

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

PRACTICA DIRIGIDA DE GRADUACION

**TRATAMIENTO DE UN CASO CLINICO
CON ENFASIS EN MEDICINA ORAL
DENTRO DEL CONTEXTO BIO-PSICO-SOCIAL**

CARLOS E. TORRES PEÑA

CIUDAD UNIVERSITARIA "RODRIGO FACIO"

1981

TRIBUNAL EXAMINADOR:

Dra. Guillermina Jiménez I.

Dr. Rodolfo Fernández

Dr. Antonio Fernández G.

Dr. Rodrigo Jiménez P.

DEDICATORIA:

A mis padres Uriel y Margarita
que con su esfuerzo, confianza
y cariño me brindaron todo el
apoyo que necesite para lograr
llegar a este gran día.

INDICE

	PAGINA
INTRODUCCION	1
CARACTERISTICAS GENERALES DE LA COMUNIDAD	2
ESTUDIO SOCIO-ECCNOMICO DEL GRUPO FAMILIAR	12
TRABAJO EN ORGANIZACION COMUNAL	19
CASO CLINICO CON ENFASIS EN MEDICINA ORAL	22
TRATAMIENTO EFECTUADO	30
CONCLUSIONES	32
CITAS BIBLIOGRAFICAS	34
BIBLICGRAFIA	35

INTRODUCCION

Este trabajo consiste en el tratamiento integral de casos clínicos en la comunidad de Platenares de Moravia dentro de un contexto bio-psico-social.

El hecho de presentar un caso clínico haciendo una rehabilitación bucal total y tomando en cuenta al paciente en todo su contexto, nos permite utilizar todo los conocimientos adquiridos durante los años de estudio en nuestra facultad, ya sabemos que la salud bucal de los individuos esté determinada por su condición socio-económica. Al ser ésta, parte de la salud general y esta salud general es el producto de determinantes biológicos y sociales de acuerdo al concepto moderno de salud. (1)

Los objetivos son:

- a- Buscar la forma más adecuada para solucionar los problemas de salud de la colectividad.
- b- Conocer la realidad socio-económica del paciente y ver como influye ésta en su salud, mediante encuestas que se realizarán a este grupo de pacientes.
- c- Dar servicio odontológico según la condición económica, implementando soluciones para los diversos problemas de salud bucal.
- d- Poder identificar y describir problemas relacionados con la prestación de servicios odontológicos para la población de diferentes condiciones socio-económicas.

Para conseguir esto llevamos a cabo la siguiente metodología:

- a- Un estudio de características generales de la comunidad.
- b- Un estudio socio-económico del grupo de familias visitadas.
- c- Se participo en trabajos de organización comunal.
- d- Realizamos un tratamiento odontológico de un caso clínico.

CONTENIDO

A- CARACTERISTICAS GENERALES DE LA COMUNIDAD:

Por ser Platanares un caserío de San Jerónimo de Moravia estudiamos las características generales de ésta, para poder entender el contexto de Platanares

DESCRIPCION ETNOGRAFICA:

San Jerónimo es el Distrito Tercero del Cantón de Moravia. Se encuentra al noroeste de la ciudad de San José, a una distancia de 15Kms. Una carretera asfaltada muy angosta comunica el distrito de San Jerónimo con la ciudad de San José. El viaje puede durar hasta una hora pasando por Guadalupe, San Vicente de Moravia, La Trinidad, Parasito y finalmente se llega al poblado. Es posible comunicarse con Santo Domingo de Heredia, a través de un camino de tierra que conduce hacia San Luis; pero en esa ruta no hay servicio de buses. La carretera a Guápiles que construye la Monolítica S.A., pasará a 1 Km. de distancia del camino a Carrillo.

Tiene una altura de 1397 Kms. sobre el nivel del mar y puede ubicarse en la zona subtropical (Helt, 1.978) con temperaturas promedio entre los 18° y 23°C. En cuanto al régimen de lluvias, se ve afectado por su posición en dirección al Paso de la Palma, depresión entre los volcanes Barba e Irazú, que constituye una zona de paso de fuertes vientos que traen lluvias, llegando a alcanzar en algunas zonas una precipitación anual de 3.000mm. , y presentando cierta indefinición en cuanto a la estación seca y húmeda. (1)

San Jerónimo se ubica por su vegetación en el bosque premontano muy húmedo (Holdridge, 1.978). La riqueza en vegetación natural y en fauna silvestre ha motivado la creación del Parque Nacional Braulio Carrillo, para protección de los recur-

tos naturales del área.

San Jerónimo es una zona montañosa, de paisaje muy quebrado. Regada por los ríos Pará y Agrá. En los límites norte y sur la recorren los ríos la Hondura y Nacho, este último afluente del río Virilla. Además de estos ríos, la zona está atravesada por una serie de pequeñas quebradas.

El suelo volcánico, característico del Valle Central, hace de esta una región muy fértil; sin embargo, el exceso de humedad y la llovizna constante constituyen un problema para el desarrollo de actividades agropecuarias. En estas condiciones climáticas el campesino se enfrenta al riesgo de plagas y pérdida de cosechas.

HISTORIA:

Durante la época de la independencia, en Costa Rica predominó una economía más que todo de subsistencia, basada en la unidad doméstica de producción y consumo, dispersa en las fértiles suelos del Valle Central. Del mismo modo, San Jerónimo participaba de este tipo de economía ya que contaba con pequeñas propiedades dedicadas al cultivo de granos, hortalizas, pastos, propios para la subsistencia.

Hacia el año 1840, Costa Rica entró en el proceso del monocultivo del café, transformándose así en el panorama total de la sociedad nacional. Es entonces cuando las comunidades de Plataneres, San Jerónimo y Parasito vienen a jugar un papel muy importante, ya que por ahí pasaba un camino (camino a Carrillo) que conducía a la Zona Atlántica, vía por la cual se transportaba el café y otros productos importantes para la exportación.(1)

Actualmente como consecuencia de este determinante histórico, nos encontramos con una serie de pequeños asentamientos localizados como transición, entre los cuales esta la comunidad de Plataneres.

Dichos asentamientos se caracterizan por la concentración de servicios religiosos, educativos y recreativos; para una población dispersa en la zona y dependientes de este antiguo camino para su comunicación principal. Dentro de este marco histórico se localiza a Plataneros y cuyas características generales actuales se encuentran en las siguientes tablas.

TABLA 1

POBLACION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO DE PLATANEROS

GRUPOS DE EDAD	TOTAL	PORCENTAJE	HOMBRES	%	MUJERES	%
de menos de 1 a 14	260	42	140	43.64	120	40.26
de 15 a 64 años	348	56.23	176	54.82	172	57.71
de 65 a más años	9	1.45	4	1.24	5	1.67
sin información.	2	0.32	1	0.31	1	0.33
TOTALES	619	100%	321	100%	298	100%

fuente:

6

errados

21

fuente: Encuesta Marzo de 1980

Ministerio de Salud.

Sistema de Nutrición e Información.

En esta tabla podemos determinar que el mayor porcentaje de la población de Plataneros va de los 15 a los 64 años, edades en que el individuo o persona, es productivo para la comunidad y además podemos notar que hay mayor cantidad de hombres en estas edades.

TABLA 2

ESCOLARIDAD EN POBLACION MAYOR DE 15 AÑOS POR SEXO.

ESCOLARIDAD	TOTAL	PORCENTAJE	HOMBRES	PORCENTAJE	MUJERES	PORCENTAJE
Analfabeta	105	29.90	98	32.80	47	27
De 1 ^o a 3 ^o Primaria.	3	0.85	2	1.13	1	0.97
De 4 ^o a 6 ^o Primaria.	191	54.40	87	49.10	104	59.80
De 7 ^o a 9 ^o Secundaria.	39	9.97	20	11.30	19	8.62
De 10 ^o a 11 ^o Secundaria.	19	4.27	9	5.00	6	3.45
Superior y técnica	-	-	-	-	-	-
Sin informa- ción.	2	0.57	1	0.96	1	0.97
TOTALES	351	100%	177	100%	174	100%

Fuentes:

Encuesta Marzo 1980
Ministerio de Salud
Sistema de Nutrición e Información.

Dentro del contexto de esta tabla es notorio que el grupo mayoritario se encuentra en primaria de 4^o a 6^o grado, por lo que se concluye que una vez terminada la primaria, los estudiantes se dedican al trabajo.

TABLA 3

OCUPACION DE LOS JEFES DE FAMILIA

OCUPACION	PORCENTAJE
Profesional, técnicos y afines	-
Gerentes, Administradores y afines.	0.81
Comerciantes, Vendedores y afines.	4.84
Agricultores, Ganaderos, y afines.	3.23
Conductores, Transportistas, y afines.	---
Artesanos y Operarios.	19.36
Obreros (industrias, manufacturas).	4.84
Jornaleros (peón, agrícola, y o de construcción)	33.87
Servicios (empleada doméstica, panadero, guarda, etc).	20.97
No especificados (pensionados)	4.84
Sin información	7.26

Fuentes: 100%

Encuesta: Marzo de 1980

Ministerio de Salud

Sistema de nutrición e Información.

En esta tabla es notorio que la mayor parte de la población ocupacional es asalariada, y cuya fuente de trabajo de mayor alcance porcentual es el de jornalero.

TABLA 4

INGRESOS FAMILIARES

INGRESO ¢	PORCENTAJE %
0 - 999	15.32
1000 - 1999	39.50
2000 - 2999	34.60
3000 - 3999	6.45
4000 - y más	2.40
Sin informar.	1.60
	100%

Fuente: Encuesta de 1980
Ministerio de Salud.
Sistema de Nutrición e Información.

En este cuadro podemos observar que este grupo de personas asalariadas en la población de Plataneros tiene una remuneración que oscile de ¢1000 a ¢2000.

TABLA 5

CATEGORIA DE OCUPACION DE LOS JEFES DE FAMILIA

CATEGORIA	PORCENTAJE %
Asalariado	66.93
Cuenta propia	15.32
Patrono	---
Pensionado	0.81
Desocupados	---
Sin Información	16.93
	100%

Fuentes:

Encuesta Marzo de 1980
Ministerio de salud
Sistema de Nutrición e Información.

Siendo la localidad de Platanares un sector desprovisto de medios de producción propios por lo que el alto porcentaje de asalariados es notorio en esta tabla.

TABLA 6

ESTUDIO SOCIO-ECONOMICO DE PLATANARES DE MORAVIA
TENENCIA DE LA VIVIENDA

TENENCIA	PORCENTAJES
Propia	64.50
Alquilada	10.50
Prestada	24.20
Precaria	0.80
	100%

Fuente: Encuesta marzo de 1980
Ministerio de Salud.
Sistema de Nutrición e Información.

A pesar de ser la vivienda propia, en un alto porcentaje, los miembros de la localidad no cuentan o no son propietarios de la mayor extensión de las tierras.

TABLA 7

CONDICION GENERAL DE LA VIVIENDA

CONDICION	PORCENTAJES
Muy deteriorada	9.60
Requiere de salud	39.90
Buenas condiciones	47.90
Sin datos	7.29
	100%

Fuente:

Encuesta de Marzo 1980
Ministerio de Salud
Sistema de Nutrición e Información.

En esta tabla podemos determinar que la mayor parte de las viviendas se encuentran en buenas condiciones o requieren muy poca reparación.

TABLA 8

POBLACION DE 15 A 64 AÑOS POR TIPO DE SEGURO

CONDICION DEL ASEGURADO	PORCENTAJE
Asegurado Directo.	20.70
Asegurado Familiar.	49.90
Sin seguro.	24.50
Pensionado.	0.20
Voluntario.	4.70
	100%

Fuentes:

Encuesta marzo 1980
Ministerio de Salud
Sistema de Nutrición e Información.

Los datos nos demuestran que un gran sector de la población de Platanares es asegurado y tiene el seguro familiar y además que lo utilizan.

B.- ESTUDIO SOCIO-ECONOMICO DEL GRUPO DE FAMILIAS

A las cinco familias que fueron visitadas en Platanares se les realizó un estudio socio-económico, para relacionar la situación de los integrantes de estas familias con el contexto general de la comunidad y así realizar un tratamiento integral de acuerdo a su situación actual.

I- DATOS GENERALES DE LA FAMILIA

a- CUADRO GENERAL:

El promedio de habitantes por hogar es de ocho personas, en un total de cinco familias, sumando todos los miembros cuarenta.

Se encuentra que el número menor de los mismos es de cuatro habitantes y el mayor de diez. Dentro de esta comunidad se logró determinar un total de dieciocho menores de edad en las cinco familias, estableciendo un promedio de un 45%. Está relacionado con el contexto general de la comunidad (tabla I).

En cuanto al nivel académico recibido, logramos encontrar un número promedio de 21 estudiantes; siendo un porcentaje de 52.5%, estando este de acuerdo a los datos suministrados por el Ministerio de Salud en Marzo de 1980. (tabla II).

Las ocupaciones de los jefes de familia son diversas, tales como: Jornalero, tapicero, empleada doméstica, maestro de obras y obreros. Y de acuerdo al contexto general de la comunidad, expresamos que todos son obreros o jornaleros. (tabla III).

b- MIGRACION:

En cuanto migración y promedio de años de vivencia en la comunidad de Platanares, se determinó que el año promedio es de doce y medio, siendo dos el de la familia de menos

años de recidir en la localidad y cuarenta y dos el de la mayor.

La procedencia de las familias anteriores se distribuye así:

- a- Dos proceden de San José.
- b- Una de Heredia.
- c- Una de Moravia.
- d- Una de Limón.

Manifiestan haber cambiado de residencia por motivo de:

- a- Más barato el alquiler de la casa.
- b- Más tranquilo el lugar.

II- CARACTERISTICAS ECONOMICAS

a- INGRESO FAMILIAR:

El promedio de ingreso familiar analizado en las cinco familias es de \$1.225⁰⁰ por mes, encontrando que el menor ingreso es de \$800 y el mayor es de \$2.000⁰⁰. Viendo en la tabla general de ingresos familiares de Platenares el mayor porcentaje se encontraba también entre los \$1.000⁰⁰ y los \$2.000, por lo que nos da cierta similitud con el panorama general. (tabla IV). El promedio de personas que dependen del jefe de familia es de cinco, enfocándonos el promedio socio-económico que sufren las mismas.

b-PROMEDIO DE PERSONAS QUE APORTAN INGRESOS EN EL TOTAL DE LAS FAMILIAS:

El jefe de la familia es el único que aporta dinero al hogar, entendiéndose en este caso por jefe de familia el que aporta el dinero ya sea hombre o mujer.

Con respecto a la categoría de ocupación de los jefes de

c- VIVIENDA:

De las cinco familias hay cuatro con vivienda propia y una alquilada, encontrándose con tabla de estudios socio-económico de la tendencia de vivienda notamos que las viviendas propias se encuentran en mayor proporción (tabla VI).

El material del piso encontramos que habían tres de madera y dos de cemento.

Material del techo: las cinco son de zinc.

Materiales de las paredes: tres son de ladrillo, bloque y dos de madera.

Número total de camas: quince camas y dos cunas.

Número de piezas de la vivienda: once en total.

Luz y ventilación: en las cinco casa es buena.

Abastecimiento de agua: por acueducto a domicilio.

Conexión de agua: dentro de la casa.

Tipo de cocina: tres eléctricas, una de canfín y una de fogón.

Ubicación de la cocina: cuatro son cocina comedor y una es independiente.

Eliminación excretas: tres cloacas, una letrina y un tanque séptico.

Alumbrado: en las cinco casas es eléctrico.

Eliminación de la basura: cuatro la entierran y una al campo.

Artefactos: un refrigerador, cuatro tienen televisor y una no tiene, radio las cinco familias tienen.

Condición general de las casas: las cinco requieren reparación. (tabla VII).

d- ELEMENTOS QUE AFECTAN EL VECINDARIO:

Entre los elementos que afectan el vecindario están los malos olores y el camino.

familia, se detectó que todos son asalariados en las cinco familias. En otras palabras el 100% de los jefes de familia son asalariados y con respecto al resto de la población se encontraron que los datos eran mayoritarios en porcentaje a los asalariados que es de 66.93% (tabla V), estando muy relacionados.

De acuerdo al tiempo en que han mantenido en el trabajo los jefes de familia de las cinco familias, tenemos: el que tienen menos tiempo laborando es de dos años y el de mayor tiempo es de diez años o sea que el promedio de trabajo en años es de cinco años.

Con respecto a la jornada de trabajo logramos detectar que trabajan jornadas diurnas de ocho horas diarias. Ninguno de estos jefes de familia, tienen ocupación secundaria, se dedican a un solo oficio, pero son capaces de realizar cualquier otro trabajo sencillo, si el medio se lo permite.

c- ESTUDIO SOBRE ALIMENTACION:

El número de personas que corresponde a los hogares en investigación es de cuarenta como anteriormente se citó, se encontró que estas personas basan su alimentación o consumo diario los siguientes productos: Arroz, azúcar, frijoles, café, manteca, pan. Algunas de las cinco familias consumen tortillas en lugar de pan. Se encontró en este estudio que consumen ocasionalmente alimentos como: Huevos, carne, pescado, y leche, o sea que los alimentos o dieta esté concentrado en carbohidratos en su mayoría. Todos compran su alimento en la única pulpería del lugar, ningún alimento es producido, todo es comprado, a pesar de que la zona es agrícola y tiene un clima apto para la siembra.

Concluyendo con respecto al cuadro alimenticio, nos hemos dado cuenta que la alimentación no reúne las condiciones mínimas de nutrición, agravando así el problema social.

e.- CUADRO DE MOVILIDAD Y USO DE SERVICIOS DE SALUD:

Enfermedades más frecuentes que han tenido los pacientes:

Diabetes	Bronquitis	Rubeola
Hipertensión Arterial	Artritis	Asma
Diarrea	Glaucoma	

Cuando se enferma algún miembro de la familia se visita a C. C. S. S., cuando algún miembro de la familia tiene problemas dentales se visita a C. C. S. S. el dentista que esté en servicio y al consultorio privado van solo los hijos de una familia, las demás familias no van a consulta privada, y los padres de esa familia que mandan a sus hijos no van a la consulta privada, pues dicen que ellos ya están viejos, y que tienen planches, o sea dientes postizos.

Pero con prevalencia en la C.C.S.S. debido a que son asegurados familiares cuatro familias y una no tiene seguro social siendo esta cifra muy parecida a la del compendio general de la comunidad evaluada en Marzo de 1980. (tabla VIII).

f- USO DEL TIEMPO LIBRE:

PASEOS: Dos familias ocasionalmente

Tres familias nunca van.

ESPECTACULOS: Una familia ocasionalmente

Cuatro familias nunca.

BAILES: Dos familias ocasionalmente

Tres familias nunca.

FIESTAS: Una familia ocasionalmente

Cuatro familias nunca.

CANTINAS: En una familia, un miembro va semanalmente

Cuatro familias nunca van.

DEPORTES: Una familia siempre va

Tres familias ocasionalmente

En una familia un miembro va semanalmente.

TELEVISION: Las cinco familias ven siempre.

MISA: Cuatro familias siempre.

Una ocasionalmente.

VISITAS A FAMILIARES: Tres familias ocasionalmente

Una familia semanalmente

Una familia nunca.

III PARTICIPACION DE LA FAMILIA EN ORGANIZACIONES DE LA COMUNIDAD.

ASOCIACION DE DESARROLLO COMUNAL:

Un miembro de la familia es asociado.

Tres familias ni siquiera conocen a los miembros.

Un solo miembro de la familia visita las reuniones.

Comités de salud: No pertenece ningún miembro de esta familia.

Patronato escolar: Ninguna persona pertenece.

Cooperativa: Un miembro de una familia visita las reuniones.

Cuatro familias no conocen.

Comité juvenil: Ninguno pertenece.

Comité de deportes: No pertenece ninguna de las cuatro familias.

IV- PROBLEMAS QUE PERCIBE LA FAMILIA:

A nivel familiar: Una familia no hay problemas

Dos familias el problema es económico

Una familia el jefe de la familia es

alcohólico.

Una familia no hay problemas.

A nivel comunal: Dos familias perciben problemas de transportes.

Dos familias no les interesa.

COMENTARIO:

Después de esta encuesta nos hemos dado cuenta que las posibilidades económicas de los pacientes son muy bajas.

Esta circunstancia determina una dependencia de los servicios que ofrece el Seguro Social respecto a cualquier tipo de problema de la salud, ya que consideran de que otra forma no podrían pagarlos en consultas particulares.

La falta de motivación y de conciencia respecto a los cuidados orales, provocan un deterioro paulatino en su salud dental, lo cual obliga en la mayoría de los casos a las exodoncias, con el consecuente perjuicio del aparato masticatorio.

Analizando en las consecuencias de esta situación tan común, recalamos en la importancia de enfatizar en los factores determinantes de una correcta salud general, como lo son la regulación en las dietas y en la higiene oral. Para solventar estas necesidades esenciales se deben elaborar programas preventivos y de concientización, de manera que estos conocimientos básicos se transmiten familiarmente y se practiquen regularmente. De este manera se estarán atacando los problemas desde sus mismas causas, en beneficio directo de toda una comunidad.

C- TRABAJO EN ORGANIZACION COMUNAL

Antes de entrar a desarrollar los diferentes puntos que un trayecto más o menos de 6 meses se trabajaron en organización con la asociación de desarrollo en Piatenares de Morevis, explicaremos brevemente que es una asociación de desarrollo.

Una asociación de desarrollo comunal es un grupo organizado de vecinos con metas, programas y políticas definidas que se unen mediante la participación activa consistente de sus miembros, en la lucha por la solución de los problemas de la comunidad.

Entre los objetivos de la asociación están: el de buscar un mejoramiento de las condiciones económicas, sociales, culturales, y humanas de la comunidad, así como procurar un cambio de actitud de la población a fin de que participe activamente en el proceso y desarrollo de la comunidad para fortalecer el espíritu de solidaridad y comprensión que se debe prevalecer en todos ellos.(5)

La asociación de desarrollo comunal tiene que crear oportunidades para que todos los vecinos colaboren con ideas y con su propio esfuerzo en los diversos proyectos de su plan de trabajo.

La asociación además de una organización de vecinos es una unión de voluntarios dispuestos a lograr, operar y cambiar de actitud a las comunidades y hacerlas dignas de sus propios habitantes.

De acuerdo con la ley de desarrollo de la comunidad las asociaciones cuentan con personería jurídica es decir están autorizadas por las leyes de la República para comprar, vender, firmar, contratar, contraer obligaciones y representar judicial y extrajudicialmente a su comunidad ante los organismos públicos y privados.

ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA COMUNIDAD:

Asistimos a las reuniones de la Junta de Desarrollo Comunal, ellos se reúnen dos veces al mes: el segundo y el último viernes del mes.

El fin de nosotros era aprender y saber como se reunían, que actividades discuten con el fin de saber que hacen los individuos de la comunidad para mejorar su situación.

Para poder llegar a esto hubo varias actividades preliminares como partidos de fútbol, además se hizo un recorrido por todo el área con los miembros de la Asociación de Desarrollo Comunal, y algunos vecinos, y ahí ellos nos iban exponiendo los problemas más agredientes de ese momento por ejemplo: se nos manifestó el problema del agua contaminada, drogas, mal estado del camino de la comunidad, falta de participación de los vecinos en algunas actividades que se realizan.

Luego llegamos a un acuerdo con ellos de reunirnos todos los martes. A las reuniones iban miembros de la Asociación de Desarrollo Comunal y nosotros.

En la primera reunión se seleccionaron los problemas más importantes; nos reunimos en subgrupos de los cuales cada uno planteaba posibles soluciones. Luego se reunían todos y se discutían estas soluciones, y notamos que en todos los grupos el problema común era el de el agua contaminada, camino, drogas.

Por motivos de que el único problema estaba más cerca de solucionar era el del camino, comenzo a darsele más énfasis.

Luego se asignaron tareas, y en reuniones posteriores se logro la organización de la comunidad y la cooperación de todos los vecinos que con el aporte económico, logramos trabajar los dos grupos muy bien. Creemos que la Asociación de Desarrollo Comunal y nosotros logramos solventar el factor económico que fue el peor problema al principio.

El aporte para conseguir arreglar el camino era político y ahí tenía que ver la Municipalidad de Morevía que era

quien les deba la solución.

Para comprobar si en realidad los vecinos de Platanares estaban motivados con alguna actividad que realizara algún grupo organizado, decidimos conjuntamente con la Junta de Desarrollo Comunal y los estudiantes de Odontología realizar una miniferia para lograr la integración de los miembros de la comunidad. Se realizó la miniferia los días 6,7,8 de noviembre, para esto se delegaron funciones por ejemplo: encargados del Festival de la Canción donde participaban solo vecinos de la comunidad, ventas de comidas, y concurso de carreras de cintas, bailes, actividades deportivas, culturales y venta de cachivaches.

Todo lo antes expuesto se realizó, aunque no con gran éxito pues los días de la feria fueron extremadamente lluviosos.

Se logro recaudar algunos fondos pero lo más importante fue que la gente de Platanares nuevamente se motivo en las actividades que realizan el grupo organizado de ésta comunidad.

D- CASO CLINICO CON ENFASIS EN MEDICINA ORAL:

El paciente al cual se le realizó el tratamiento, padece de Diabetes, enfermedad que cada día se presenta con más frecuencia en el consultorio dental.

Debido a sus diferentes complicaciones como pueden ser: la hiperglucemia, el coma o hipercetonemia, el shock insulínico o hipoglucémico, considero necesario hacer un comentario breve acerca de esta enfermedad, la cual nos puede traer problemas si no estamos preparados.

"La vigilancia del diabético es necesaria para evitar posibles complicaciones, teóricamente es fácil controlar a los pacientes diabéticos por medio de los progresos terapéuticos, pero las infecciones, los traumatismos, el "stress" y el embarazo, son solo algunos de los múltiples factores que pueden fluctuar en el diabético los niveles orgánicos de azúcar"(6). El diabético fácilmente altera los mecanismos homeostáticos, por esta razón es prácticamente imposible instituir programas terapéuticos fijos que se adapten con exactitud a las necesidades, constantemente variables del paciente. Además son también muchas las circunstancias que hacen variar el umbral renal de la glucosa. Por lo tanto, clínicamente no pueden confiarse únicamente en la determinación de la glucosa urinaria, para establecer el régimen terapéutico más apropiado, también hay que tomar la glicemia como factor determinante.

"El verdadero objetivo en el tratamiento de la diabetes Mellitus, es el de obligar al azúcar de la sangre hacia un nivel supuestamente normal o hacia límites englicémicos con aglucosuria" (6).

La falta absoluta o relativa de insulina origina un trastorno profundo del metabolismo de proteínas, lípidos y glúcidos, y desequilibrio del agua, ácido básico y de electrolitos, en última instancia pueden perturberse en mayor o menor grado las funciones de prácticamente todos los sistemas vitales.

MANIFESTACIONES ORALES:

Las manifestaciones bucales de la diabetes no controladas son graves y consisten en destrucción acentuada del tejido óseo que sirve de sostén a los dientes que conducen a lesiones similares a la periodontosis, un complejo de periodontitis, aflojamiento de piezas dentarias, gingivitis y dolor de las encías, xerostomía, pulpitis en la cual el diente afectado puede estar libre de caries (el dolor se atribuye a una arteritis) ulceraciones de la mucosa bucal, aliento con olor a acetona y una disminución de la resistencia tisular que condiciona el marcado retardo en la curación de los tejidos bucales. (7)

TRATAMIENTO:

Las metas en el manejo de la diabetes son: 1) corrección de las anomalías metabólicas subyacentes mediante dieta, medicamentos hipoglicemiantes bucales y o insulina, 2) logro y mantenimiento del peso corporal ideal, 3) prevención, o cuando menos retardo de las complicaciones comúnmente asociadas con la enfermedad.

El éxito del tratamiento dependerá de la meticulosidad con que el médico comprende los problemas particulares con cada individuo, de lo bien que se instruya al paciente, y de la forma en que siga las instrucciones del médico.

Al iniciar el tratamiento de un paciente con diabetes, es esencial estar seguro de que no existe un foco infeccioso, pues esto agravaría el estado diabético. " Se debe prestar especial atención a la infección de las vías urinarias, y es también indispensable una radiografía del tórax. Resulta aconsejable obtener una evaluación basal cuidadosa del estado de los aparatos cardiovascular o renal y del sistema nervioso así como de los fondos del ojo para que nos sirvan como puntos de referencia posteriormente. (8).

DATOS GENERALES:

NOMBRE: Ofelia Cervantes Quirós.

NACIO: 1/2/32.

EDAD: 49 años.

SEXO: femenino.

ESTADO CIVIL: casada.

OCUPACION: Oficios domésticos.

HISTORIA MEDICA:

HOSPITAL: Calderón Guardia.

En 1975, la paciente, mujer de 43 años, con familia, con DM. Gran multipara, con dos macrosomios y un aborto, recientemente internada por cuadro gripal y descompensación de Diabetes Mellitus no conocida.

Este paciente debe continuar control en el hospital Calderón Guardia, siendo tratada con dieta diabética de 1200 cal sacarina biguanida de 50 mg dos al día. Debe bajar peso a 60 Kg máximo.

Presenta cirugía de cadera, operada en el hospital San Juan de Dios hace diez años. (sulpigectomía).

La operación fue realizada por desgaste, le colocaron dos pines.

La paciente también presenta problemas de vulvovaginitis.

ORTOPEDIA:

Tiene dos operaciones anteriores de cadera, dos cesurias y una biopsia.

18/3/80.

La paciente presenta buena movilidad de la cadera. No refiere problemas.

Paciente con artrosis coxofemoral.

18/1/81.

Apariencia de pequeña zona dura que aumenta progresivamente.

Cuadro de 15 días de evolución.

INFORME PATOLOGICO:

Porción del tejido mamario de 4x8x1 mn, el corte muestra zonas de fibrosis y un trayecto hemorrágico.

DIAGNOSTICO PATOLOGICO:

Mama derecha: inflamación crónica granulomatosa, de tipo cuerpo extraño (quiste de inclusión epidérmica).

28/3/81.

Estubo internada por absceso mamario.

No presenta mejoría de proceso infeccioso. Congestión venosa.

PRUEBAS DE LABORATORIO:

CONTROL DE GLICEMIA

14/7/75
 glicemia 95 mgs/100 cc
 13/7/78
 glicemia 129 mgs
 18/8/78
 glicemia 117mgs
 13/1/79
 glicemia 190 mgs
 14/12/79
 glicemia 304 mgs
 18/3/80
 glicemia 346 mgs/dl

EXAMEN DE SANGRE

Hemoglobina: 10.7 mgs/100cc
 Hemotocrito: 36cc/100cc
 Glucosa verdadera: 100
 Leucocitos: 8.100
 Basófilo: 1
 Eosinófilos: 0
 Segmentados: 77
 Linfocitos: 14
 Monocitos: 3
 Reacción V.D.R.L. (-)

17/7/80

glicemia 346 mgs

17/ 10/ 80

glicemia 380

REPORTE PRUEBA TIROIDEA:

TT4: 110,7 nmol/l (60.5-137.7)

T4N: 0.65 nmol/l (0.49-1.1)

T4I: 71.9 nmol/l (39.8-90)

T3: (RIA) 2.53 nmol/l (1.15-3.38)

EXAMEN DE ORINA:

Densidad: PH= 6.0

Proteínas no hay

Glucosa verdadera: si hay (+++)

Eritocitos: no hay

Células epiteliales: escasas.

Cristales: no hay.

CONTROL DE CITAS:

17/7/80 E. Físico: 72

Glicemia: 346

PF Tiroidea: T4N.T3 1 1/2 normal

P. A 160/110

16/1080 E. Físico: 73

Glicemia: 346

P.A 150/90

P.tiroidea, 1 1/2 normal

enero81:E. Físico: 72 1/2

Glicemia: 354

Glucosuria +++

P.A: 150/90

eutiroides

2/3/81: Glucosuria: ++
Glicemia ayunas 200
P.A 130/90
pp: 314

2/6/81: Glicemia: 176
sstres Fisico: 130/80
euritoides

trat, NPH: 65 A.M
25 P.M

ANTECEDENTES DENTALES:

- Extracciones en Puesto de Salud
- Restauraciones en Seguro Social

EXAMEN DE CABEZA Y CUELLO:

Cabeza: redonda

Perfil: recto

Piel: blanca

Labios: grandes, recilentes y completos.

- A.T.M. a) sufre desplazamiento en función de cóndilo derecho
b) chasquidos.

EXAMEN PERIODONTAL:

BORDE LIBRE: recesión

COLOR: rojizo

CONSISTENCIA: resistente

TEXTURA: Punteado

SANGRADO: provocado

EXUDADO: no hay

BOLSAS: presentes

ABSESOS: no apreciables

AGARRE EPITELIAL: alterado.

EXAMEN DENTAL:

MOVILIDAD: Fisiológica.

MIGRACION: Si

FACETAS: Anteriores inferiores

PIGMENTACION: Gingivales no

PIGMENTACION DENTALES: no

PLACA BACTERIANA: Si

MATERIA ALBA: Si

CALCULOS: Si, supra e infra gingival

RESTAURACIONES: Desajustadas

CARIES: Cervicales, proximales y oclusales

ESPACIOS INTERPROXIMALES: Abiertos

PIEZAS AUSENTES: Si

HIGIENE ORAL: Regular

HABITOS: No

CEPILLADO: 3 veces al día

IMPACCION DE RESTOS ALIMENTICIOS: Si

EXAMEN RADIOGRAFICO:

Cresta alveolar: recesión horizontal.

Lámina dura: mantiene continuidad y grosor.

Espacio Periodontal: ensanchando 1/1

Cálculos: si.

Bifurcaciones: no

Trifurcaciones: no

Relación corona-raíz: normal

Condiciones patológicas dentales: presentes.

Condiciones patológicas maxilares: no

Contorno de restauraciones: desajustadas

Migraciones: si

Espacios interproximales: si

ETIOLOGIA:

Placa bacteriana
Histeria Alba
Cálculos
Pérdida de piezas dentales
Caries
Mala técnica de cepillado
Mala oclusión
Afecciones Hematológicas

DIAGNOSTICO:

Gingivitis moderada localizada en la
arcada superior e inferior.
Periodontitis leve localizada en in-
cisivos inferiores 5,1

PRONOSTICO GENERAL: normal

FASES: Sistémica: Diabetes, hipertención arterial

Higiénica: Exodoncia, raspados, instrucciones fisio-
terapia, pulido.

Correctiva: Operatoria prótesis parcial.

Mantenimiento: Citas cada 15 días.

TRATAMIENTO EFECTUADO

En la primera cita se hizo una exodoncia del central superior derecho, se usó anestesia local con el paciente premedicado.

En la segunda cita se realizó otra exodoncia de segunda molar inferior derecha y se usó la técnica anestesia mandibular, el paciente también venía premedicado.

En la tercera cita se realizó un raspado localizado en las piezas anteriores y posteriormente en las posteriores superiores.

También se realizó un raspado y curetaje en las piezas anteriores inferiores.

En la cuarta cita se hizo un índice de placa y un pulido de ambas arcadas.

En la quinta cita se realizó la operatoria correspondiente:

	Preparación cabitarie	Medicación
5	Clase II OD	CaOH, barnis y amalgama
2	Clase III M	CaOH, y resina
1	Clase II OD	CaOH, barnis y amalgama
2	Clase III M	CaOH y resina
5	Clase II OD	CaOH, barnis y amalgama
7	Clase II OM	CaOH, barnis y amalgama
7	Clase O	CaOH, barnis y amalgama

En la sexta cita se realizó el pulido de todas las amalgamas y se preparó boca, para las respectivas prótesis parciales.

En la sétima cita se tomó impresiones con alginato, para confeccionar las prótesis parciales. Una semana después se colocaron las prótesis parciales, las cuales llevaban:

Prótesis parcial superior: ganchos prefabricados en siete su-

perior derecho y siete superior izquierda, y un gancho de precisión en el central superior derecho. En la prótesis parcial inferior se colocaron ganchos prefabricados en siete inferior derecha, en cinco inferior derecha y en el lateral inferior izquierdo, las prótesis ajustaron perfectamente, los tejidos gingivales, se normalizaron y se consiguió buena fisioterapia. El paciente se encuentra muy contento con el trabajo realizado y muy motivado a cuidar de su cavidad bucal en general.

CONCLUSIONES

Una vez realizado el estudio, hemos concluido lo siguiente:

a- Para poder resolver problemas de salud de esta comunidad y en cualquier otra del país con circunstancias parecidas, es necesario que el personal en salud tome en cuenta en primer lugar la realidad socio-económica ya que ésta influye mucho en su salud general.

La metodología que se usó para solucionar sus problemas de salud oral fue la siguiente:

1- Identificar la condición socio-económica de cada paciente.
2- Captar los valores que tengan ellos mismos para solucionarse sus problemas .

3- Combinar los puntos anteriores y dar un tratamiento de tal manera que pueda satisfacer a la persona.

b- Nos dimos cuenta que la gente de esta comunidad específicamente da mayor importancia a la compra de alimentos que apenas permite su subsistencia, y a la vestimenta, que a los aspectos relacionados con su salud, pues el contexto bio-psico-social va a establecer en ellos, una visión diferente de la realidad nacional, que esté basada en el deseo de satisfacer necesidades, pero que estén frenadas por la condición socio-económica, este crea en el individuo una actitud conformista ante tal situación, o sea creer que el estado o cualquier institución de salud, tiene la obligación de solucionar sus problemas, esperando y exigiendo soluciones inmediatas de parte de esas instituciones sin ellos preocuparse por hacer nada, desligando su responsabilidades al estado.

c- A pesar de que tenemos a mano diferentes soluciones para diferentes tipos de problemas de salud, en diversas condiciones socio-económicas, todo el grupo en estudio opto por el tratamiento mas adecuado a su condición socio-económica,

tratando de darle al paciente buen confort, una buena eficiencia masticatoria y una estética aceptable, ya que a ellos les interesaba la odontología solo por su tratamiento funcional sin interesarles lo demás.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Dubcs, R. El Hombre y su ambiente. Washington, Organización Económica de la Salud, Publicación Científica N° 131, 1966.
- (5) Braskar S.K. Patología Bucal, segunda edición, editorial el Ateneo Buenos Aires 1974, Página 75.
- (6) Dunn, Martin S. et al Medicina Interna y Emergencias en Odontología, editorial el Manual Moderno S.A. , México D.F. 1980, Página 90 a 95.
- (7) Burket Medicina Bucal, Diagnóstico y Tratamiento, editorial Interamericana, sexta edición, Página 85.
- (8) Harrison Medicina Interna, Editorial Tono I, cuarta edición 1973, Página 583,584.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Breskar S.N. Patología Bucal, segunda edición, editorial el Aterec Buenos Aires 1974, Página 75.
- 2) Burket Medicine Bucal, Diagnóstico y Tratamiento, editorial Interamericana, sexta edición, Página 85 .
- 3) Harrison Medicine Interna, editorial tomo I, cuarta edición 1973, Página 583.
- 4) Dr. David F. Mitchell Propedeutica Odontológica, Nueva editorial Interamericana S.A.D.E.C.V., Cedros 12, México 1973, Página 106, 130.
- 5) Dunn, Martín S. et al Medicina Interna y Emergencias en Odontología, editorial el Manual Moderno S.A, México D.F. , 1980, Páginas 90 a 95.
- 6) Chaves, Mario M. Odontología Sanitaria, Nueva editorial Washington 6, D.C.E.U.A., 1962, Página 3 a 5.
- 7) Katz, Simón et al Odontología Preventiva en Acción, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, Argentina 1975, Páginas 313 a 322.
- 8) Dubos, R. El Hombre y su ambiente , Washington, Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica N° 131, 1966.