OD. Especialista en epidemiología

Asesor Metodológico:

FREDY SÁNCHEZ MENDOZA

OD. Especialista en Docencia Universitaria

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
SANTAFE DE BOGOTA, DC OCTUBRE 2002**

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	
1. ASPECTOS TEORICO – CIENTÍFICOS	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. JUSTIFICACION	1
1.3. PROPOSITO	1
1.4. MARCO TEORICO	2
1.4.1. Epidemiología	2
1.4.2. Ensayo	27
1.5. OBJETIVOS	30
1.5.1. Generales	30
1.5.2. Específicos	30
2. ASPECTOS TECNICO METODOLOGICOS	31
2.1. TIPOS DE ESTUDIOS	31
2.2. PROCEDIMIENTO	31
2.3. RECURSOS	31
2.3.1. Tecnicos	31
3. RESULTADOS	34
BIBLIOGRAFIA.	

INTRODUCCION

La información acerca de la salud oral en Colombia tiene como referencia publicada los estudios Nacionales de morbilidad oral realizados en los años de 1967, 1979, 1998; en los cuales se destacan la importancia de la epidemiología en la salud oral comunitaria.

La promoción y prevención de las enfermedades se han convertido en la principal alternativa para las comunidades, siendo importante la planeación y ejecución de programas de salud enfocados a esta necesidad, en la cual estudio epidemiológico juega un papel fundamental para el buen desempeño de estos programas.

Los estudios epidemiológicos analizados han servido como base fundamental en la elaboración de políticas y estrategias gubernamentales encaminadas a lograr el bienestar de la población, pero es evidente que estas estrategias no permitieron lograr todas la meta planteada para el año 2.000 por la OMS; y mantener la salud de los niños es la meta necesaria en el proceso de búsqueda de la equidad y universalidad que se vienen proponiendo desde hace largo tiempo.

1. ASPECTO TEORICO CIENTIFICOS

1.1. PROBLEMA

Observar la importancia que ha tenido la epidemiología en los estudios de la salud comunitaria, con el fin de determinar las estrategias y programas han sido lo suficientemente eficaces para cubrir las necesidades de salud de la población Colombiana.

1.2. JUSTIFICACION

Necesidad de evaluar en forma detenida el papel que ha desempeñado la Epidemiología como rama de la ciencia de la salud en la modificación del comportamiento de las enfermedades orales en la población Colombiana.

1.3. PROPOSITO

Conceptualizar cual ha sido la información y el papel de la epidemiología, como rama de ciencias de la salud en la determinación de políticas, estrategias, y acciones que el Gobierno Nacional ha determinado para modificar la situación

de salud oral de los colombianos, identificados de acuerdo a los estudios de morbilidad desarrollados en los años 66/67, 77/79, y ENSAB III / 98.

1.4. MARCO TEORICO

1.4.1. Epidemiología

Se puede definir la epidemiología como el estudio de la distribución de la enfermedad y de los determinantes de su presencia en el hombre. La distribución describe el estado de la salud en términos de edad, sexo, raza, geografía, etc, y los determinantes comprenden la interpretación de la distribución en términos de los posibles factores causales.

Mediante esta se obtiene información complementaria sobre uno más casos de determinadas enfermedades para establecer fuentes de origen, mecanismos de transmisión y medidas de control.

Se utiliza como un instrumento metodológico para el conocimiento de lo que acontece a la población. (COLIMON 1978)

Los estudios epidemiológico se clasificaron según su diseño en:

Descriptivos: determina La distribución de la enfermedad en la población

Analíticos: estudian de los factores determinantes (mesológicos, biológicos, socioculturales y de conducta. Una vez conocidos los factores de riesgo el establecimiento de las adecuadas medidas de control con arreglo de las prioridades establecidas.

Experimentales: Se caracterizan por la asignación aleatoria del factor en estudio, y esto importante ya que es el único tipo de estudio que tiene esta característica. (MORANO 1994)

La epidemiología es casi tan antigua como la medicina misma, en otro sentido es una disciplina muy nueva aunque Hipócrates la expreso en términos que tienen significación para los epidemiólogos en esta época. Solo en los recientes decenios la epidemiología ha sido reconocida con nombre propio y con el cual se identifica a investigadores, grupos de investigadores y departamentos académicos.

La historia de la metodología epidemiológica es fundamentalmente la crónica del desarrollo de cuatro ideas: La enfermedad humana se relaciona con el ambiente del hombre, la cuenta numeral de los fenómenos naturales puede ser ilustrativa, se puede utilizar “ experimentos naturales para investigar la etiología de la enfermedad y bajo ciertas condiciones se puede utilizar experimentos en el hombre para este propósito. (GUERRERO 1986)

Se observo en 1.849 las tasas de mortalidad por cólera eran altas en las áreas de Londres por consumir agua no potable, y también se observo que tratando en agua disminuía la mortalidad.

Desde la era empírica hasta la era de la salud, entendida como ciencia política, la evolución de las ciencias medicas ha experimentado una serie de cambios. De una orientación sintomatología a una orientación científica amparada en los

datos de investigación bacteriológica o anatomopatológica (1850), y desde la orientación individualizada desde el enfermo a una orientación comunal (1950 donde emerge toda la importancia de la salud pública) y a la orientación de la población que toma su auge en el año 1975, en que destaca todo lo relativo a las ciencias del comportamiento.

La asistencia primaria se ve especialmente fortalecida en la Conferencia de Alma- Ata 1978.

La epidemiología ha experimentado un cambio en su concepción, pues antes se tenía un concepto restringido de las enfermedades infecciosas, y por ende las epidemias de este origen, pero ahora el concepto actual es mucho más amplio, aplicable a cualquier tipo de enfermedad; en este sentido podemos hablar de epidemiología de las enfermedades cardiovasculares, del cáncer, de los accidentes de trafico o domésticos, etc. (GUERRERO 1986)

Los principales usos de la epidemiología se pueden referir a lo siguiente:

Medir la naturaleza y magnitud de los problemas causados por las enfermedades de la comunidad, lo mismo que la variación de la patología según tiempo lugar y persona. Es importante conocer los tipos de enfermedades con los cuales el personal adscrito a los servicios de salud particular y oficial se va ha enfrentar, la frecuencia de la enfermedad se refiere a la medición de la patología con respecto a los habitantes que residen en una zona de observación y al periodo de tiempo utilizado. Se puede medir: la proporción de prevalencia, que es la relación de personas que presentan una patología con respecto a los habitantes de un área; la

tasa de incidencia, que es la relación de los individuos que contraen una patología con respecto a los habitantes de la zona en un periodo de tiempo determinado y la tasa de mortalidad que se presenta en un periodo de tiempo con respecto a los habitantes de una área.

Aclarar el enfoque clínico de la enfermedad estudiándola a través de su historia natural y social.

Estudiar la etiología de la enfermedad, estimando en riesgo de enfermar de acuerdo a ciertos factores ambientales a los cuales se expone en individuo y la comunidad. Los riesgos son la posibilidad de enfermedad o morir por determinada patología y el factor de riesgo es el Conjunto de fenómenos de los cuales depende esta posibilidad.

Obtener una comprensión mas profunda de los procesos biológicos. La comprensión obtenida de la información sobre el evento biológico, de acuerdo a las variables de tiempo, lugar y persona permite el establecimiento de una retroalimentación para un mejor tratamiento de la patología.

Identificar nuevos síndromes. Grupos de personas aisladas pueden presentar un síndrome común que se manifiesta por algún signo o síntoma relacionado.

Plantear el estudio etiológico de los eventos de la salud. finalidad primordial de la epidemiología para establecer los factores causantes de la ocurrencia y de la distribución de las enfermedades.

El planteamiento de las investigaciones etiológica comprende dos modalidades, la primera, es la formulación de una hipótesis que puede nacer de la observación de la distribución de los eventos en salud, y también como conclusiones de estudios descriptivos.

La segunda es la prueba de la hipótesis la cual puede ser de causalidad de curación o de prevención.

Se formulan hipótesis de causalidad para plantear la relación existente entre dos o más eventos dentro de una categoría de situaciones variables según las condiciones de persona tiempo y lugar.

Vigilar la patología de un área, los programas instaurados por los organismos sanitarios y contribuir a los aspectos de planificación en salud para su evaluación.

La vigilancia epidemiológica en un proceso regular y continuo de observación de la patología en un área, también es un procedimiento útil para la planeación y evaluación de las medidas de acción en salud.

Un programa de salud necesita bases epidemiológicas antes de su ejecución y además pautas epidemiológicas para su evaluación periododica y su corrección, las bases para la instalación de un programa de salud se implementa por medio de la vigilancia epidemiológica que permite la información detallada de una patología con respecto a las variables de persona, tiempo y lugar; En las cuales se encuentra más prevalente esta patología. Desde el punto de vista administrativo se instaura un programa de salud para tomar acciones con fines preventivos, curativos, o de rehabilitación;

el establecimiento de un programa implica también normas para su evaluación y para saber el grado de cumplimiento.

Un programa de salud debe contribuir a rebajar o disminuir la tendencia de una patología, controlarla o erradicarla según los propósitos del programa, según los recursos existentes y según la patología revisada. Si existe alguna falla se debe establecer la presencia o la razón de dicha falla, no solamente se debe evaluar la eficiencia o la bondad del programa sino también su eficiencia con relación al factor costo- beneficio, se necesita un buen programa con efectos tangibles en la reducción de la patología; o sea un programa eficaz y también con el mejor rendimiento en costo por unidad de observación (sujeto tratado), o sea un programa eficiente.

El presupuesto de salud, siendo limitado, debe dar el mejor resultado económico hasta donde sea posible. (GREEN 1964)

El estudio epidemiológico de la patología en un área permite la información de las categorías de personas de mayor riesgo, es decir grupos de individuos más susceptibles a la enfermedad. Esta información permitirá la localización del grupo de personas más susceptible de contraer el evento o enfermedad, sobre los cuales se debe establecer prioridades para las acciones de salud.

Evaluar los procedimientos, diagnósticos clínicos y paraclínicos. Al igual que los terapéuticos.

Adelantar investigaciones operativas. Son numerosas las investigaciones operativas epidemiológicas de utilidad práctica para la orientación en la salud

publica tales como: investigación de brotes, ensayos clínicos y terapéuticos, establecimientos de bases para la toma de decisiones administrativas, establecimiento y evaluación de la eficiencia de los programas.

La epidemiología y la salud comunitaria se utiliza como un instrumento metodológico para el conocimiento de lo que acontece a una población.

La asistencia primaria se ve especialmente fortalecida en la conferencia Alma -Ata (1978).

El método epidemiológico es de especial utilidad para el estudio de salud en la comunidad, en cuanto a los condicionante socioeconómicos, culturales y asistenciales. A sí pues, se considera de modo especial estudiar los factores de riesgo que inciden sobre la salud de la comunidad, con todos los determinantes mesológicos, biológicos, socioculturales y de conducta implicados, para lo cual es necesario el conocimiento de índices socioecómicos, de calidad de vida, de redes intersectoriales, con esto la epidemiología se ha de considerar en un sentido multidisciplinario y con una concepción holística.

Al medico le interesa un enfermo en particular; al epidemiólogo le interesa el estado de salud de una comunidad.

Por otro lado, el subdesarrollo, la pobreza y la incultura llevan a la enfermedad (muchas veces infecciosas); como lo expresa la OMS “ La incultura y la miseria son los mayores obstáculos para la salud de los pueblos”. (ENSAB III 1998)

Los problemas de salud o enfermedad en una comunidad pueden medirse por medio de instrumentos de medida que reciben el nombre de indicadores e índices de salud o enfermedad.

Russell define índice “ como un valor numérico que describe una situación relativa de salud o enfermedad en una determinada población a través de una escala graduada con límites superior e inferior definidos. Estos a su vez permiten comparar los resultados con los de otras poblaciones clasificadas según los mismo métodos y criterios.

Por lo general, los índices son proporciones o coeficientes que sirven como indicadores de la prevalencia de determinadas enfermedades o condiciones en una comunidad; también pueden indicar el grado de severidad en que se encuentran esas enfermedades.

Un buen índice reúne las siguientes características: validez, que sirve para medir lo que se pretende y que se adapte a las características del problema en estudio; claridad, Por que el examinador debe entender con facilidad las reglas y criterios a aplicar en el estudio; fiabilidad, los resultados deben ser consistentes y reproducibles por distintos examinadores; sensibilidad, debe permitir la detección razonable incluso de pequeñas variaciones; y aceptabilidad de los individuos examinados, es decir, no ocasionar molestias en los examinados.

Podemos encontrar índices reversible e irreversibles, siendo los primeros Utilizados en patologías como la gingivitis, que una vez tratada vuelve a su estado normal. Ejemplo: índice de Russell.;La segunda, que su condición no revierte. Ejemplo: COP

En el caso de salud bucal la unidad de medida puede ser un individuo, un diente, una superficie o una lesión. Sin embargo el tamaño de la unidad mantiene una relación directa con fiabilidad y una relación inversa con la sensibilidad; es decir, a mayor tamaño de la unidad es mayor la fiabilidad, pero la sensibilidad es menor y viceversa.

A pesar de que las investigaciones de cavidad oral se han centrado en caries dental, actualmente se han tenido en cuenta para los estudios realizados, enfermedad periodontal, maloclusiones, fluorosis y las actitudes de la población frente a la higiene oral.

Para diagnosticar el estado de salud dento buco maxilar en las poblaciones se ha utilizado diferentes índices, COP, índice de Higiene oral, presencia de placa, índice de Russell , ICPNT, ESI, Dean, maloclusiones.

El COP es un valor numérico que determina la situación de caries en una comunidad. Fue introducido por Klein y Palmer (1930) quienes establecieron el ICA o COP y así tomaron la pieza dental como unidad de medida. Es un índice irreversible, de aceptación universal, y tiene la ventaja de medir el nivel

de prevalencia de caries en un grupo amplio de población, por lo cual se usa en estudios transversales, sin embargo, solo sirven para evaluar la caries, y por tanto su valor disminuye con forme aumenta la edad de la población estudiada, ya que no considera la pérdida de dientes por enfermedades periodontales.

Las iniciales de la sigla ICA o CPO significan: C, número de dientes permanentes cariados no tratados; A o P, número de dientes permanentes ausentes o perdidos; o, número de dientes permanentes obturados o restaurados.

El índice ceo fue introducido por Grvebbel, se utiliza para conocer la salud dental en los niños con dentición temporal o mixta, y significa : c, número de dietes temporales cariados y no restaurados; e, número de dientes temporales indicados para extraer; o, número de dientes temporales obturados. La medida se calcula por separado según edad y sexo, en grupos de niños menores de 12 años. Los indicadores se formulan mediante una valor o código que corresponde a las condiciones del diente:

CRITERIOS DE EVALUACIÓN DEL COP Y ceo

CODIGO	CRITERIOS
0	espacio vacío (ausencia de diente por causas ajenas de caries)
1	diente permanente cariado
2	diente permanente obturado
3	diente permanente extraído
4	diente permanente con extracción indicada
5	diente permanente normal

6	diente temporal cariado
7	diente temporal obturado
8	diente temporal con extracción indicada
9	diente temporal normal.

Fuente: Tercer estudio nacional de morbilidad oral 1998

Los resultados proporcionan información acerca de: número de personas con caries dental, cantidad de dientes que necesitan tratamientos, proporción de dientes ya terminados, total de dientes que ya hicieron erupción, número de dientes “CPO” por persona o población y composición porcentual del “CPO” por persona o comunidad.

La organización Mundial de la Salud utiliza el COP(D) como indicador para la comparación del estado de salud dental entre poblaciones distintas y define el valor < 3 como meta a alcanzar en el año 2.000.

TABLA DE ESCALA DE GRAVEDAD DE CARIES EN NIÑOS DE 12 AÑOS

VALOR	GRAVEDAD DE CARIES
0-1.1	Muy bajo
1.2 - 2.6	Bajo
2.7 – 4.4	Moderado
4.5 – 6.5	Alto
Más de 6.6	Muy alto

Fuente: Tercer estudio nacional de morbilidad oral 1998

El índice de Higiene Oral simplificado (IHOS) fue introducido por Greene y Vermillion crearon el índice de higiene oral simplificado. Este permite valorar de manera cualitativa los diferentes grados de higiene bucal; para ello, se miden dos aspectos:

CRITERIO	SIGLA
La extensión coronaria de residuos de residuos	IS
La extensión coronaria del calculo supragingival o índice del calculo dental	IC

Fuente: Tercer estudio nacional de morbilidad oral 1998

Se examinan seis dientes: el incisivo central superior derecho, el incisivo central inferior izquierdo, dos primeros molares superiores y dos primeros molares inferiores.

VALOR	CRITERIO
0	Ausencia de materia alba o manchas extrínsecas
1	Residuos blandos que cubren menos de un tercio de la superficie del diente
2	Residuos blandos que cubren más de la tercera parte pero menos de dos terceras partes de la superficie del diente.
3	Residuos blandos que cubren más de las dos terceras partes del diente.

Fuente: Tercer estudio nacional de morbilidad oral 1998

Los valores obtenidos se suman y se dividen entre el número de superficies examinadas, la puntuación para el índice de calculo dental es la siguiente:

PUNTAJE	CRITERIO
0	Ausencia de calculo.
1	Calculo supragingival que cubre menos de un tercio de la superficie del diente.
2	Calculo supragingival que cubre mas de la tercera parte, pero menos de dos terceras partes de la superficie del diente.
3	Calculo supragingival que cubre mas de las dos terceras partes del diente.

Fuente: Tercer estudio nacional de morbilidad oral 1998

Los datos de cada persona o de una comunidad puede obtenerse al calcular las medidas aritméticas del índice de residuos y del índice dental y después la media.

Los resultados se valoran según la siguiente escala:

VALOR	HIGIENE BUCAL
0.0-1.2	Buena higiene bucal
1.3-3.0	Regula higiene bucal
3.1-6.0	Mala higiene bucal

Fuente: Tercer estudio nacional de morbilidad oral 1998

El índice de higiene bucal simplificado se usa mucho para valorar programas educativos referentes a control de la placa dento bacteriana.

La fluorosis dental se mide con el índice de Dean el cual evalúa la presencia de fluorosis e hipoplasias en un individuo o en una población. Este índice se realiza en los dientes permanentes de las personas menores de 20 años.

Para evaluar esta condición examine los dientes 15, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 25, siempre y cuando estén completamente erupcionados. Si más de 2/3 de la superficie de un diente a sido restaurada o está cariada o fracturada no debe examinarse. Examine únicamente aquellos que se encuentren presenten sin hacer sustituciones.

Las superficies a Examinar son las vestibulares de todos los dientes incisivo y en los premolares se evalúan adicionalmente las caras oclusales.

El examinador debe observar de frente al examinado, mirando los dientes en un plano horizontal y notar el patrón de distribución de cualquier defecto para decidir si es típico de fluorosis.

Las lesiones fluóroticas son usualmente bilaterales y simétricas. Los estados leves se caracterizan por finas líneas blancas o parches, generalmente localizadas acerca de los bordes incisales o vértices cuspideos, dando aspecto de papel blanco o de escarchada que tiende desvanecerse en el esmalte que los rodea como una montaña cubierta por nieve; en estados severos se caracteriza por un patrón de estrías horizontales que atraviesan el diente siguiendo las periquimatas.

El diagnóstico se hace para cada diente de manera independiente de los demás, aunque estén igualmente afectados. Para establecer el grado de afección de cada diente, descarte primero el grado más severo y vaya descendiendo en la escala hasta llegar a la descripción que mejor se correlacione con lo que está observando en el diente. En caso de duda registre el caso más bajo por ejemplo (entre leve y moderado registre leve).

CRITERIO Y REGISTRO DE LOS HALLAZGOS DE FLUOROSIS

CONDICION	CRITERIO	CODIGO
Normal	La superficie del esmalte presenta un tipo de estructura con la usual translucidez semivitriforme . La superficie es lisa, brillante y generalmente de un color blanco crema pálido.	0
Dudosa	El esmalte presenta pequeñas aberraciones en la translucidez del esmalte normal, que varía desde unas pocas motas blancas a puntos blancos ocasionales. Esa clasificación se utiliza en aquellos casos donde no se puede con precisión hacer una diferenciación definida de la más leve forma de fluorosis y no se justifica la clasificación de normal.	1
Muy Leve	Pequeñas áreas – papel / blancas, opacas regadas y regularmente sobre la superficie del diente que involucra menos del 25% de su diente. Frecuentemente se incluye aquellos dientes que muestran no más de cerca de 1 a 2 mm de opacidad	2

	blanca en la punta de las cúspides de los premolares y segundos molares.	
Leve	Las áreas opacas blancas del esmalte de los dientes son más extensas, pero no alcanzan a involucrar tanto como el 50% de la superficie del diente.	3
Moderada	Todas las superficies del esmalte están afectadas y las superficies expuestas a la abrasión muestran un desgaste excesivo. Las manchas carmelitas frecuentemente son desfigurantes	4
Severo	Todas las superficies de los dientes están afectadas y la hipoplasia es tan marcada que la morfología del diente puede estar afectada. El signo principal de diagnóstico de esta clasificación es la coalescencia de facetas. Las manchas carmelitas están regadas y los dientes tienen una apariencia como de corroídos.	7
No aplicable	Diente no erupcionado o parcialmente no erupcionado, diente perdido o diente temporal. Diente con corona, brackets o restauraciones que comprometen más de las dos terceras partes de la superficie a examinar. Diente que presenta simultáneamente a la fluorosis a la opacidad que no permite, por su tamaño, evaluar la extensión de la fluorosis.	9

Fuente: Tercer estudio nacional de morbilidad oral 1998

Otro factor fundamental a evaluar son las maloclusiones, teniendo en cuenta que la oclusión dental hace referencia a la relación que presenta los dientes entre sí y estos con los maxilares

CRITERIOS Y REGISTRO DE LOS HALLAZGOS DE OCLUSION DENTAL

CONDICION	DESCRIPCION	CODIGO
Perfil facial recto	la línea imaginaria entre los tres puntos se vea recta.	0
Perfil facial convexo	La línea imaginaria entre los tres puntos es de forma convexa es decir que el punto sub – nasal es más sobresaliente que los otros dos puntos.	1
Perfil facial cóncavo	La línea imaginaria entre los tres puntos es de forma cóncava, es decir el punto subnasal es más profundo que los otros dos.	2
Relación molar normal	La cúspide meso vestibular del primer molar superior se halla entre los dos vértices de las cúspides meso vestibular y la central del molar inferior.	0
Relación molar mesial	La cúspide meso vestibular del primer molar superior ocluye distalmente al vértice de la cúspide central del primer molar inferior	
Relación molar dista	la cúspide meso vestibular del primer molar superior ocluye mesialmente al vértice de la cúspide mesovestibular del primer molar inferior.	

Relación molar no aplicable	se registra solo en casos extremos en los que no se encuentra los primeros molares o los caninos, cuando estos últimos (al faltar los primeros molares) se hayan en mal posición hacia vestibular o hacia palatino o las coronas presentan destrucción extensa.	
Relación canina normal	se determina en los caninos permanente. El vértice cuspídeo del caninos superior ocluye entre el canino superior y el primer premolar inferior	0
Relación canina mesial	El canino inferior ocluye más anterior al canino superior en lo normal	1
Relación canina dista	El canino inferior ocluye posterior o distal al canino superior que en lo normal	2
Relación canina no aplicable	se registra sólo en casos extremos en donde no se encuentran los primeros molares o los caninos, cuando estos últimos (al faltar los primero molares) se hallan en malposición hacia vestibular o palatino, o las coronas presentan destrucción extensa.	9
Mordida borde a borde No	Borde incisal de los incisivos superiores no hace contacto con el borde incisal de los incisivos inferiores en oclusión habitual	0
Mordida borde a borde Si	El borde incisal de los incisivos superiores hace contacto con el borde incisal de los	1

	incisivos inferiores en oclusión habitual.	
Sobremordida horizontal no existe	Los incisivos superiores no sobrepasa en sentido horizontal a los inferiores. La lectura del dentimetro es de 0	0
Sobremordida horizontal 3 mm	: Los incisivos superiores sobrepasa a los inferiores de 1 a 3 mm.	1
Sobremordida horizontal de 3 hasta 6 mm	Los incisivos superiores sobrepasa a los inferiores de 3.1 a 6 mm.	2
Sobremordida mayor a 6 mm	los incisivos superiores sobrepasa a los inferiores en más de 6 mm	3
Sobremordida horizontal no aplicable	Diente no erupcionado o parcialmente no erupcionado, diente perdido o dientes deciduos.	9
Mordida cruzada anterior no existe	Los incisivos inferiores no sobrepasa en sentido horizontal a los incisivos superiores.	0
Mordida cruzada anterior hasta 3 mm	Los incisivos inferiores sobrepasa a los incisivos superiores hasta 3 mm.	1
Mordida cruzada anterior de 3 a 6 mm	Los incisivos inferiores sobrepasa a los superiores de 3.1 a 6 mm.	2
Mordida cruzada mayor a 6 mm	. Los incisivos inferiores sobrepasa a los superiores en más de 6 mm.	3
Mordida cruzada no	diente no erupcionado o parcialmente no	

aplicable	erupcionado, diente perdido o diente deciduo..	.
Sobremordida vertical no existe	Los incisivos superiores no sobrepasa en sentido vertical a los inferiores.	0
Sobremordida vertical un tercio	Los incisivos superiores sobrepasa hasta un tercio (incisal) a los inferiores en la cara vestibular.	1
Sobremordida vertical dos tercios	: Los incisivos superiores sobrepasa a los inferiores en más de un tercio hasta dos tercios de la cara vestibular	2
Sobremordida vertical tres tercios	Los incisivos superiores sobrepasa toda la cara vestibular de los incisivos inferiores, sin producir lesión en la mucosa gingival	3
Sobremordida vertical más de tres tercios o traumática	Los incisivos superiores sobrepasa a los inferiores en más de tres tercios con o sin lesión en la mucosa gingival.	4
Sobremordida vertical no aplicable	Diente no erupcionado o parcialmente no erupcionado, diente perdido o diente deciduo.	0
Mordida abierta anterior no existe	Los incisivos superiores e inferiores presentan contacto ya sea borde a borde o el superior sobrepasa normalmente al inferior, hay presencia de sobrepaso de los unos sobre los otros en s	0
Mordida abierta anterior hasta 3 mm	Entre los borde incisales de los superiores e inferiores hay un espacio de hasta 3 mm en sentido vertical.	1

Mordida abierta anterior de 3 a 6 mm	la distancia entre los incisivos superior e inferior es de 3 hasta de 6 mm en sentido vertical.	2
Mordida abierta anterior mayor de 6 mm	Al realizar la medida de la distancia es mayor de 6 mm	3
Mordida abierta anterior no aplicable	Diente no erupcionado o parcialmente no erupcionado, diente perdido o diente deciduos.	9
Mordida abierta posterior No	Los molares y premolares hacen contacto con los antagonistas	0
Mordida abierta posterior si	Los molares y los premolares no hacen contacto con los antagonistas. No debe confundirse cuando hay presencia de infraoclusión , es decir cuando un diente o dos no cumplieron su erupción completa.	1
Mordida abierta posterior no aplicable	Diente no erupcionado o parcialmente no erupcionado, diente perdido o diente deciduo.	0
Mordida cruzada posterior No	El examinado presenta en oclusión céntrica una relación molar normal	0
Mordida cruzada posterior Si	: Las cúspides vestibulares de los dientes posteriores (premolares y molares) inferiores ocluyen vestibularmente a los diente superiores respectivos.	1 Unilateral derecha 2 Unilateral izquierda 3

		Bilateral
Mordida cruzada posterior no aplicable	diente no erupcionado o parcialmente no erupcionado, diente perdido o diente deciduo.	9
Mordida en tijera No	: la relación buco- lingual en el segmento posterior es normal	0
Mordida en tijera Si	la superficie palatina de los molares superior hacen contacto con la superficie vestibular de los molares inferiores. La superficie vestibular de los molares superiores hacen contacto con la superficie lingual de los inferiores. Es suficiente que solo se haya un diente con esta característica	1
Mordida en tijera no aplicable	Diente no erupcionado o parcialmente no erupcionado, diente perdido o diente deciduo.	9
Espacio no	Los contactos de los dientes del segmento anterior son normales.	9
Espacio leves	Uno o dos de los dientes del segmento anterior en el maxilar superior y o inferior, presenta falta de contacto con aumento del espacio disponible.	1
Espacios moderados	Tres o cuatro de los dientes del segmento anterior en el maxilar superior y o inferior, presenta falta de contacto con aumento del espacio disponible.	2
Espacios severos	Cinco o seis de los dientes del segmento	3

	anterior, en el maxilar superior y o inferior presenta falta de contacto con aumento del espacio disponible.	
Espacio no aplicables	No hay dentición completa de seis a seis para cada maxilar. Se conservan dientes temporales por retención o ausencia congénita de permanentes y no hay dentición permanente de seis a seis.	9
Apiñamiento	Los contactos de los dientes del segmento anterior son normales	9
Apiñamiento leve	Uno o dos de los dientes del segmento anterior, en el maxilar y o inferior, presenta falta de contacto con disminución del espacio disponible.	1
Apiñamiento moderado	Tres o cuatro de los dientes del segmento anterior en el maxilar superior y o inferior, presenta falta de contacto con disminución del espacio disponible.	2
Apiñamiento severo	cinco o seis de los dientes del segmento anterior, en el maxilar superior y o inferior, presenta falta de contacto con disminución del espacio disponible.	3
Apiñamiento no aplicable	Apiñamiento No aplicable Descripción: No hay dentición completa de seis a seis para cada maxilar -.	9

	Se conservan dientes temporales por retención u ausencia congénita de permanentes y no hay dentición permanente de seis a seis.	
--	---	--

Fuente: Tercer estudio nacional de morbilidad oral 1998

El estado periodontal se evalúa mediante el índice ICPNT que significa índice comunitario periodontal de necesidades de tratamiento y se emplea solamente en personas mayores de 6 años. El ICPNT es el método de examen para la identificación de problemas actuales y potenciales de enfermedades periodontales en el individuo y la comunidad.

Los tres indicadores que se usan para evaluar el estado periodontal son la presencia o ausencia de :

Sangrado gingival

Cálculos supra y o sub gingivales

Bolsas periodontales – sub divididas en pandas (4 – 5 mm) y profundas (6mm o más).

CRITERIOS Y REGISTRO DE HALLAZGO DE ESTADO PERIODONTAL

CONDICION	DESCRIPCION	CODIGO
Normal	No hay evidencia de ningún indicador (sangrado, cálculos, o bolsas) después de realizado el estímulo o el sondaje	0
Sangrado	Durante o después de un sondaje cuidadoso o un	1

	estímulo al margen libre de la encía se produce sangrado. La encía del o de los dientes índice debe inspeccionarse para evaluar la presencia o ausencia de sangrado a antes que se le permita al examinado deglutir o cerrar la boca. Muchas veces el sangrado se hace evidente solamente después de diez – treinta segundos del sondaje. No hay cálculos ni bolsas periodontales.	
Calculo	Hay evidencia visual o táctil de cálculos u otro factor retenedor de placa como corona desadaptadas o márgenes defectuosas de obturaciones. No hay bolsas periodontales no registra la presencia de sangrado.	2
Bolsa de 4 a 5 mm	Al sondaje se encuentra bolsa de 4 a 5 mm (el margen gingival queda situado dentro del área negra de la sonda. No hay bolsas más profundas. No registra, la presencia de cálculos o sangrado	3
Bolsa de 6 mm	al sondaje se encuentra bolsa de 6 o más milímetros (el área negra d la sonda no es visible. No registre la presencia de cálculos, de sangrado o de bolsa de 4 o 5 mm.	4
No aplicable	Hay cálculos extensos o elementos extrabucal que cubre todas las superficies del diente o que impiden realizar el sondaje. Nota: Si los cálculos cubre una sola superficie (bucal o lingual), registre el resultado de la superficie que se pueda evaluar. No hay movilidad severa en los dientes al ser evaluados.	9

Sextante excluido	: Existe menos de dos dientes en el sextante, los dientes presentes están indicados para distracción o no hay ningún diente en el sextante. En la evaluación del estado periodontal no se tendrán en cuenta que los terceros molares a menos que funcionen en el lugar de los segundos molares.	X
----------------------	--	---

Fuente: Tercer estudio nacional de morbilidad oral 1998

Determinación del Índice de Extensión y Severidad

La extensión de la enfermedad E, se expresa simplemente como el porcentaje de los sitios examinados que exhibieron enfermedad (di = pérdida de inserción mayor a 1 mm), para lo cual se suman las superficies afectadas (di), se divide por el número de superficies examinadas y se multiplica por 100.

Para determinar el valor de la severidad, se suman los milímetros de pérdida registrados, se resta 1 mm (considerado como pérdida normal) y se divide por el número de superficies que presentaron pérdida mayor de 1 milímetro.

1.4.2 ENSAYO

Es un texto escrito, generalmente breve que expone, analiza o comenta una interpretación personal, sobre un determinado tema: histórico, filosófico, científico, literario, etc. En el predomina lo personal y subjetivo: El punto de vista del autor.

Las características son

Brevedad: el ensayo esta escrito en prosa, generalmente breve y que trata de un solo punto.

Profundidad: el ensayo, como la monografía busca tratar un tema en forma exhaustiva sin por ello convertirse en un tratado magistral.

Crítica: en ocasiones es difícil deslindar el ensayo de la crítica, ya que el juicio crítico con el autor trata el asunto de un ensayo, es característica esencial del mismo.

Subjetivo: le permite al autor dar un tinte emocional al tratado del tema elegido.

Libertad: en cuanto a la elección del tema y de la exposición de los conceptos, críticas, e interpretaciones.

Las etapas para su elaboración son: Selección y delimitación de un tema, acopio de información sobre él; por ello es necesario estudiarlo en todos sus aspecto e inventariar sus partes, terminación de su estructura, es que de las ideas que se van a desarrollar; se logra mediante la realización de la estructura semántica del ensayo, redacción del texto; utilizando un estilo personal

Las Clases de ensayo se clasifican en:

Ensayo digresivo o exposición de ideas: Su objetivo es el de exponer ideas sobre un tema determinado; hacer una divagación interesante sobre él. Su estructura es enunciativa pero muy libre, puesto que no posee partes fijas.

Para su elaboración se exige un tema básico, se realiza una asociación libre de

ideas relacionadas con él; se hace un plan esquemático y luego se redacta en un estilo muy personal.

Ensayo crítico: En él se analiza y valora cualquier idea, obra o actividad humana. Tiene mucha variedad temática (medicina, historia, ciencias exactas, literarias, etc).

Ensayo poético: Es un poema en prosa; en él lo poético predomina sobre lo conceptual. Se caracteriza por que expresa en un grado máximo la sensibilidad del autor, por la belleza de las ideas que expone y por el lenguaje literario que usa para expresarlas.

Ensayo argumentativo: Su objetivo es defender una tesis y lograr que el lector se adhiera a ella. Existe un gran rigor de pensamiento lógico y una gran organización de sus partes. Para obtener su objetivo, debe utilizar un léxico preciso, alusiones directas, preguntas que creen expectativas frente a lo que se va afirmar (preguntas retóricas) y citas textuales de autoridades en el tema que respalden la opinión del autor del ensayo.

El ensayo argumentativo tiene una estructura definida y se caracteriza por tener una estructura esquemática fija y está compuesto de las siguientes categorías propias del texto de estructura argumentativa sus partes son: Introducción, desarrollo y conclusiones.

En la introducción se enuncia brevemente la tesis(Opinión) o la hipótesis que se requiere demostrar; en desarrollo se ordena, lógicamente, las ideas

principales y secundarias relacionadas con el tema(Subtema, proposiciones temáticas) se enuncias objeciones, si existen, y se anexan citas, ejemplos y pruebas que sirvan para sustentar la tesis expuesta.; en la conclusión se retoma la tesis propuesta en la introducción y se demuestra su validez .

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer la relación que ha tenido la epidemiología en la definición de políticas, estrategias y programas para modificar el comportamiento de las enfermedades en Colombia a nivel oral.

1.5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Definir conceptos básicos de epidemiología usos y aplicaciones

Desarrollar una revisión bibliográfica de la aplicación de estudios epidemiológicos realizados en Colombia y las estrategias que se utilizaron mejor.

Realizar un ensayo sobre la relación de la epidemiología con el mejoramiento de la salud en Colombia.

2. ASPECTO TÉCNICO - METODOLOGICO

2.1. TIPO DE ESTUDIO

Revisión Bibliográfica

Ensayo argumentativo

2.2. PROCEDIMIENTO

Por medio de una extensa revisión bibliográfica, fuente obtenida por textos, revistas, artículos científicos y estudios realizados por diferentes universidades del país y de otros país latinoamericanos se obtuvo una información global sobre el tema. Toda la información recopilada fue analizada exhaustivamente con el fin de dar como producto final un Ensayo de tipo Argumentativo.

2.3. RECURSOS

2.3.1. TECNICOS

Bibliotecas

Universidad Antonio Nariño

Fundación Santa fe

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Salud

Universidad Pontificia Javeriana

Universidad Nacional de Colombia

Colegio Universitario Colombiano

Internet

E-mail biblioteca2@isfb.org.

Revistas

Practica odontológica, Mayo del 1994

Practica Odontológica, Junio 1995

Boletín epidemiológico distrital, Junio 2001

Dia mundial de la salud, Abril 1994

Salud para todos en el año 2000

Informe realizado en salud oral del servicio seccional de salud de
Antioquia 1989

Manual de evaluación clínica 1965.

Reformas a la formación del personal de atención bucodental
clínica en México

Libros

El desafío de la epidemiología

Metodología de la investigación

Encuesta de Salud buco dental 1997

Epidemiología de Guerrero

Plan Nacional de desarrollo 1998/2002

Estudio de Morbilidad Oral 1981

Prevention methos and programs oral diseases. 1984

Estudio nacional de salud bucal ENSAB III 1999

Estudio de tendencias epidemiológicas de causas dentales y
periodontopatías en las grandes ciudades Colombianas.

Política del Ministerio de Salud Pública en relación con la
salud oral del país.

3. RESULTADOS

QUE RELACIÓN EXISTE ENTRE LA EPIDEMIOLOGIA EN EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD COMUNITARIA.

La salud comunitaria junto con la epidemiología han sido pilar fundamental en la evaluación de los diferentes programas de salud pública implantados de acuerdo a las distintas políticas de Salud Nacional.

En nuestro país se han realizado hasta la actualidad tres estudios epidemiológicos de salud oral, el primero en el año 1967, el segundo en 1979 y el tercero 1998; en cada uno de estos estudios se emplearon índices para la comprensión del proceso salud enfermedad del sistema dento buco maxilar, para el primero y segundo fueron iguales (COP-D, Russell Y Aseo dental), mientras que en el tercero se evaluó COP-D, actitudes, conocimiento, demanda en la utilización de los servicios, fluorosis y ESI; esto permitió identificar las condiciones de la población, los avances alcanzados en materia de prevención y educación oral, las necesidades de atención en odontología en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y con esto orientar la prestación de los servicios asistenciales. El tercer estudio de morbilidad bucal hizo énfasis en caries dental, enfermedad periodontal, fluorosis y maloclusiones.

Cada estudio presentó resultados diferentes en enfermedad periodontal debido a la variación de los índices aplicados, al tipo de población y al tipo de muestra; todo esto hace que no se pueda analizar los resultados entre uno y otro, a excepción del COP-D que a pesar de la variación en la muestra puede ser comparable.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en Ginebra en el año 1979 establece las siguientes metas para el año 2.000: 50% de dientes libres de caries para niños de 6 años, El valor del índice COP-D deberá ser de 3 o menor en la población de 12 años, a los 16 años el 85% de las personas deberán tener todos sus dientes, el 75% de las personas deberá tener 20 a los 35 años y a los 65 años el 50% de las personas deberán tener 20 dientes; todo esto con el fin de lograr que “ Todos los pueblos del mundo alcancen un nivel de salud que le permita llevar una vida social y económicamente productiva”, casualmente en ese mismo año nuestro país realizó el segundo estudio epidemiológico de morbilidad oral donde se obtuvo como resultados un índice de COP-D de 13, una prevalencia de caries de 96.7% y un 95% de la población tenía una historia de caries. (ENSAB III. 1998)

Según la OMS para todos los países latinoamericanos la meta para el año 2.000 era un índice de COP-D de 3 a los 12 años.

Casi veinte años después es decir en 1998 se realizó el tercer estudio epidemiológico de morbilidad oral y se presentaron los siguientes resultados en

la población en general: Referente a morbilidad bucal el índice COP-D fue de 10, una prevalencia de caries en la zona rural de 64% y la zona urbana 50%, mientras que los niños de 12 años presentaron una prevalencia de caries de 5.5 y una historia de caries de 13%.

¿ Por que existe tal diferencia en los resultados del segundo y tercer estudio epidemiológico de morbilidad oral?

El tercer estudio epidemiológico se desarrollo en 1998 casi 5 años después de la implantación de la ley en salud y seguridad Social (Ley 100/ 93). Esto quiere decir que más población tenía acceso a la salud lo que ha implicado un descenso significativo en el índice COP-D, historia de la caries y prevalencia de caries. Por otro lado se han implementado políticas por parte del Estado que se basan en la promoción y prevención de la enfermedad; causa importante en el descenso de los resultados en el grupo de 12 años. Una de estas políticas es el Programa Nacional de fluorización masiva en sal de consumo humano lo que ha logrado resultados significativos en la disminución de la de caries y el índice COP-D de la población Colombiana; al mismo tiempo se logro evaluar la fluorosis dental para determinar el grado de afectación en la población infantil; leve, moderado y severo.

Después de conocer los resultados de los estudios epidemiológicos, se observa una reducción significativa en el índice COP-D en la población en general pasando de 15 en el primer estudio, a 13 en el segundo, y por último

10 en el tercer; pero a pesar de todo esto nuestro país se encuentra dentro de la clasificación muy alta.

Se observa un aumento significativo del índice COP-D en la población de 15 a 19 años con respecto a la población de 12 años en prevalencia de caries e historia de caries; esto fundamentalmente se debe a que los niños escolares se encuentran en diferentes programas de promoción y prevención, pero una vez culminado esta etapa, los niños olvidan los métodos preventivos lo que da como resultados un ascenso en el índice de COP-D e incidencia de caries, a demás de esto la educación en salud oral no incluye la población de 15 a 19 años.

La enfermedad periodontal, se ha evaluado en los tres estudios de morbilidad; aclarando que en los dos primeros estudios se analizó por medio del índice de Russell, mientras que el tercero se utilizó el índice de severidad y extensión (ESI); todo lo anterior significa que la enfermedad periodontal ha entrado en el grupo de las enfermedades de mayor prevalencia en Colombia y en los países de América Latina. Esto lo afirma la OMS “ La caries dental y la enfermedad periodontal son las enfermedades más prevalentes en la mayoría de países en desarrollo”.

Ahora bien, según la OMS para el año 2.000 el índice COP- D para los niños de 12 años sería de 3; metas que según el ENSAB III del 1998 se cumplieron. Para Colombia, el resultado de

este índice fue de 2.3. Se debe tener en cuenta que esta población (12 años) se encuentran en un periodo de recambio, es decir los dientes permanentes tienen muy poco tiempo de erupción por lo cual no han tenido suficiente exposición a todos los agentes causales de caries dental.

Vale la pena cuestionarnos que pasa con el índice de los niños menores de 5 años; pues es la población más vulnerable a presentar caries dental; sería de gran importancia reforzar los programas de promoción y prevención dirigidos a las mujeres en periodo de gestación para así lograr que los niños a los 5 años tengan una historia de caries de 0.

Será que las políticas Nacionales en Salud son suficientes para ofrecerle a nuestra población una mejor calidad de vida y un mejoramiento de la salud oral?

Desde que se realizó el primer estudio epidemiológico de morbilidad oral en Colombia al tercer estudio pasaron treinta años y se ha registrado un descenso del índice COP-D en la población general de 15 a 10; lo que significa que las políticas Nacionales en salud oral se han cumplido, pero no significa que no se puedan lograr mejores resultados.

La situación actual de nuestro país tiene prioridades más importantes como el orden publico, la disminución de la violencia, el desempleo, el terrorismo entre otros; pero así mismo el Estado no ha bajado la guardia en los programas de

Promoción y prevención en salud, como es el caso de la fluorización masiva en sal de consumo humano. Valdría la pena analizar por medio de un estudio epidemiológico que repercusiones ha tenido la fluorización de la sal en el descenso del COP en la población Colombiana.

Por lo tanto, para concluir se puede afirmar que los estudios epidemiológicos son herramientas indispensables en la formulación de planes y estrategias que el gobierno pretende realizar y ejecutar en lo que programas de salud se refiere.

BIBLIOGRAFÍA

ARMUO, R, Epidemiología básica, Printed in Argentina, Buenos aires, 1974, p. 15-47.

CARVAJAL, L. Metodología de la Investigación. FAID. Colombia.1.996. p. 58-61, 75-81.

COLIMON, M, Epidemiología. Colombia. 1978. p. 2-25.

DIA MUNDIAL DE LA SALUD " Enfermedades bucodentales : es mejor prevenir que curar" 1994.p. 1-5.

DIA MUNDIAL DE LA SALUD " Salud bucodental para todos por medio de sistemas alternativos de atención bucodental" 1994.p. 1-4.

DIA MUNDIAL DE LA SALUD "El desafío permanente de un sistema de atención bucodental adaptado a las necesidades" 1994.p. 1-2.

DIA MUNDIAL DE LA SALUD " Datos y cifras día mundial de la salud: 7 de abril de 1994" 1994.p. 1-5.

ENCUESTAS DE SALUD BUCODENTAL, Printed in Malta. Ginebra. 1997. p. 4-55

GARCIA, L. ESTRADA, J. Perfil Epidemiológico Bucodental de la Población escolar de 5 a 15 años. Colombia.

GUERRERO, Epidemiología . Iberoamericana. Argentina. 1986.p.1-20,23-35.

GREEN, J y VERMILLON, J. The Simplified oral hygiene Index. Journal of American Dental Association. 1964.p 7-13.

HERAZO, A.. Estudio de Tendencias Epidemiológicas de Caries Dental y Periodontopatías en las Grandes Ciudades Colombianas. Ministerio de. Colombia. 1.995.p. 25-43

INVESTIGACIÓN DE MORBILIDAD. Manual de Evaluación Clínica. Asociación de Facultades de Medicina . 1.995. p . 1-1, 2-2.

MARTINEZ, M. Programa de Vigilancia Epidemiológica para Enfermedades Orales. Facultad Nacional de Salud Publica. Colombia. 1.989. p. 14-40.

MAUSNER, J, Epidemiología interamericana, México. 1997.p. 24-40.

MEJIA, R. Morbilidad Oral. Investigación de Morbilidad. Estudio de recursos Humanos para la Salud y educación Medica en Colombia. Mini salud. ASCOFAME. Colombia. 1.971.p. 25-48.

MINISTERIO DE SALUD, Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal. ENSAB III. Printed in Colombia. Tomo I. 1.999. p. 21-56.

MINISTERIO DE SALUD ,Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal. ENSAB III. Printed in Colombia. Tomo VII. 1.999. p. 13-45, 69-88.

MONCADA, O. CORTES, C. Demanda de Servicios Odontológicos. Ministerio de Salud. Estudio Nacional de Salud. Colombia. 1.977-1.980.

MORENO, A. Epidemiología clínica. Mcgraw-Hill. México. 1994. p.1-44.

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO, Tomo I . Presidencia de la República. Departamento Nacional de Planeación. Colombia. 1.998-2002. p. 32-43.

PRACTICA ODONTOLÓGICA, Vol. 13. Numero 11. 1.992

PRACTICA ODONTOLÓGICA, Vol. 15. Numero 5. 1.994.

PRACTICA ODONTOLÓGICA, Vol. 16. Junio 1.995.

REYES, J. Metodología y salud de la comunidad. Mcgraw-hill. San Francisco.
1989.p. 1-24, 55-66.

ROSSELOT VICUÑA. Salud para Todos en el Año 2.000 con Énfasis en la
Problemática de Salud Oral Infantil. Informes Técnico. Salud. Montevideo.
Uruguay. 1.980. p 1-7.

Correo Electrónico:

Odontoensayo10@hotmail.com