

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1.- PATOLOGÍA REGIONAL (GEOGRÁFICA).

1.1.1.- DEFINICIÓN.

La patología geográfica explora el curso natural de las enfermedades, aprovechando para ello las observaciones hechas por profesionales de las ciencias de la salud y de la técnica de la epidemiología estadística. (Ver Anexo 1)

En el período pre-patogénico, llamado así porque el organismo no presenta alteraciones microscópicas que indiquen el desequilibrio de la homeostasis del organismo, en este período si existe la interacción entre el huésped y los agentes, de manera que ya se inicia alteraciones, que no son suficientes como para detectarlo tempranamente.

En el período patogénico, si existen alteraciones tanto microscópicas, como macroscópicas, llamado también estado clínico porque ya el paciente presentara signos y síntomas de la enfermedad.

La enfermedad irá progresando y si éste no es detectado y tratado, el resultado será la muerte, es importante tener claro de que a medida que asciende la enfermedad en gravedad, se le pueden colocar barreras para poder llevar a ese organismo alterado, a la recuperación.

El profesional deberá tomar en cuenta que existen tres niveles de prevención: la primaria o inhibición del desarrollo de la enfermedad

antes de que ocurra, secundaria o detección temprana y tratamiento de la enfermedad y una terciaria o rehabilitación y recuperación del funcionamiento adecuado.

La prevención primaria, que actúa en el período pre-patogénico, tiene como objetivos mejorar el nivel general de salud y procurar medidas de protección específica, como tareas de inmunización, educación para la salud, etc.

La prevención secundaria, actúa en la parte inicial del período patogénico, consiste en el diagnóstico temprano de las enfermedades, mediante exámenes periódicos clínicos y de rayos.

Finalmente la prevención terciaria, actúa en la otra parte del período patogénico, cuando la enfermedad se manifiesta con una consecuencia residual; la prevención terciaria consiste en evitar la discapacidad total, una vez que se hayan estabilizado las modificaciones anatómicas y fisiológicas, entonces el objetivo es la rehabilitación del individuo para que pueda vivir en una vida satisfactoria y autosuficiente.

Esta rama del saber se encarga de explicar la historia natural de la enfermedad, para lo cual utiliza diferentes técnicas de medición; pero a veces se ve obligado a utilizar informaciones, cuyo valor científico es dudoso, como los provenientes de los certificados de defunciones, diagnósticos clínicos, etc.

Además, la patología geográfica estudia la relación causa - efecto y la evolución de la enfermedad en una área geográfica determinada y en un grupo de hombres (comunidad).

Entre los métodos de estudio utilizados para conocer las enfermedades que sufre el hombre, la **Epidemiología Estadística**, la que perfeccionada, se ha constituido en una nueva ciencia que se va imponiendo en el campo de la salud pública, que tiene como "El objetivo principal que persiguen este tipo de estudios es el de identificar los factores que determinan la frecuencia y las características propias de las enfermedades del hombre" (Correa, Pelayo, Texto de Patología; 1.975).

La patología geográfica para lograr estos objetivos requiere que se sigan las siguientes etapas:

- a) A la **Epidemiología descriptiva**, describe las características que presentan una determinada entidad nosológica en el grupo humano que se estudia, comparando su frecuencia con la observada en otros grupos o en otras etapas de tiempo.
- b) Formular **Hipótesis** (teorías sujetas a comprobación), que tratan de explicar las observaciones hechas, procurando establecer asociaciones hipotéticas entre las frecuencias encontradas y los posibles factores etiológicos presentes en la comunidad; teorías que generalmente se originan a partir de las medidas de frecuencia de la enfermedad en una comunidad o grupo humano.
- c) Además la **Epidemiología analítica**, realiza estudios basada en observaciones en la comunidad o grupo humano, con el objeto de comprobar las teorías etiológicas que se formulen.
- d) Finalmente, la **Epidemiología Experimental**, en aquellos casos en la que la comprobación de teorías se resisten al análisis sobre la base de observaciones bien documentadas, se recurre a la Epidemiología Experimental, la que diseña los ensayos que permiten comprobar o rechazar las teorías formuladas.

1.1.2.- MEDIDAS DE FRECUENCIA.

La patología geográfica a través de la epidemiología, para estudiar la enfermedad como un fenómeno biológico, agrupa las observaciones de tal manera que puedan ser utilizadas para medir la relación de causa - efecto. Entre las medidas que utiliza, se encuentran: las series de casos, que sirve para agrupar observaciones que representa la experiencia de un observador en de un grupo humano, con una determinada enfermedad, en un hospital, clínica o servicio de diagnóstico, en una región geográfica determinada. Esta agrupación de casos sirve para dar una idea sobre la magnitud de un problema de salud, y para establecer sus relaciones.

Otras medidas como las frecuencias relativas, son útiles para evaluar el panorama nosológico de la comunidad estudiada, adaptar los servicios médicos a la demanda y preparar al personal de acuerdo a esas necesidades.

La única medida que permite comparar frecuencia de una enfermedad en comunidades distintas, es la Tasa o coeficiente, la cual puede ser de mortalidad o morbilidad, ésta última puede ser de prevalencia y de Incidencia. (Ver Capítulo de Epidemiología)

Las diferencias de los indicadores epidemiológicos que se observan en distintas áreas geográficas, pueden ser o no de enorme magnitud y que deberán convencer al estudiante y/o profesional de las ciencias de la salud Boliviano de la necesidad imperiosa, de conocer su medio directamente como es, y no basarse en estadísticas con datos recogidos en otras áreas geográficas, obtenidos en condiciones completamente

distintas a su propia realidad, sin olvidar que de su conocimiento, depende su éxito profesional.

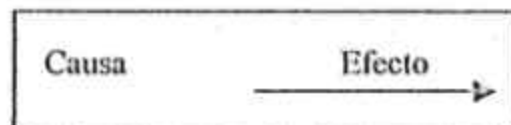
1.1.3.- CONCEPTO DE CAUSALIDAD.

La epidemiología investiga las asociaciones que pueden existir entre el estado de salud o enfermedad de una población y los factores asociados a esos estados; entendiéndose por asociación, se entiende la relación que puede existir entre una cosa y otra.

Se desarrollarán tres modelos entre la relación causa efecto:

Modelo de causa simple/efecto simple

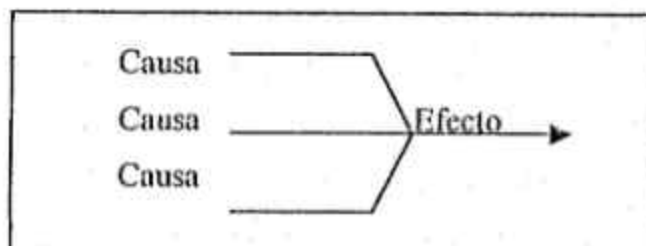
El modelo de causa simple/efecto simple, es el enfoque epidemiológico causal primero y más simple. Una causa simple es suficiente para provocar un efecto observado. Este modelo es bastante lógico, sin embargo se da sólo en raras oportunidades.



Se utilizó este modelo, a fines del siglo XIX y principios del siglo XX, cuando predominaban las enfermedades infecciosas y una simple bacteria o virus, era suficiente para provocar una enfermedad.

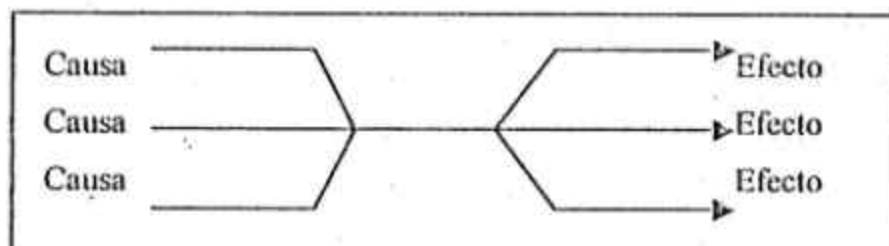
Modelo de causa múltiple/efecto simple

Este segundo modelo, es más complejo, este enfoque es válido, allí donde los patrones de enfermedad se encuentran en estado transitorio, en comunidades o áreas donde las enfermedades infecciosas disminuyen y las crónicas aumentan.



Modelo de causa múltiple/efecto múltiple

El tercer modelo de causalidad, es extremadamente complejo e indica que diferentes causas producen diversos efectos observados, por ejemplo, la contaminación del aire, el hábito de fumar y formas específicas de radiación (causas) pueden provocar cáncer de pulmón, enfisema y bronquitis (efectos).



Cuando se hacen correlaciones, frecuentemente se identifican muchos factores que tienen asociación estadística positiva con una enfermedad, y en buen número de ellos, la prueba inclina el juicio hacia una relación causal.

Tomando como ejemplo la Tuberculosis podemos afirmar: las causas se dividen en directas e indirectas, habrán causas directas, como presencia

de un portador en la familia y causas indirectas, como el hacinamiento en la vivienda que actúa facilitando el contacto con el portador. Se acepta, que una causa es definida como directa, de acuerdo a la precisión con el que el conocimiento científico de la enfermedad se manifiesta. Muchas causas que se han juzgado como directas, han pasado a ser definidas como indirectas, cuando se descubre científicamente, que ellas actúan a través de otros mecanismos, que antes fueron desconocidos.

Las causas que se podrían considerar como directas, en el ejemplo dado, es la invasión del organismo por el bacilo tuberculoso, no han sido revisadas, por la demostración del efecto muerte, con la presencia del Bacilo de Koch. Pero, al presente, se ha iniciado la discusión de la asociación de SIDA y TBC, en la que existiría, un fondo inmunológico, sólo definible por la nueva concepción molecular de la enfermedad.

El estudio epidemiológico completo de una enfermedad, por lo tanto, produciría una distribución de causas, que se podrían esquematizar en forma de una red hecha de cadenas causales que interrelacionada, en una población determinada, darían como resultado índices de morbilidad y mortalidad. La modificación de estos índices será posible estudiando capacidad de alterar uno o varios grupos de cadenas causales.

1.2.- CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE LOS MAXILARES, MUCOSA BUCOFARÍNGEA, LENGUA Y GLÁNDULAS SALIVALES.

La cavidad oral, que se extiende desde los labios hasta el comienzo de la faringe, está limitada lateralmente por las mejillas, paladar duro y paladar blando en su parte superior y por el piso de la boca y la lengua en su parte

inferior. La totalidad de la mucosa oral está tapizada por un epitelio estratificado plano no queratinizado.

Las bacterias, espiroquetas, virus, hongos y parásitos halladas en la cavidad oral normal en general son inocuos. Si la mucosa sufre una lesión, o si se encuentran alterados los mecanismos de defensa normales, por ejemplo por inmunodepresión, estos microorganismos pueden provocar enfermedad, como en la gingivitis por fusoespiroquetas. Las personas sanas también pueden ser portadoras de microorganismos patógenos, como *Corynebacterium diphtheriae* o los meningococos.

La cavidad bucal se continua hacia atrás con la parte media de la faringe (orofaringe), separada de esta por el istmo de las fauces. La faringe oral limita por arriba con la rinofaringe, en su parte inferior por la faringe inferior (laringofaringe). La mucosa de la faringe se caracteriza por tener en la lámina propia una franja circular de tejido linfóide, localizado en el comienzo de los tubos respiratorio y digestivo, se conoce como **anillo de Waldeyer**. El tejido linfóide presente en la pared posterosuperior determina la formación de las **amígdalas faríngeas**, situado lateralmente en la zona de unión entre la faringe y la cavidad oral, se encuentran las **amígdalas palatinas**. En la faringe de sujetos sanos también pueden encontrarse patógenos virulentos, en niños el anillo de Waldeyer está bien desarrollado y contiene folículos con centros germinativos.

Para su mejor entendimiento de las patologías que afectan a estos tejidos, adoptaremos dos tipos de clasificación, una zonal y otra desde el punto de vista de su etiología.

1.2.1.- LABIOS.

1.2.1.1.- ANOMALÍAS DE DESARROLLO.- El complejo desarrollo de la cara, labios y cavidades oral y nasal, da origen a numerosas anomalías de las cuales se referirán sólo las más importantes.

a) Hendiduras faciales

La fusión defectuosa de los procesos faciales en la séptima semana de la vida embrionaria origina la formación de hendiduras faciales, la más frecuente de ellas es la **hendidura del labio superior o queilosquisis** (labio leporino). El trastorno puede ser unilateral o bilateral y con frecuencia se asocia con una **hendidura palatina** (palatosquisis).

En una de cada 800 nacimientos vivos, se produce algún tipo de Fisuras labial y fisura palatina, las de labio son más frecuentes en los hombres, mientras que las fisuras aisladas de paladar son más comunes en las mujeres.

Ligeramente más del 50 % son fisuras combinadas de labios y el paladar, el compromiso de labio fisurado es más frecuente del lado izquierdo que del derecho, las fisuras combinadas de labio y el paladar son más frecuentes que los compromisos aislados de ambas regiones. (Tratado de Patología Bucal, 3ª Edición, 1997; pag. 80).

1.2.1.2.- ENFERMEDADES INFECCIOSAS.- Los microorganismos pueden provocar enfermedad en la cavidad oral y en su vecindad. La inflamación de los labios es designada como

queilitis, la de encía, gingivitis, la de la lengua glositis, y la de la mucosa oral estomatitis.

A) BACTERIANAS

a) Sífilis

El agente etiológico de la sífilis, la espiroqueta *Treponema pallidum*, genera una lesión en el sitio de inoculación. Este **estadio primario** se presenta con una úlcera sobreclavada denominada **chancro**. El chancro puede aparecer en los labios, lengua o mucosa orofaríngea, después del contacto orogenital con una persona infectada. Si la infección no es tratada de manera apropiada se instala el **estadio secundario**, caracterizada por erupciones cutancomucosas difusas. Las lesiones de la sífilis secundaria en la mucosa oral se manifiestan como múltiples placas blanco grisáceas sobre una superficie ulcerada. El **estadio terciario**, a la cual se llega después de años de evolución de la enfermedad, se caracteriza por granulomas necrosantes denominados **gomas**, generalmente sobre el paladar y la lengua.

Constituye un riesgo profesional, afecta con mayor frecuencia a los adultos y se presenta en ambos sexos (Bhaskar, S.N. Patología Bucal, 1.977; Pag. 24)

b) Estomatitis aftosa (aftas recidivantes)

Es una enfermedad frecuente, caracterizada por la formación de úlceras solitarias o múltiples, dolorosas y recurrentes de la mucosa oral. El agente etiológico es una forma L, transicional y pleomórfica de un microorganismo alfa-hemolítico, *streptococcus sanguis*. Se cree que la

enfermedad es una reacción por hipersensibilidad a la bacteria. Las lesiones curan sin dejar cicatriz.

B) VIROSIS

a) Herpes labial

Lesión herpética secundaria (fuego, llagas frías o ampollas de la fiebre), son lesiones periódicas cíclicas, causada por HSV tipo I y representa la activación del virus y no reinfección; tiene mayor frecuencia en el adulto, no existiendo diferencia en la distribución por sexo (Bhaskar, S.N., Patología bucal, 1.977; Pág.3). Este virus es misteriosamente reactivado por heridas, fiebre, estrés, cambios hormonales, luz UV (luz solar). Se presenta en pacientes de cualquier edad, en raras ocasiones el virus puede diseminarse y causar la muerte (Rubín, Emanuel; Patología; 1.990; Pág.1138).

1.2.1.3.- NEOPLASIAS.

A. BENIGNA.

a) Queratoacantoma.

Se encuentra en la piel expuesta al sol y en los labios, es muy poco frecuente dentro de la boca y tiene predilección por los hombres adultos (Bhaskar, S.N.; Patología bucal, 1.977; Pág. 42).

b) Hemangioma de labio.

Quizá sea un hemartoma y no una neoplasia verdadera, usualmente se manifiesta al nacer o poco después, son

semejantes a los de la piel y pueden asociarse con diversos síndromes (Rubin Emanuel, Patología, 1.990; Pág. 1139).

B) MALIGNO

a) Carcinoma de células basales o Carcinoma Basocelular.

Se observa con frecuencia en la piel expuesta al sol, se presenta en la boca o el borde bermellón y especialmente alrededor de las alas de la nariz. Se presenta como una úlcera crónica de márgenes enrollados. Su mayor frecuencia se encuentra después de los 40 años (Bhaskar, Patología bucal, 1.977; Pág.). Afecta a pacientes de 50 y 80 años, con más frecuencia a los hombres que a las mujeres (Regezi, Joseph, ; Patología Bucal, 1.991; Pág. 71) y esta relacionada a una exposición acumulativa de rayos solares.

1.2.1.4.- ENFERMEDADES DE ORIGEN INMUNITARIO.

a) Vitíligo.

Son placas de despigmentación en la piel o la mucosa, causa desconocida ¿anomalía inmunitaria?, representa un problema estético, se produce a cualquier edad y en ambos sexos por igual (Regezi, Patología Bucal, 1.991; Pág. 164).

1.2.1.5.- LESIONES POR AGENTES QUÍMICOS Y FÍSICOS

a) Queilitis solar (Queilitis actínica)

Es una degeneración acelerado del tejido labial en especial de la inferior, secundaria a exposición habitual y prolongada al sol.

Se presenta en el labio inferior, donde se observa atrofia epitelial acelerada del tejido labial, se presenta con mayor frecuencia en los individuos blancos y tiene mayor prevalencia en aquellos individuos de piel clara.

1.2.1.6.- PIGMENTACIÓN DE LOS TEJIDOS BUCALES.

a) Efélides (pecas)

Mácula de color café o café negruzco, son frecuentes en la piel; pero no en boca, se presenta a cualquier edad y en ambos sexos (Bhaskar, Patología bucal, 1.977; Pág. 288), aparece con mayor frecuencia en la infancia en el área de piel expuesta a sol (Regezi, Patología bucal, 1.991; Pág. 160).

1.2.1.7.- QUISTES

a) Quiste de retención mucosa (mucocelo)

Es menos frecuente, ocurre después de los 50 años, se localiza en el paladar y mejilla, piso de la boca o seno maxilar y rara vez en el labio inferior, se produce por obstrucción del conducto excretor afecta a cualquier edad y a ambos sexos (Bhaskar, Patología bucal, 1.977; Pág. 64).

1.2.2.- MEJILLAS (MUCOSA YUGAL).

1.2.2.1.- ANOMALÍAS DE DESARROLLO.

a) Gránulos de Fordyce

Afecta más a los hombres que a las mujeres, comienza después de la pubertad entre 20 y 30 años afecta al 80% de la

población, se presenta en la mejilla a nivel de la línea de oclusión afecta a los adultos y no tiene predilección por ningún sexo (Bhaskar, S.N., Patología bucal, 1.977; Pág 268).

1.2.2.2.- ENFERMEDADES INFECCIOSAS

A) Bacteriana

a) Gonorrea.

La infección genital que es la más frecuente, puede transmitirse a la mucosa bucal o faríngea por contacto bucogenital. Afecta a personas adultas y no tiene diferencias de distribución por sexo (Regezi, Patología Bucal, 1.991; Pág. 38).

B) Virosis

a) Sarampión

Es una enfermedad febril muy contagiosa de gran morbilidad caracterizado por exantema e inflamación catarral de ojos y vías respiratorias, es un proceso benigno en niños; pero puede afectar de igual manera a personas de cualquier edad no inmunizadas por infección o vacunación, es causado por un paramixovirus de ARN, virus de Sarampión.

Según Beeson y colaboradores es una enfermedad de distribución cosmopolita, endémica en todas partes, puede presentarse en cualquier momento del año; pero lo hace de preferencia al final del invierno y comienzo de la primavera con máxima a finales de Abril. En todo el mundo el sarampión es una enfermedad de los niños, la mayoría de los

adultos poseen inmunidad adquirida después de los 10 años, la mayoría, 90 % de la población presenta anticuerpos, aunque el inicio de ataque se da a comienzos de la edad escolar (6años).

Tiene por signo patognomónico en la mucosa bucal a las manchas de Koplik, que precede al exantema maculopapilar. Afecta con mayor frecuencia a niños (Regezi, Joseph, Patología Bucal, 1.991; Pág. 14)

b) Papiloma escamoso.

Lesiones indoloras exofíticas granulares con forma de coliflor es usual en adultos y jóvenes, representa el 2,5 % de todas las lesiones bucales, constituyendo la lesión papilar más frecuente de la mucosa bucal, afecta a ambos sexos (Bhaskar, S.N.; Patología bucal, 1.977; Pág. 309)

c) Verruga vulgar.

Afecta el labio, mejilla, lengua, lesión papilar indolora que presenta porciones superficiales blancas, es frecuente en la piel, pero no dentro de la boca, es frecuente en niños y adultos jóvenes, afecta a ambos sexos (Bhaskar, S.N., Patología Bucal, 1.977; Pág. 40).

1.2.2.3.- NEOPLASIAS.

A) Benigna.

a) Pioestomatitis vegetante

Enfermedad mucocutánea pustulosa crónica benigna, suele presentarse acompañada de enfermedad inflamatoria del

intestino, presenta lesiones en la mucosa bucal, la etiología se desconoce aunque puede aparecer relacionada con colitis ulcerada o espástica, diarrea crónica, enfermedad de Crohn.

Puede localizarse en la encía, paladar blando y duro, mucosa labial y bucal, regiones lateral y central de la lengua y piso de la boca.

Según Regezi, el hombre es el más afectado se encuentra entre la edad de 30 a 60 años con un promedio de 34 años.

B) Maligno

Los tumores malignos de la cavidad bucal constituyen cerca de 5 por 100, de todos las neoplasias el labio inferior, es la localización más frecuente del carcinoma de la región bucal. Las lesiones intrabucles se presentan con la siguiente frecuencia mucosa bucal 9 por 100, suelo de la boca 16 por 100, lengua 5 por 100, paladar 11 por 100 mucosa alveolar 12 por 100 (Robins, Patología General, Pág. 331).

a) Carcinoma de células escamosas o carcinoma espinocelular
El carcinoma bucal y bucofaríngeo, de células escamosas representa alrededor del 4 % de la incidencia total de cáncer en el hombre, 2 % en mujeres, se espera que en EEUU ocurran cerca de 30.000 casos nuevos de cancer bucal en el que se incluye los labios y la mucosa bucofaríngea (Regezi, Patología Bucal, 1.991; Pág. 72). La proporción entre hombres y mujeres aumenta de 3:1 a 2:1 en los últimos años (Regezi, Patología Bucal, 1.991; Pág. 73). La mortalidad representa 2 % en hombres y 1 % en mujeres, el número de

muerres por año es de 9.500. Es frecuente a la edad adulta y en el sexo masculino (Bhaskar, S.N., Patología bucal, 1.977). La incidencia de cáncer e los hombres es de 20 % próstata, 20 % pulmón, 18 % otros, 14 % colorrectal, 10 % urinario, 8 % leucemia/linfoma, 4 % bucal, 3 % piel (melanoma), 3 % páncreas (Regezi, Patología Bucal, Gráfico de Incidencia de cáncer en los Hombres, 1.991; Pág. 73). La incidencia de cáncer en las mujeres es 27 % mama, 16 % colorrectal, 13 % otros, 11 % pulmón, 10 % útero, 7 % leucemia/linfoma, 4 % urinario, 4 % ovario, 3 % páncreas, 3 % piel (melanoma), 2 % bucal.

El porcentaje de cáncer bucal en la ciudad de Tarija, en el período 1977 a 1889, es el siguiente: con un total de 14 años, la edad promedio de presentación es de 47 años, el sexo más expuesto es el hombre con 10 casos, seguido de la mujer con 2 casos, con un porcentaje de 0,0014 %, en un total de 12 casos diagnosticados, Fuente Archivo de Anatomía patológica, Dr. J.V. Robertson (Vásquez, Mirian; Lesiones y condiciones cancerizables en la cavidad bucal, Pág. 21).

Entre el carcinoma de labio superior e inferior, el de inferior es mucho más frecuente donde la luz ultravioleta y el fumar pipa son factores predisponentes. El carcinoma de labio representa 25 % a 30 % de los cánceres de boca, ocurre con mayor frecuencia entre 50 y 70 años y es menos frecuente en hombres que en mujeres (Regezi, Patología Bucal, 1.991; Pág. 75).

Según Bhaskar, del total de biopsias practicadas por el Odontólogo, representa algo más de 0,5 %; sin embargo constituye el tumor maligno más común de la cavidad bucal, pues representa cerca del 90% de los crecimientos malignos de la boca, es 8 a 9 veces más frecuente en el hombre que en la mujer y si bien se presenta a cualquier edad, su mayor incidencia se observa después de la cuarta década, aparece más a menudo en labios que en el interior de la boca.

Su etiología es desconocida, algunos factores como mala adaptación de aparatos protéticos, irradiación actínica, tabaco, glositis sífilítica y alcoholismo desempeñan un papel en su desarrollo.

b) Carcinoma verrugoso.

Su etiología varía cuando se presenta en la cavidad bucal, se relaciona con el consumo de tabaco en sus diversas formas como la masticación de tabaco.

Según Regezi, representa el 5 % de los carcinomas escamosos intrabucal y se localiza con mayor frecuencia en la cavidad bucal y la laringe, en boca cerca del 50 % de los casos se presenta en la mucosa y la tercera parte en la encía, se encuentra una ligera predominancia de la encía mandibular sobre el maxilar, la enfermedad es más frecuente en varones, en especial en aquellos mayores de 50 años, el tratamiento es quirúrgico.

1.2.2.4.- PARANEOPLASIAS.

a) Leucoplasia

Significa engrosamiento y queratinización de la mucosa bucal, es seguida por displasia y eventualmente neoplasia (Rubin, Patología, 1.990; Pág. 254). Si bien la **leucoplaquia** o **leucoplasia** no es tumor, se tratará ya que algunos casos experimentan una transformación hacia un carcinoma epidermoide. El término leucoplaquia (del griego, Leukos: blanco : plax: placa) designa una placa blanca en la superficie de una membrana mucosa. Se observa con igual frecuencia en ambos sexos, más a menudo después de la tercera década de la vida (Rubin, Patología, 1.990; Pág. 1140). Varias enfermedades se presentan clínicamente como leucoplaquia, incluyendo diversas queratosis, hiperqueratosis y el carcinoma intraepidérmico (in situ).

1.2.2.5.- ENFERMEDADES DE ORIGEN INMUNITARIO .

a) Úlceras aftosas

Es la más frecuente de las úlceras no traumáticas que afectan la membrana mucosa, su etiología se desconoce, pero se han identificado varios factores: **factores inmunitarios**, se han demostrado alteraciones del sistema inmunitario humoral en pacientes con úlceras aftosas, es la línea de investigación más promisorio, **factores microbiológicos**, posiblemente una etiología viral debido a la similitud clínica de las úlceras aftosas con infecciones secundarias producidas por el virus

del Herpes simple, factores nutricionales, debido a la deficiencia de Vitamina B12, ácido fólico y hierro en el suero, otros factores, se encuentran en investigación, tales como alteraciones humorales, trauma, estrés, alergia a sustancias contenidas en las nueces etc.

Según Regezi, su incidencia varía entre el 20 y el 60 % de la población y la prevalencia es mayor en profesionales y sujetos de grupos socioeconómicos altos.

Según Bhaskar, tiene prevalencia en adultos o mayores, tiene preferencia por el sexo femenino.

1.2.2.6.- LESIONES POR AGENTES QUÍMICOS Y FÍSICOS.

a) Fibroma traumático

Frecuentemente se encuentra en la línea de oclusión de la mucosa vestibular el labio inferior, no tiene predilección por ningún sexo o raza (Regezi, Patología Bucal, 1.991; Pág. 200). Hiperplasia reactiva muy frecuente que se presenta en áreas traumatizados, como mucosa bucal, borde lateral de la lengua y labio inferior.

b) Hiperqueratosis focal (friccional)

Se presenta como placas blancas, las cuales no desaparecen al frotar (factor a tomar en cuenta), se produce por irritación crónica, se presentan en la edad adulta con un promedio 53 años, tiene preferencia por el sexo masculino (Bhaskar, Patología Bucal, 1.977; Pág. 8).

1.2.2.7.- ENFERMEDADES DE ORIGEN DESCONOCIDO

a) Liquen plano

Enfermedad mucocutánea, en la boca esto aparece como encajes blancos, crónica, afecta por igual a hombres y mujeres de edad mediana y es rara en niños. (Blaskar, SN., Patología Bucal, 1.977; Pág 262).

b) Xantoma verrugiforme

Lesión mucosa benigna poco frecuente, la etiología es desconocida, investigaciones recientes sugieren que corresponde a las enfermedades autoinmunitarias, en la cavidad bucal, se presenta como una lesión bien circunscripta de superficie granular o papilar cuyo tamaño varía de 2 mm a más de 2 cm.

Según Regezi, la mayor parte de los casos se presentan en sujetos de raza blanca, no presenta predilección por ningún sexo y la edad promedio es de 45 años, aunque hay informes de pocos casos en los que la enfermedad ocurre en la primera o segunda década de la vida.

c) Eritema multiforme.

Causada desconocida (¿hipersensibilidad?), puede seguir a la ingestión de medicamentos o a una infección con HSV, se presenta en adultos jóvenes puede ser recurrente en la primavera y otoño, es poco común (Regezi, Patología bucal, 1.991; Pág. 56).

1.2.3.- PALADAR (DURO Y BLANDO).

1.2.3.1.- ENFERMEDADES INFECCIOSAS.

A) Bacteriana

a) Absceso palatino

Duro, tumescencia del paladar que contiene pus, se relaciona con las piezas de dientes sin vitalidad, se presenta a cualquier edad y afecta a ambos sexos (Bhakar, Patología bucal, 1.977; Pág. 131).

B) Virosis.

a) Estomatitis herpética

Es una infección primaria causada por virus herpes simple tipo 1 (HSV1). Está es una enfermedad de niños y jóvenes adultos, con una incidencia mayor de 1 a 3 años (Regezi, Patología bucal, 1.991; Pág. 0-5).

1.2.3.2.- NEOPLASIAS.

A) Benigna.

a) Torus Palatino

El torus palatino, es más frecuente en mujeres entre la segunda y tercera década de la vida a cualquier edad, afecta al 25 % de la población, el mandibular frecuente entre la segunda y tercera década, el 10 % comprende este tipo de torus (Bhaskar, Patología bucal, 1.977; Pág. 213).

B) Maligno.

a) Carcinoma de paladar

Representa el 10 % a 20 % de las lesiones bucales, el más común en países como la India y en los que se acostumbra fumar de modo inverso (Regezi, Patología bucal, 1.990; Pág. 77).

b) Melanoma

Enfermedad maligna del sistemas pigmentaria, representa el 2 % de todos los cánceres, 1 a 2 % de las muestras están relacionadas con el cáncer, se debe a melanoma de piel; es frecuente en países de clima meridional que en los de clima septentrional y en sujetos de raza blanca que en los de raza negra o asiática, en boca puede aparecer como manchas insignificantes y afecta a adultos de 30 años, aproximadamente 2 veces más frecuente en hombres, que en mujeres, (Bhaskar, Patología bucal, 1.977; Pág. 353). En el melanoma de boca no existe diferencias geográficas o raciales, el melanoma de boca es mucho menos frecuente que los cutáneas, ocurren en una población de mayor edad por lo general despues de los 50 años no presenta predilección por ningún sexo, ocurre de manera predominante en el paladar duro, encía y con menos frecuencias en labio y mucosa bucal (Regezi, Patología bucal, 1.991; Pág. 167).

1.2.3.3.- LESIONES POR AGENTES QUÍMICOS Y FÍSICOS.

a) Estomatitis nicotínica.

Sólo se presenta en individuos fumadores, ocurre con mayor frecuencia en la boca, típico en fumadores de cigarrillo y pipa es frecuente, se presenta como opacificación generalizada asintomática del paladar que presenta puntos rojos correspondientes a los orificios de las glándulas salivales producido por el calor y humo proveniente de la combustión del tabaco, afecta más a la edad adulta, teniendo predilección por el sexo masculino (Bhaskar, Patología bucal, 1.977, Pág. 264).

b) Hiperplasia papilar.

Papilomatosis del paladar, más frecuente en el paladar duro, tiene predisposición el paciente que usa prótesis removible mal adaptada, es más frecuente a la edad madiana o mayores, tiene predilección por el sexo masculino (Bhaskar, Patología bucal, 1.977; Pág. 42).

1.2.3.4.- PIGMENTACIÓN DE LOS TEJIDOS BUCALES.

a) Nevos o lunares.

Pigmentaciones elevadas, cuando es intrabucal con frecuencia no es pigmentada, 15 % se presenta en la piel; no es frecuente dentro de la boca, tiene mayor frecuencia en el paladar, afecta a cualquier edad y no existen diferencias de distribución por sexo. Los nevus son agrupaciones de células nevosas secundarias a los melanocitos, aparece poco después

del nacimiento o en la infancia (Bhaskar, Patología bucal, 1.977; Pág. 28).

1.2.4.- SUELO DE LA BOCA.

1.2.4.1.- ENFERMEDADES INFECCIOSAS.

A) Bacteriana.

a) Angina de Ludwing

Es un flemón del piso de la boca (flemón suprahioideo), difuso, gangrenoso, la etiología de esta patología es variado, entre los factores dentarios, se tiene a la gangrena pulpar son en un 60 a 70 % son consecuencia de una infección dentaria inferior, especialmente en un molar con menos frecuencia el premolar, accidentes de erupción del tercer molar, las paradentosis, una exodoncia, en un 10 a 15 % se debe a una etiología amigdalina, como es una complicación gangrenosa, la mayoría de los gérmenes son anaerobios.

1.2.4.2.- NEOPLASIAS.

A) MALIGNO.

a) Carcinoma de células escamosas del piso de la boca.

Representa 15 % a 20 % de los cánceres de boca, predomina en los hombres ancianos, especialmente a alcohólicos y fumadores (Regezi, Patología bucal, 1.991; Pág. 76).

B) PARANEOPLASIAS.

a) Eritroplasia.

Denota una placa roja de la mucosa bucal, se desconoce la causa de la lesión; pero se supone que intervienen los mismos factores etiológicos del cáncer bucal, esta lesión se presenta con menos frecuencia que las leucoplasias, en boca la lesión es una placa roja de bordes bien definidos que se localiza en cualquier región de la boca, aunque es más frecuente en el piso y en la zona retromolar.

Según Regezi, afecta a sujetos de 50 a 70 años y al parecer no tiene predilección por algún sexo en especial, alrededor del 90 % de las eritroplasias presentan al examen histológico alteraciones displásicas graves de éstas cerca de la mitad son carcinomas invasores de células escamosas y el 40 % corresponden a displasia grave o carcinoma in situ, el 10 % corresponde a displasia leve o moderada.

Afecta en los 50 a 70 años, no tiene predilección por ningún sexo es especial, de causa desconocida (Bhaskar, Patología bucal, 1.977; Pág. 259).

1.2.4.3.- LESIONES POR AGENTES QUÍMICOS Y FÍSICOS.

a) Ránula.

Masa elevada fluctuante de color blanco azulado, es poco frecuente, se ubica en la región lateral del piso de la boca, se presenta a cualquier edad y en ambos sexos (Bhaskar, Patología bucal, 1.977; Pág. 38).

1.2.4.4.- ENFERMEDADES DE ORIGEN DESCONOCIDO.

a) Quiste dermoide

Masa asintomática, cubierto por epitelio de color normal, se presenta en adultos jóvenes, o de edad mediana se presenta en ambos sexos, muy poco usual (Regezi, Patología bucal, 1.991; Pág. 346).

1.2.5.- LENGUA.

1.2.5.1.- ANOMALÍAS DE DESARROLLO.

a) Lengua geográfica o Glositis migratoria

Glositis migratoria. Se presenta con mayor frecuencia a la edad adulta, es benigna, afecta al 2 % de la población de EEUU.

Afecta de modo leve, más a mujeres, que a hombres, pero en ocasiones afecta a niños (Bhaskar, Patología bucal, 1.977; Pág. 12).

b) Frenillo lingual corto (anquiloglosia).

Esta patología puede ser completa o parcial, la primera, consiste en la fusión de la lengua al suelo de la boca, en la mayoría de los pacientes es parcial, causado por un frenillo corto de la lengua que llega demasiado cerca de la punta. Si el frenillo tiene insertado a cerca de la punta, no puede sacarse la lengua sobre los incisivos y cuando se hace un esfuerzo para sacarla se arquea en medio del dorso, esto dificulta los movimientos de la lengua y la pronunciación.

Las edades en que se presentan los pacientes con este tipo de casos clínicos oscilan entre los 8 a 10 años y lo hacen por lo general, porque los padres llegan a percatarse de que sus hijos no tienen una vocalización y fonación normales. (Lucente, Frank E.; Fundamentos Otorrino-laringología; 1.994; Pág. 183).

c) Tiroides lingual.

Masa nodular en la base de la lengua que puede producir disfagia, se presenta en adultos jóvenes, siendo muy poco frecuente (Bhaskar, Patología bucal, 1.977; Pág. 401).

d) Lengua fisurada (escrotal).

Enfermedad que se caracteriza por formas profundas de la lengua, pueden tener su origen en un trastorno del desarrollo, se caracteriza porque puede producirse una inflamación como resultado de la acumulación de restos de comida en las fisuras, esta patología clínicamente se parece la superficie extensa del cerebro.

Según Bhaskar, esta patología se observa en cerca del 5 % de la población y afecta a ambos sexos por igual.

e) Macroglosia.

Todos los componentes de la lengua pueden ser afectados por diversas enfermedades sistémicas o localizadas, algunas de ellas pueden conducir a un aumento del tamaño lingual, es decir, a una macroglosia. Si ésta se encuentra al nacer, en general obedece a un linfangioma o un hemangioma difusos, aunque en raros casos es el resultado de neurofibromatosis o

de hipertrofia muscular verdadera congénita. En cuadros como el hipotiroidismo congénito, el síndrome de Hurler, la glucogenosis del tipo II (enfermedad de Pompe), el síndrome de Beckwith-Wiedemann y en la trisomía 21 es posible observar una lengua con el tamaño aumentado, que hace protrusión desde la boca del neonato.

1.2.5.2.- ENFERMEDADES INFECCIOSAS.

A) MICOSIS.

a) Candidiasis.

La micosis bucal más frecuente, pseudomembrana conocida como muguet o algodoncillo. Son placas elevadas dolorosas, que se despegan al frotar. Afecta más a lactantes y ancianos. El 5 % en recién nacidos, el 5 % en pacientes con cáncer y el 10 % de ancianos debilitados (Bhaskar, Patología bucal, 1.977; Pág. 266).

B) VIROSIS.

a) Escarlatina.

Infección bacteriana que presenta faringitis y lengua tipo fresa, frecuente en niños. Las manchas hemorrágicas también pueden presentarse en las petequias y equimosis, consecutivas a lesión traumática así como también en las discrasias sanguíneas (Bhaskar, Patología bucal 1.977).

1.2.5.3.- NEOPLASIAS.

A) BENIGNO.

a) Papiloma.

Tumor benigno frecuente, que a menudo se encuentra en la lengua, mucosa yugal, encía y paladar; sobre todo en la vecindad de la úvula. La proliferación exofítica está compuesta por numerosas prolongaciones digitiformes pequeñas.

B) MALIGNO.

a) Carcinoma de células escamosas de la lengua.

Representa 25 % a 40 % de los cánceres bucales, afecta con mayor proporción al hombre en el sexto y séptimo y octavo decenio, aunque se puede presentar en sujetos jóvenes (Regezi, Patología bucal, 1.991; Pág. 75).

b) Carcinoma epidermoide (espinocelular).

El carcinoma epidermoide, es el tumor maligno más frecuente en la cavidad oral y puede originarse en cualquier sitio. Más a menudo afecta la lengua, y esta localización es seguida en orden de frecuencia por el piso de la boca, la mucosa alveolar, paladar y mucosa yugal. La relación hombre:Mujer es de 2:1 (Rubin, Patología, 1.990; Pág. 1140). Se aprecian variaciones significativas en cuanto a la distribución geográfica del cáncer oral, por ejemplo, esta lesión representa el cáncer más frecuente entre hombres en la India.

1.2.5.4.- LESIONES POR AGENTES QUÍMICOS Y FÍSICOS.

A) INFLAMACIONES.

a) Glositis.

La inflamación de la lengua, o glositis, es causada por varios microorganismos y agentes físicos o químicos. Algunas formas de glositis se asocian con enfermedades sistémicas o con carencias vitamínicas.

1.2.5.5.- ENFERMEDADES DE ORIGEN DESCONOCIDO.

a) Leucoplasia vellosa.

Se localiza en bordes laterales de la lengua, se presenta predominantemente en homosexuales, de origen desconocida posiblemente se deba al virus de Epstein-barr.

1.2.6.- ENCIA (MUCOSA ALVEOLAR).

1.2.6.1.- ENFERMEDADES INFECCIOSAS.

A) BACTERINA.

a) Estomatitis de Vincet.

(GUNA) o gingivitis Necrotizante, Angina de Vincet o "Boca hueca", afecta con preferencia la encía en adultos jóvenes y a ambos sexos. Es una mezcla de infección con borrelia Vincenti y fusobacterium (infección fusoespiroquetosis). Es una ulceración de la mucosa, con necrosis que se inicia en la papila interdental. Esta necrosis del margen gingival y papila interdental, es un síntoma de enfermedad sistémica, usualmente afecta a adultos jóvenes

con una pobre higiene oral, quienes están bajo stress (estudiantes de colegios, reclutas militares, soldados en tiempo de guerra), (Bhaskar, Patología bucal, 1.977; Pág. 18).

b) Noma.

Llamado chancro bucal estomatitis gangrenosa, enfermedad poco frecuente, se presenta como una úlcera necrótica de la encía o mucosa bucal que no cicatriza, a menudo se acompaña de desnutrición. El noma es rara en EEUU, es una enfermedad típica en países subdesarrollados, en especial aquellos donde existe alta prevalencia de desnutrición y estados de deficiencia proteica, tiene mayor prevalencia en niños (Regezi, Patología bucal, 1.991; Pág. 43).

Las infecciones por fusospiroquetas en pacientes desnutridos, debilitados por infecciones previas o por discrasias sanguíneas causan una gangrena rápida de rápida diseminación que comprometen tejidos más profundos, esta complicación extrema de fusospiroquetosis, se observa con mayor frecuencia en niños, (Rubin, Patología, 1.990, Pág. 1137).

c) Granuloma Piógeno.

Con mayor frecuencia se observa en la encía y se origina en el ligamento periodontal compuesta por tejido de granulación se presenta a cualquier edad y en ambos sexos (Bhaskar, Patología bucal, 1.977; Pág. 36).

1.2.6.2.- NEOPLASIAS.

A) BENIGNO.

a) Fibroma.

El fibroma es un tumor mesenquimatoso benigno más frecuente de la cavidad oral. Puede aparecer a cualquier edad; pero a menudo se lo encuentra en adultos jóvenes (Rubin, Patología, 1.990, Pág. 1139). Los fibromas son lesiones sobreelevadas de tamaño variable y pueden ser sésiles o pediculados. Aparecen en cualquier sitio de la cavidad oral; pero son mucho más frecuentes en la encía.

Un trastorno microscópicamente similar al fibroma, se conoce como **hiperplasia inflamatoria de la encía**, esta lesión, que puede ser focal o difusa, es el resultado de una irritación crónica de escasa magnitud.

B) MALIGNO.

a) Carcinoma de la mucosa bucal y la encía.

Representa el 10 % de los cánceres de células escamosas, el más afectado es el hombre a la séptima década con relación al tabaco (Regezi, Patología bucal, 1.991; Pág. 77).

1.2.6.3.- ENFERMEDADES DE ORIGEN INMUNITARIO.

a) Penfigo vulgar.

Patología en la cual el signo de Nikolski (procedimiento que consiste en el frotamiento ligero de los tejidos sanos, tiene por objetivo buscar una bula en un paciente con pénfigo, este

frotamiento se lo hace en forma ligera a nivel de la encía con un lápiz), es positivo.

Enfermedad progresiva, muy poco frecuente, la edad más común 40 a 70 años, afecta a ambos sexos (Bhaskar, Patología Bucal 1.977, Pág. 16).

b) Pénfigo cicatrizal.

Enfermedad autoinmune, poco frecuente, ocurre con mayor frecuencia en mayores ancianos o edad media de la vida. Son lesiones que sanan sin cicatriz y tiene mayor prevalencia entre los 50 a 80 años, afecta más a las mujeres, que a los hombres (Regezi, Patología bucal , 1.991; Pág. 20).

1.2.6.4.- LESIONES POR AGENTES QUÍMICOS Y FÍSICOS.

a) Granuloma periférico de células gigantes.

También llamado épulis, granuloma reparativo de células gigantes, tumor de células gigantes de la encía, el adjetivo periférico denota la localización superficial y extraósea de la lesión.

Se presenta sobre todos en adultos, afecta a la encía sobre todo a la papila interdientaria, se presenta a la edad de 20 a 50 años, es dos veces más frecuente en hombres que en mujeres (Bhaskar, Patología bucal, 1.977; Pág. 38).

La mayoría de pacientes son adultos jóvenes, o de edad mediana, pero también aparece en niños y se registró en ancianos desdentados (Rubin, Patología, 1.990; Pág. 1139).

b) Fibroma periférico.

Tumefacción de consistencia firme del mismo color que el tejido, es muy frecuente, puede ser pediculada o sesil, se ubica en la encía se presenta a cualquier edad y en ambos (Bhaskar, S.N., Patología bucal, 1.977, Pág. 317).

1.2.6.5.- PIGMENTACIÓN DE LA MUCOSA BUCAL.

a) Pigmentación fisiológica.

Con mayor frecuencia en la encía y se presenta a cualquier edad, afecta a ambos sexos (Bhaskar, S.N., Patología bucal, 1.977; Pág. 28). Se presenta en pacientes de cualquier edad, y no tiene predilección por ningún sexo (Regezi, Patología bucal, 1.991; Pág. 157).

b) Tatuaje por amalgama (argirosis focal).

Es la pigmentación de la mucosa bucal más frecuente, los más afectados son la encía y mucosa bucal y lengua presentándose con manchas de color gris, se presenta a cualquier edad, afecta ambos sexos (Bhaskar, S.N., Patología bucal, 1.977; Pág. 286).

c) Pigmentación por metales pesados.

Muestra una línea oscura a lo largo de la encía marginal, poco frecuente, es resultado de la exposición ocupacional con plomo, bismuto arsénico, mercurio, frecuente en la edad adulta y afecta a los dos sexos por igual. Constituye un riesgo ocupacional (Bhaskar, S.N., Patología Bucal, 1.977, Pág. 292).

1.2.6.6.- QUISTES.

a) Quiste gingival.

Nódulo pequeño de color blanco, predomina entre la quinta y sexta décadas de la vida, se presentan con mayor frecuencia en la mandíbula, que en el maxilar superior (Bhaskar, S.N., Patología Bucal, 1.977, Pág. 38).

1.2.7.- AMIGDALAS (PALATINAS – FARÍNGEAS).

1.2.7.1.- ANOMALÍAS DE DESARROLLO.

a) Ausencia o hipoplasia del tejido linfoide faríngeo

En su forma congénita, esta deficiencia se observa en la agammaglobulinemia de Bruton ligada al sexo. Esta enfermedad familiar afecta sólo a descendientes del sexo masculino, quienes presentan una cantidad mínima o ausencia de tejido linfoide en las amígdalas, faringe e intestino (placas de Peyer y apéndice), pero poseen un timo normalmente desarrollado.

1.2.7.2.- ENFERMEDADES INFECCIOSAS.

A) BACTERIANA

a) Tuberculosis

Enfermedad endémica en todo el mundo, con frecuencia alta y los países en vías de desarrollo. Las lesiones tuberculosas primarias de la mucosa oral son raras, la mayoría de las lesiones son secundarias a una tuberculosis pulmonar. Los bacilos son transportados en el esputo y se introducen en la

mucosa a través de pequeñas soluciones de continuidad, para producir úlceras irregulares y dolorosas, con mayor frecuencia en la lengua. Ataca a toda las edades a menudo en fecha temprana, suele comenzar en adultos jóvenes a maduros, (Rubin, Patología, 1.990; Pag. 306).

b) Amigdalitis

El aumento de tamaño de las amígdalas se debe a la inflamación y a la hiperplasia del tejido linfoide. La amigdalitis aguda en general, es consecuencia de una infección bacteriana, con mayor frecuencia por *Streptococcus piogenes*.

c) Difteria

La difteria es causada por *Corynebacterium diphtheriae* y se caracteriza por la formación de una pseudomembrana sectorial, que a menudo comienza en las amígdalas y faringe; pero que también puede afectar al paladar blando, encías o mucosa yugal, transmitida al estornudar o toser, es más frecuente en niños menores de 5 años (Rubin, Patología, 1.990; Pág. 284).

d) Amigdalitis pseudomembranosa

En este tipo de amigdalitis la mucosa se encuentra necrótica y cubierta por una capa de exudado, como se observa por ejemplo en la difteria o en la angina de Vincent. La angina de Vincent es causada por bacilos fusiformes y espiroquetas, presentes en la flora bacteriana normal de la cavidad oral. Estos microorganismos adquieren un carácter patógeno en presencia de una baja resistencia local o

sistémica (por ejemplo después de una lesión de la mucosa o en la desnutrición).

e) Amigdalitis crónica o recurrente

Esta entidad no es tan frecuente como se creía antes, en niños amígdalas aumentadas de tamaño no significan necesariamente la existencia de amigdalitis crónica. Sin embargo las infecciones repetidas pueden provocar un agrandamiento amigdalino y adenoideo tan importante, como para impedir el libre pasaje de los alimentos y el aire. En algunos casos, en general en niños, episodios repetidos de amigdalitis se asocian con complicaciones como fiebre reumática o glomerulonefritis, estos pacientes pueden beneficiarse con una amigdalectomía.

f) Amigdalitis bacteriana aguda.

Tipo de amigdalitis recurrente por estreptococo beta hemolítico del grupo A, ocurre 3 a 4 veces al año en niños de 2 a 7 años de edad, la cual se trata con penicilina con administración de 12 días (Sabiston, Patología quirúrgica, 1981; Pág.1396).

B) VIROSIS.

a) Herpangina

No es una infección por Herpes, se caracteriza por una erupción vesicular, ubicada en las columnas anteriores de amígdalas, los estudios han determinado que la causa es usualmente un virus coxsackie. Con mayor frecuencia afecta a niños y se presenta en forma estacional, es poco común no tiene diferencia en la distribución por sexo (Bhaskar, S.N. Patología bucal, 1977; Pág. 16).

1.2.7.3.- NEOPLASIAS.

a) Carcinoma amigdalino.

Corresponde entre 1, 5 a 3 % de todos los cánceres y es sólo el segundo en frecuencia (el carcinoma de laringe es el primero), de los tumores malignos de la parte alta de las vías respiratorias, predomina en varones; el más frecuente es el carcinoma de células escamosas son exofíticos y con úlcera superficial (Sabiston, Patología Quirúrgica, 1.981; Pág. 1396).

1.2.8.- OROFARINGE.

1.2.8.1.- ENFERMEDADES INFECCIOSAS.

A) BACTERIANA.

a) Absceso paraamigdalino.

Son complicaciones de la amigdalitis aguda, la infección se ha diseminado a la cápsula, no ocurre celulitis, el absceso paraamigdalino en niños menores de 1 a 12 años es producido por estreptococo beta hemolítica, el tratamiento se hace con antibióticos (penicilinas), (Sabiston, Patología quirúrgica, 1.981 Pág. 1395)

b) Absceso retrofaríngeo.

Ocurre en lactantes y niños pequeños y es raro después de los diez años de edad (Sabiston, Patología quirúrgica, 1.981; Pág. 1396).

c) Faringitis.

La faringitis y la amigdalitis, dos trastornos que se encuentran entre los más frecuentes de la cabeza y cuello, se observan sobre todo en niños; pero también en adolescentes y en adultos jóvenes. Las infecciones virales o bacterianas pueden limitarse a las amígdalas palatinas, sin embargo comprometen también las amígdalas faríngeas o la mucosa faríngea adyacente.

1.2.8.2.- NEOPLASIAS.

A) MALIGNO.

a) Carcinoma epidermoide.

La orofaringe, incluyendo el lecho amigdalino y los pilares anterior y posterior de las fauces, representa una localización, común para el cáncer de las vías aéreas superiores. En el ámbito histológico estos tumores son en general menos diferenciados y biológicamente más agresivos, que los carcinomas de la cavidad oral anterior, a menudo producen metástasis debido a la abundante red linfática que drena esa región.

b) Linfomas malignos del anillo de Waldeyer.

El aumento de tamaño de una sola amígdala en sujetos de cualquier edad o el agrandamiento amigdalino bilateral e indoloro en los adultos sugieren la posibilidad de un linfoma. Las amígdalas palatinas son la localización primaria más frecuente del linfoma maligno, seguida por las amígdalas

faríngeas y la base de la lengua, prácticamente todos los linfomas malignos del anillo de Waldeyer se originan en linfocitos B.

1.2.9.- SENOS PARANASALES.

1.2.9.1.- ENFERMEDADES INFECCIOSAS.

A) BACTERIANA.

a) Sinusitis maxilar.

Aproximadamente 25 % de los casos de sinusitis maxilar son secundarias a infección dental, (Sabiston, Patología quirúrgica, 1.981; Pág. 1390).

1.2.9.2.- NEOPLASIAS.

a) Carcinoma de seno maxilar.

Una de las enfermedades malignas de los senos paranasales que ocurre con mayor frecuencia en el seno maxilar, se presenta en pacientes mayores de 40 años, afecta más a los hombres (Regezi, Patología bucal, 1.991; Pág. 84).

1.2.9.3.- OTRAS LESIONES.

a) Mucocèle del seno maxilar.

Son frecuentes en la pubertad y por lo general se presenta entre los 13 años, 65 % en los senos frontales y 10 % en el seno maxilar (Regezi, Patología bucal, 1.991; Pág. 243).

1.2.10.- GLÁNDULAS SALIVALES.

1.2.10.1.- ANOMALÍAS DE DESARROLLO.

a) Quiste de las hendiduras branquiales.

Los quistes de las hendiduras branquiales se originarían en residuos de los arcos branquiales. Aparecen en la parte anterolateral del cuello o en las glándulas parótidas, sobre todo en adultos jóvenes (Rubin, Patología , 1.990; Pág. 1135).

1.2.10.1.- ENFERMEDADES INFECCIOSAS.

A) VIROSIS.

a) Parotiditis (Parotiditis epidémica, paperas)

Sialadenitis viral que afecta con mayor frecuencia a la Parótida es la más frecuente de las glándulas salivales, ocurre con mayor frecuencia en los meses finales de invierno y la primavera, afecta por igual a los hombres y mujeres y presenta con mayor frecuencia en jóvenes y niños, Se debe recordar que también existe sialadenitis cuando se formen cálculos salivales en el conducto, que afecta a la edad media o mayores y afecta al sexo masculino (Regezi, Joseph, Patología Bucal, 1.991; Pág. 250).

Según Bhaskar, la edad más común es la niñez y se presenta en ambos sexos.

Esta enfermedad no está limitada a una área o clima, sino que su distribución es universal. En las poblaciones se presenta en forma endémica durante todo el año. Periódicamente, sin embargo se ha revelado un aumento en la incidencia, generalmente durante el invierno y en los primeros meses de la primavera, especialmente marcado en intervalos de 7 a 8 años, ambos sexos son igualmente susceptibles; aunque es predominante en la infancia, los adultos que no la padecieron de niños son frecuentemente atacado (Enders, John; Hospital de niños, Pág. 642).

1.2.10.3.- NEOPLASIAS.

A) Benigno.

a) Adenoma pleomórfico (Tumor mixto benigno).

Es el tumor más frecuente de las glándulas salivales principales y accesorias, 85 % de los casos afecta a la parótida, 8 % a la submaxilar, 7 % a las glándulas salivales menores. En la mayor parte en el paladar duro y blando, se presenta en cualquier edad, afecta más a mujeres que a hombres y se presenta la mayor frecuencia entre los 10 y 20 años y comprende el 50 % de los tumores intrabucales de las glándulas salivales accesorias (Regezi, Joseph, Patología bucal, 1.991; Pág. 261). Existen algunos tumores formados por un solo tipo de células, llamadas adenoma monomórficos.

Constituye el 75 % de los tumores de los tumores mixtos que afectan a las glándulas salivales mayores, el 90 % aparece en las parótidas, cerca del 9 % en la submaxilar, 1% en la sublingual, en orden de frecuencia afecta al paladar, labios,

lengua , mejillas, piso de la boca; el tumor mixto se presenta después de los 30 años, es algo más común en las mujeres que en los hombres (Bhaskar, S.N., Patología bucal, 1.977; Pág. 385).

b) Lesión Linfoepitelial benigna.

Es la enfermedad de Mikulicz, la incidencia total de la lesión es baja, tiene mayor frecuencia en hombres de edad mediana (Regezi, Joseph, Patología bucal, 1.991; Pág 255). Afecta en mayor proporción a la parótida en individuos de más de 20 años, dos veces más en hombres que en mujeres (Bhaskar, S.N., Patología bucal, 1.977; Pág. 373).

c) Adenoma de células basales.

Se presenta en una gamma de edades que varía de 35 a los 80 años con promedio a los 60 años con promedio a los 60 y afecta con mayor frecuencia a varones (Regezi, Joseph, Patología bucal, 1.991; Pág. 265).

Tumor mixto benigno raro de la vejez, suele aparecer después de los 55 años, afecta más a las mujeres que a los hombres y se observa casi siempre en la parótida (Bhaskar, S.N., Patología bucal, 1.977; Pág. 383).

d) Cistoadenoma papilar linfomatoso (tumor de Warthin).

Constituye el 70 % de los tumores epiteliales de las glándulas salivales en la parótida, no existe diferencia en la distribución por sexo, sólo una ligera predominancia en los varones, la edad de comienzo es de 50 a 80 años (Regezi, Joseph, Patología Bucal, 1.991; Pág. 269).

Constituye cerca del 4 % de todos los tumores de las glándulas salivales, suele aparecer entre los 40 y los 70 años con su mayor frecuencia entre los 50 y 60 años, y casi el 90 % de los pacientes son hombres, la mayoría afecta a la parótida (Bhaskar, S.N., Patología bucal, 1.977, Pág. 383).

e) Mioepitelioma.

Mayor frecuencia en la parótida y las accesorias intrabucuales, afecta por igual a ambos sexos y se presenta en una amplia gama de edades de los 30 años hasta los 90 años con una promedio de 53 años (Regezi, Joseph, Patología bucal, 1.991; Pág. 271).

f) Adenomas monomórficos.

Casi un 5% a 10 % de tumores epiteliales benignos de las glándulas salivales son estructuras epiteliales con un patrón regular, en general glandular, sin un componente mesenquimático. El tumor más frecuente de este grupo es el **adenolinfoma, o tumor de Warthin**, que se observa casi con exclusividad en la glándula parótida. El adenolinfoma es el único tumor de las glándulas salivales más frecuente en hombres que en mujeres. Los adenolinfomas usualmente aparecen después de los 30 años de edad, y la mayoría se observa después de los 50 años (Rubin, Patología, 1.990, Pág. 1151).

B) MALIGNO.

a) Carcinoma epidermoide.

Afecta con menor frecuencia las glándulas parótida, donde se localiza el 60 a 90 % de las lesiones, representa 34 % de los cánceres de la parótida, 20 % de la submandibular, 29 % de las glándulas de la cavidad bucal (Regezi, Joseph, Patología bucal, 1.991; Pág. 275).

La prevalencia es más alta entre los 30 a 50 años de edad, no presenta diferencias en la distribución por sexos y es el cáncer de las glándulas salivales más frecuente en la infancia.

Constituye el tumor maligno más común de la cavidad bucal, representa el 90 % de los crecimientos malignos de oca y e 8 a 9 veces más frecuente en el hombre que en la mujer, si bien se representa a cualquier edad, su mayor predominancia se observa después de la cuarta década (Bhaskar, S.N., Patología bucal, 1.977; Pág. 346).

El carcinoma mucoepidermoide representa el 5 % al 10 % de todos los tumores de las glándulas salivales principales y un 10 % de los de las accesorias, el 90 % de las neoplasias de las glándulas salivales principales se origina en parótida (Rubin, Patología, 1.990; Pág. 1152).

b) Carcinoma adenoquistico (cilindroma).

Comprende el 23 % de los carcinomas de las glándulas salivales, es una enfermedad maligna, que se presenta con mayor frecuencia entre las glándulas salivales accesorias

intrabucales y de los submaxilares; constituye la tercera parte de los cánceres que ocurre en las glándulas sublinguales, el 50 a 70 % de los casos de carcinoma adenoquístico de cabeza y cuello se localiza en las glándulas salivales accesorias, la más afectada es la parótida, afecta con mayor frecuencia a individuos entre los 50 y 70 años de edad, no presenta predilección por ningún sexo (Regezi, Joseph, Patología bucal, 1.991; Pág. 284). Aunque se observa una ligera predominancia en mujeres cuando se origina en la glándula submaxilar.

Constituye cerca del 4 % de los tumores de estas glándulas, afecta a ambos sexos por igual, suele aparecer después de los 50 años, el orden de preferencia es la parótida, las glándulas palatinas en las mujeres y finalmente las submaxilares (Bhaskar, S.N., Patología bucal, 1.977, Pág. 390).

Los carcinomas adenoides quísticos son alrededor del 5 % de todos los tumores de las glándulas salivales principales, y aproximadamente un 20 % de todos los tumores de las glándulas salivales accesorias, estas lesiones son más frecuentes entre los 40 y los 60 años de edad (Rubin, Patología, 1.990; Pág. 1152).

c) Carcinoma de células acinares.

Afecta las glándulas específicamente a la Parótida, se presenta a cualquier edad, incluso en la infancia; pero afecta sobre todo a los individuos entre los 50 y 60 años, no presente diferencias en la distribución por sexos (Regezi, Joseph, Patología bucal, 1.991; Pág. 284).

intrabucales y de los submaxilares; constituye la tercera parte de los cánceres que ocurre en las glándulas sublinguales, el 50 a 70 % de los casos de carcinoma adenoquístico de cabeza y cuello se localiza en las glándulas salivales accesorias, la más afectada es la parótida, afecta con mayor frecuencia a individuos entre los 50 y 70 años de edad, no presenta predilección por ningún sexo (Regezi, Joseph, Patología bucal, 1.991; Pág. 284). Aunque se observa una ligera predominancia en mujeres cuando se origina en la glándula submaxilar.

Constituye cerca del 4 % de los tumores de estas glándulas, afecta a ambos sexos por igual, suele aparecer después de los 50 años, el orden de preferencia es la parótida, las glándulas palatinas en las mujeres y finalmente las submaxilares (Bhaskar, S.N., Patología bucal, 1.977, Pág. 390).

Los carcinomas adenoides quísticos son alrededor del 5 % de todos los tumores de las glándulas salivales principales, y aproximadamente un 20 % de todos los tumores de las glándulas salivales accesorias, estas lesiones son más frecuentes entre los 40 y los 60 años de edad (Rubin, Patología, 1.990; Pág. 1152).

c) Carcinoma de células acinares.

Afecta las glándulas específicamente a la Parótida, se presenta a cualquier edad, incluso en la infancia; pero afecta sobre todo a los individuos entre los 50 y 60 años, no presente diferencias en la distribución por sexos (Regezi, Joseph, Patología bucal, 1.991; Pág. 284).

Etiología desconocida, afecta a individuos de cualquier edad, con mayor frecuencia entre 20 y 40 años, con mayor proporción a mujeres que a hombres (Regezi, Joseph, Patología bucal, 1.991; Pág. 253).

Más usual en negros que a blancos, afecta a la edad adulta y con mayor frecuencia al sexo masculino (Bhaskar, S.N., Patología bucal, 1.977; Pág. 66).

1.2.10.6.- Otras lesiones.

a) Infiltración adiposas.

Se presenta con mayor frecuencia en la parótida, afecta con mayo frecuencia a la edad media o mayores en ambos sexos, se relaciona con alcoholismo, embarazo o de irritación (Bhaskar, S.N., Patología bucal, 1.977; Pág. 385).

b) Sialolitiasis

Los cálculos salivales en general se alojan en los conductos de una glándula principal, con mayor frecuencia en la glándula submaxilar. La etiología se desconoce, aunque en algunos casos se han hallado cálculos alrededor de un cuerpo extraño. La principal consecuencia de la formación de cálculos, es la obstrucción del conducto excretor, a ésta continúa a menudo una inflamación distal con respecto al nivel de obstrucción.

1.2.11.- MAXILARES.

1.2.11.1.- ENFERMEDADES INFECCIOSAS.

A) Bacteriana.

a) Osteomielitis aguda.

Tiene predilección por la mandíbula, la forma grave es poco frecuente, afecta a cualquier edad y no tiene predilección por ningún sexo (Bhaskar, S.N., Patología bucal, 1.977; Pág. 248).

B) Micosis.

a) Actinomicosis.

La actinomicosis, es causada por microorganismos filamentosos ramificados del grupo de los actinomicetos, el más común de los cuales es el *Actinomyces Bovis*, en ocasiones se identifica a *A. Israeli*. Estos microorganismos provocan inflamación granulomatosa crónica y abscesos que drenan a través de fistulas. La actinomicosis cervicofacial, es la forma más frecuente. La inflamación de los tejidos blandos puede extenderse a los huesos adyacentes, con mayor frecuencia al maxilar inferior.

1.2.11.2.- NEOPLASIAS.

A) BENIGNO.

Tumores odontógenos

a) Ameloblastoma

Se presenta a cualquier edad, desde la niñez, hasta la vida adulta y predomina entre la cuarta y quinta década, la edad promedio es de 35 años a 45 años, la distribución regional en la mandíbula y maxilar es de 60 % molares, 15 % premolares inferiores, 10 % zona anteroinferior, 10 % en zonas posteriores superiores molares, 3 % en premolares, y 2 % en la zona anterosuperior, es poco frecuente, predomina en el sexo masculino (Bhaskar, S.N., Patología bucal, 1.977; Pág. 48).

b) Odontoma.

Frecuente en niños y adultos, jóvenes con mayor frecuencia en la segunda década, no existen diferencias de distribución por sexo, afecta a ambos maxilares a cualquier edad y a ambos sexos (Bhaskar, S.N., Patología bucal, 1.977, Pág. 195).

c) Cementoblastoma

Se presenta en la segunda y tercera década con un promedio de 25 años no existen diferencias en la distribución por sexo (Regezi, Joseph, Patología bucal, 1.991; Pág. 376).

Tumores no odontógenos

a) Displasia fibrosa

Se presenta en pacientes de desarrollo sexual precoz en las mujeres en el primer y segundo decenio se presenta por igual en ambos sexos (Bhaskar, S.N., Patología bucal, 1.977; Pág. 241).

b) Osteoma

Se presenta a cualquier edad y afecta a ambos sexos (Bhaskar, S.N., Patología bucal, 1.977; Pág. 213). Afecta a ambos maxilares, con mayor frecuencia se presenta entre la segunda y tercera década, con la predominancia en hombres es muy poco frecuente.

c) Exostosis

El torus palatino es más frecuente en mujeres entre la segunda y tercera década de la vida afecta al 25 % de la población, el mandibular es frecuente entre la segunda y tercera década, el 10 % comprende este tipo de torus (Bhaskar, S.N., Patología bucal, 1.977, Pág. 213).

d) Hemangioma óseo

Son lesiones poco usuales, consisten en una proliferación de vasos sanguíneos, se localiza con menor incidencia en la mandíbula y el maxilar, su etiología se desconoce.

Según Regezi, más del 50 % de los hemangiomas centrales de los maxilares, se localizan en la mandíbula, donde los sitios más usuales son las regiones posteriores. Se presenta

en adultos jóvenes, afecta a ambos maxilares, observándose en una radiografía una lesión radiolúcida, multilocular o en forma de panal.

e) Fibroma osificante

Se produce con mayor frecuencia entre los 30 y 40 años, con mayor frecuencia en las mujeres, tiene predilección por la mandíbula, tiene baja incidencia (Regezi, Joseph, Patología bucal, 1.991; Pág. 387).

Afecta a ambos maxilares, se presenta en niños y a la edad adulta, no tiene predilección por ningún sexo (Bhaskar, S.N., Patología bucal, 1.977, Pág. 62).

B) MALIGNO.

a) Osteosarcoma

Representa el 20 % de los sarcomas, 5 % se localiza en los maxilares y su incidencia es de aproximadamente un caso de o en 1,5 millones de personas por año, el 62 de los sarcomas predomina en el hombre en la mandíbula, aparece a los 10 o 20 años la edad promedio de 34 años, los que se localizan en el esqueleto, aparecen a la segunda década de la vida el 51 % afecta al maxilar, 49 % a la mandíbula, en el cuerpo de la mandíbula un 60 % (Bhaskar, S.N., Patología bucal, 1.977; Pág. 216).

b) Condrosarcoma

Representa el 1 % de las neoplasias malignas de cartilago en todo el cuerpo, 60 % se localiza en la zona maxilofacial, en la mandíbula 40 % aparece igual proporción en ambos

sexos; predomina en adultos y ancianos con una edad de comienzo promedio de 60 años (Regezi, Joseph, Patología bucal, 1.991; pág. 433).

El 25 % al 50 % de los casos comienza en la tercera y cuarta década es muy poco usual, tiene ligera predilección por el maxilar superior.

Afecta a ambos maxilares, edad de más de 25 años y se presenta en ambos sexos (Bhaskar, S.N., Patología bucal, 1.977, Pág. 62).

c) Sarcoma de Edwing

Representa el 6 % de todas las neoplasias malignas, el 4 % se localiza en el hueso de las extremidades inferiores y pelvis, el 90 % comienza entre los 5 y 30 años de edad, el 60 % afecta a hombres; la edad promedio 10,9 años tiene preferencia por la mandíbula (Regezi, Joseph, Patología bucal 1.991).

1.2.11.3.- QUISTES.

A) QUISTES ODONTÓGENOS

a) Quiste de erupción

Este quiste azulado contiene líquido o sangre sobre la corona de un diente en erupción, no presenta inflamación, la causa es una hemorragia del espacio folicular entre la corona dental y el epitelio reducido del esmalte.

Esta forma de quiste dentígeno, se presenta en niños y unas pocas veces en adolescentes (Regezi, Joseph, A.; Patología bucal, 1.991; Pág. 325).

b) Quiste radicular periapical

Representa 50 % hasta el 75 % de los quistes de la mandíbula y el maxilar, afecta con mayor frecuencia a individuos entre los 30 y 60 años, la mayor parte de los casos se observa en hombres, suele localizarse con mayor frecuencia en el maxilar superior en la región anterior, afecta a cualquier edad y a ambos sexos (Regezi, Joseph, Patología bucal, 1.991; Pág. 315).

c) Quiste periodontal lateral

Predomina en hombres en una proporción de 2 : 1 con respecto a las mujeres, afecta a los adultos. Debera incluirse el quiste residual que se presenta a cualquier edad y en ambos sexos y el quiste de erupción que es más frecuente en niños y poco en adolescentes (Regezi, Joseph, Patología bucal, 1.991; Pág. 326).

d) Quiste dentígeno

La frecuencia se relaciona con el tercer molar inferior retenido y el tercer molar y caninos superiores, afecta a adultos jóvenes con mayor frecuencia se produce dentro la segunda y tercera década, el quiste folicular es el más frecuente de los quistes odontogenos después del radicular, predomina en pacientes de sexo masculino en una proporción del 1:6 a con respecto a las mujeres, afecta a la edad adulta y

ambos sexos (Bhaskar, S.N., Patología bucal, 1.991, Pág. 44).

B) QUISTES NO ODONTÓGENOS.

a) Quiste globulomaxilar

Se encuentra las raíces del canino e incisivo lateral superiores, se presenta a cualquier edad; pero con mayor frecuencia ala edad adulta y en ambos sexos (Bhaskar, S.N., Patología bucal, 1.991; Pág. 46).

b) Quiste nasolabial

Se encuentra en los tejidos blandos del labio superior, lateral a la línea media, se encuentra en los adultos mayor proporción entre la cuarta y quinta década, con predominancia en las mujeres proporción de 4: 1 se muestra en ambos sexos (Regezi, Joseph, Patología bucal, 1.991; Pág. 335).

c) Quiste del conducto nasopalatino

La frecuencia en la población general determinado por análisis de cráneo varía entre el 0,08 y el 1,3 % afecta entre la cuarta y quinta décadas con mayor frecuencia en hombres proporción de 3: 1 con respecto a las mujeres, mayor proporción en adultos y afecta a ambos sexos (Bhaskar, S.N., Patología bucal, 1.977; Pág. 167).

1.2.12.- S.I.D.A. (SÍNDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA).

El **síndrome de inmunodeficiencia adquirida**, enfermedad del sistema de defensa inmunitaria adquirida, es provocada por un virus específico HIV (Virus de Inmunodeficiencia humana), perteneciente a una familia muy particular los **Retrovirus**.

En realidad la pérdida de defensas del organismo, provoca que ciertos gérmenes y microbios (**oportunistas**), contra los cuales normalmente aquel organismo se defiende bien, invaden la sangre y los tejidos, las manifestaciones clínicas de la enfermedad aparecerán no por el ataque al sistema inmunitario en sí mismo, sino por aquellas infecciones y cánceres que constituirán el cuadro clínico de la enfermedad y determinan su gravedad, cuando en realidad el ataque al sistema inmunitario es su causa escondida.

¿Qué ocurre durante las semanas que siguen a la infección del organismo por el virus del SIDA.

Se observará manifestaciones agudas en un 20 % de las personas, donde se ve un **síndrome mononucleósico** con fiebre entre 38 y 40 grados, una hinchazón de los ganglios del cuello y de la axila, erupción de la piel esparcida en todo el cuerpo; en su mayoría los síntomas duran por lo general 10 días.

En una segunda fase de la enfermedad, o sea entre 6 meses y 5 años después de la infección, pueden aparecer manifestaciones crónicas, caracterizado por el **síndrome de linfadenopatías crónicas**, caracterizado por la hinchazón de los ganglios del cuello y las axilas, el cual persiste durante varios meses.

Entre las consecuencias de este déficit moderado de la inmunidad, se observaran infecciones menores, esencialmente de infecciones de hongos que afecta la piel de la cara, uñas, y la boca y entonces se llaman **mugette**, la boca, esta sembrada de manchas blancas que reciben las encías y la lengua, (**Candidiasis**), esta alteración menor de la inmunidad, facilitan también ciertas infecciones virales con el **Herpes** crónica (infección por el virus del **Herpes**), esencialmente **Herpes labial**, en la fase más grave puede instalarse la enfermedad o **SIDA**, donde infecciones oportunistas y **Sarcoma de Kaposi**, dominan la escena.

Según Regezi y colaboradores, las manifestaciones bucales del **SIDA**, son las siguientes: **Leucoplasia vellosa**, **Candidiasis**, **Sarcoma de Kaposi**, **Carcinoma de células escamosas**, **Linfoma**, enfermedad periodontal, y **Xerostomía**.

La cavidad oral es una de los sitios más afectados en pacientes con **SIDA** y es donde a menudo tiene lugar la presentación inicial. Los trastornos informados con más frecuencia incluyen **Sarcoma de Kaposi**, **candidiasis**, infecciones por **herpes simple** y **leucoplasia vellosa oral**. (Lucente, Frank E.; Fundamentos de Otorrinolaringología, 1.994, Pág. 333).

Sin embargo es importante recalcar que la manifestaciones en paciente con **SIDA**, no solamente es en la cavidad oral, sino también presentan manifestaciones otológicas, cervicales, en glándulas salivales, nasales, sinusales y laringeas, practicamente en toda la cabeza y cuello.

1.3.- EPIDEMIOLOGIA.

1.3.1.- DEFINICIÓN.

La Asociación Epidemiológica Internacional recomienda definir Epidemiología, como “el estudio de los factores que determinan la frecuencia y la distribución de las enfermedades en las poblaciones humanas”.

Una definición amplia de “epidemiología”, basada en la etimología de la palabra misma (del griego, epi (sobre), demos (población) y logos (estudio), sería el estudio de todo lo que ocurre sobre una población. Abordando específicamente el área de la salud humana y adoptando una perspectiva que parte de la concepción, de que las enfermedades no ocurren por casualidad en una población definida; pero que existen factores y nexos causales que explican su ocurrencia y las características de su distribución.

Según Guerrero y colaboradores, “Epidemiología es el estudio de la ocurrencia de la enfermedad en grupos de personas”

Se denomina método epidemiológico, al conjunto de técnicas utilizadas para alcanzar el objetivo, es decir, deberá construirse un camino desde el momento en que se identifica el problema; la cual está formado por una serie de etapas (proceso de investigación), las cuales deberán realizarse hasta llegar al objetivo, el final del camino.

La epidemiología tiene una dimensión descriptiva, que pone en evidencia las características de la ocurrencia de las enfermedades en las poblaciones, utilizando datos relativos a la distribución geográfica o espacial, a la

distribución temporal y a la distribución según las características de las personas afectadas.

La epidemiología analítica formula hipótesis de trabajo, valiéndose de métodos estadísticos para la comprobación de las hipótesis planteadas. Busca establecer la asociación entre la enfermedad y determinados factores ambientales y/o genéticos. Los estudios epidemiológicos de tipo analítico son de fundamental importancia para la producción de conocimientos sobre la causa (etiología), la evolución y el pronóstico de las enfermedades, dando a las autoridades de salud pública los elementos indispensables para el control de las enfermedades en las poblaciones.

1.3.2.- ALCANCES DE LA EPIDEMIOLOGÍA.

La epidemiología no solamente estudia la ocurrencia de las enfermedades infecciosas, el concepto moderno de epidemiología no se limita al estudio de los periodos durante los cuales la enfermedad alcanza niveles muy altos en la comunidad, sino que estudia situaciones donde las enfermedades es poco frecuente o esta ausente.

1.3.3.- USOS DE LA EPIDEMIOLOGÍA.

El uso del método epidemiológico es útil para:

- Establecer el diagnóstico de la situación de salud en una comunidad o región.
- Medir el efecto de ciertas medidas terapéuticas, evaluar el efecto de nuevas drogas o el impacto de nuevos procedimientos.
- Estudio de las causas de enfermedad.

- Evaluación de los servicios de salud.
- Capacitación para la lectura crítica de la literatura médica.

1.3.4.- INDICADORES PARA EL DIAGNOSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD Y PARA LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE CONTROL.

Indicador, es un instrumento de evaluación que expresa una relación estandarizada entre dos variables, permite medir directa o indirectamente modificaciones. (Ministerio de Previsión Social y Salud Pública; Guía para la interpretación de indicadores de Salud; S.N.I.S.; 1.991; Pág. 18).

El análisis de estos indicadores se repite en la etapa de evaluación, para medir el impacto que han tenido las acciones de salud sobre el problema. La etapa de evaluación se continúa con el análisis de los indicadores denominados operacionales, que miden la ejecución de las acciones de control programadas en términos de calidad y de cantidad.

Así, la construcción y el análisis de los indicadores son factores esenciales en el desarrollo de las actividades de vigilancia Epidemiológica.

Según la OMS, se define como morbilidad a " toda desviación subjetiva u objetiva de un estado de bienestar fisiológico" y como enfermedad a un estado que, teórica o prácticamente, impide al individuo desempeñar sus funciones sociales, profesionales o de otro tipo.

La morbilidad puede medirse en términos de personas enfermas o de episodios de enfermedad.

Según Moya y colaboradores, Tasa de Morbilidad: son los que expresan el riesgo de adquirir determinadas enfermedades.

La fórmula general que se ha presentado anteriormente permitirá el cálculo de muchos indicadores. Dependiendo de las diferencias entre los datos que constituyen N y D, se podrá constituir una razón, una proporción o una tasa.

A) RAZÓN SIMPLE.

El término razón significa división o cociente, los datos del numerador N y del denominador D no son necesariamente de la misma naturaleza, sino que entre ellos, debe haber una relación lógica y deben referirse a un área determinada, en un determinado momento o intervalo de tiempo.

Una razón señala el tamaño de un número respecto a otro que se toma como la unidad (o como cien).

Es un indicador fácil de calcular y que permite comparaciones rápidas o concisas entre conjuntos de números.

Ejemplo de razón muy utilizado, es la relación entre el número de hombres y el número de mujeres, tanto cuando se refiere a una población, como cuando se refiere al número de casos de una determinada enfermedad. En 1.990 fueron diagnosticados en la consulta Externa de Otorrinolaringología en el Hospital x 528 pacientes con Faringitis, 432 hombres y 96 mujeres; si bien es claro que hay un predominio de faringitis en los hombres, se aprecia mejor, al dividir la primera cifra por la segunda ($432/96$), se encuentra que la razón es 4,5 hombres por cada mujer, o 450 hombres por cada 100 mujeres.

Otro ejemplo, suponiendo que en un área determinada hayan ocurrido 440 casos nuevos de Amigdalitis en una año, de los cuales 240 eran hombres y 200 mujeres, la razón entre hombres y mujeres (razón H/M, también llamada inapropiadamente razón de masculinidad) está dada por la división:

$$\frac{240 \text{ hombres}}{200 \text{ mujeres}} = 1,2 \text{ H/M}$$

B) TASA

Es la relación entre el número de veces que se ha observado un fenómeno y el número máximo de veces que este mismo hecho podría haberse observado.

Según Dever y colaboradores "Tasa es simplemente la expresión matemática de la relación entre el numerador y el denominador con una especificación de tiempo".

La fórmula general es la siguiente

$$\frac{\text{Cantidad de hechos (casos, defunciones o servicios en un período específico de tiempo.)}}{\text{Población expuesta a riesgo de sufrir un hecho (Caso, defunción, o servicio).}} \times 10n$$

a) Elementos de una tasa.

Numerador N: representa al número de veces que ha ocurrido un fenómeno durante un intervalo de tiempo específico y dentro de un área determinada, este número de eventos se debe identificar claramente en

función de: a) la índole del evento; b) el área geográfica afectada (lugar); y c) el lapso dentro del cuál ha ocurrido aquel (tiempo).

Denominador D: siempre representa al número de personas que ha estado expuesto a riesgo del fenómeno indicado en el numerador, durante el mismo intervalo de tiempo y en el mismo lugar. Lógicamente, el número total de estas personas corresponde al número máximo de veces que pudiera haber ocurrido el fenómeno, o sea se refiere a los habitantes que están expuestos a que algo les suceda.

Multiplicador (10n), como el resultado de dividir el numerador y el denominador es un cociente inferior a la unidad, se lo multiplica por un factor (que sea una potencia de 10, 100, 1.000, 10.000, 100.000) a fin de hacerla más fácilmente comprensible, en resumen la existencia del multiplicador tiene como objetivo principal producir una tasa manejable, en efecto se entenderá mejor la expresión "Tasa de $9,2 \times 1.000$ que la de Tasa de 0,0092".

Las tasas también son importantes para otros propósitos. Las mediciones epidemiológicas, como todas las mediciones, se basan en la comparación. Las tasas permiten cotejar las cantidades de casos que se presentan en diferentes poblaciones en distintos momentos. Es necesario entonces transformar los números en tasas para lograr índices comparables.

b) Requisitos.

1. Tanto en el numerador, como en el denominador debe existir, siempre y en cualquier tasa, implícita o explícitamente la limitación de un período de tiempo y la delimitación de un área geográfica o lugar, es decir los términos de la relación (numerador y

denominador) deben referirse al mismo lugar, lapso y al mismo grupo de población.

2. El numerador sólo debe incluir hechos que sean similares por ejemplo, si se trata de casos de una enfermedad dada, estos deben haberse identificado conforme a criterios diagnósticos uniformes, para evitar errores de observación.

c) Clasificación.

Las tasas pueden clasificarse conforme a la naturaleza del evento y habrá entonces tasas de natalidad, de morbilidad, de mortalidad o de letalidad, según se refiera a hechos relacionados con nacimientos, con enfermedades, con defunciones o con la gravedad de estas enfermedades respectivamente.

Otra base de clasificación, reside en la constitución del denominador o población, desde este ángulo, las tasas son crudas (brutas, globales o generales) cuando se calculan con respecto a la población total, su fórmula es:

$$TB = \frac{\text{No. De hechos vitales ocurridos en una población de una área Geográfica en un período de tiempo}}{\text{Población de esa área a mitad de dicho período}} \times 1.000$$

Y específicas cuando se refiere a una parte de la misma, cuando la población del denominador se restringe a un subgrupo de la población total, los fenómenos que constan en el numerador serán solamente los que pertenecen a este segmento de la población, Por ejemplo, la tasa específica de incidencia de Parotiditis en menores de 15 años, es igual a : el número de casos de Parotiditis registrados en menores de 15 años

en un área y período determinado por la población menor de 15 años en la misma área y en el mismo período.

Se puede realizar una segmentación de la población en subgrupos específicos según uno o más factores, tales como edad, sexo, raza, condiciones socioeconómicas y otros, la fórmula general es la siguiente:

$$TE = \frac{\text{No de casos vitales ocurridos en un grupo específico de la población de un área dada durante un período de tiempo dado}}{\text{Población de ese grupo específico es la misma área y a mitad de período}} \times 1000$$

Hay que destacar algunas observaciones importantes con respecto a las tasas:

1. El valor de la potencia de 10, elegido para multiplicar la fracción resultante inicialmente entre N y D, es arbitrario. Sin embargo, por convención, se usan potencias determinadas para las tasas de natalidad, mortalidad y morbilidad. Un ejemplo es la tasa de Incidencia de Amigdalitis, la cual se presenta en general, como el número de casos nuevos ocurridos en el año por cada 100.000 habitantes.
2. Se debe estimar la población en riesgo en el punto medio del período de tiempo considerado.
Cuando se toma el plazo de un año calendario, que es lo más frecuente, se considera a la población existente al primero de julio del año en estudio como su denominador (el punto medio del período).
3. Para comprender totalmente el significado de una tasa debe conocerse: a) el período de tiempo al que la tasa se hace referencia (anual, trimestral, mensual, quincenal, semanal, etc.); b) que es lo que se está contando (nacimientos, muertes, cesamientos enfermedades

etc.) esto es el numerador; c) el total de la población, esto es el denominador; d) las unidades (por cada 100, por cada 1000 etc.).

4. Las tasas pueden calcularse, anual , trimestral, mensual, etc, Pero siempre ajustando las tasas a una base anual, de modo que facilite la comparación. El ajuste se hace multiplicando la tasa por un factor apropiado obtenido al dividir el año entre el período en cuestión:

$$\text{Tasa Trimestral} = \frac{\text{Número de eventos que ocurrieron en la Población en un trimestre}}{\text{Población total estimada a la mitad de año}} \times 4 \times 1.000$$

$$\text{Tasa Mensual} = \frac{\text{Número de eventos que ocurrieron en la Población en el mes}}{\text{Población total estimada a la mitad de año}} \times 12 \times 1.000$$

5. Finalmente, señalar que las poblaciones están cambiando continuamente aumentando a causa de los nacimientos, de la inmigración, disminuyendo a causa de las defunciones y de la emigración, por lo que el número de habitantes es diferente al principio, a mediados y a fines de años. Por tal motivo la población específica en el denominador debe ser la de mediados de año, es decir la del 1ro. de Julio, que se considera que dicha población es intermedia entre la del principio y finales de año.

- d) Como usar las tasas.

Las tasas se deben utilizar e interpretar con ciertas precauciones. Vale hacer algunas recomendaciones al respecto:

1. Falacia ecológica

La falacia ecológica, consiste en generalizar los datos recogidos en un área en particular para todos los individuos que viven en dicha área. Asociando un indicador con personas que no estaban incluidas en esos cálculos, o llegando a conclusiones respecto de una unidad de análisis basándose en el examen de otra unidad, Ejemplo:

Para evitar tales problemas recomendamos 1) obtener indicadores de denominadores que incluyan el grupo poblacional completo o la mayor parte del mismo y 2) aplicar los indicadores con denominadores subgrupales sólo a las personas comprendidas en ese subgrupo.

2. Variaciones en la base

Las variaciones en la base pueden causar problemas en la comparación de tasas. Una proporción (por ejemplo $5/100$) es multiplicada por 100 para convertirla en porcentaje (5%), por 1.000 para convertirla en una tasa de mortalidad infantil ($=50$) y quizá por 10.000 para transformarla en una tasa de enfermedad ($=500$). Para que una tasa tenga sentido, siempre deberá hacer mención a su base. Si nos dicen que la "tasa ha aumentado dos veces", siempre debemos preguntar "¿la tasa respecto de qué base?".

3. Asociaciones falsas

Esto sucede si se olvida que las tasas se refieren a conjuntos y no a individuos. Por ejemplo puede ocurrir que un vecindario tenga una tasa alta de desempleo y una tasa alta de alcoholismo. Las pruebas estadísticas demostrarían que existe una relación entre estos factores.

No obstante los desempleados y los alcohólicos, pueden pertenecer a dos grupos diferentes de personas.

4. Varianza en las tasas con denominadores pequeños

Las tasas basadas en poblaciones muy grandes, pueden interpretarse como cantidades fijas a los fines comparativos. Pero a medida que la población base disminuye, la variación estadística adquiere mayor importancia para explicar las diferencias.

Las tasas tienen las implicaciones de un enunciado probabilístico o de una predicción. Un enunciado que dice que dos bebés murieron de 75 nacidos vivos, es simplemente una relación de hecho. Al convertirlo a una tasa de mortalidad infantil de 26 es decir, 26 defunciones por cada 1.000 nacimientos, resulta por implicación, un enunciado de tendencia en el largo plazo o una predicción.

5. Ventajas y desventajas de las tasas

El año pasado la tasa de enfermedad X en una ciudad fue de 10/1.000, pero este año, gracias a un gran esfuerzo se logró reducirla a 5 ¿Qué impresión nos daría?

¿Qué pensaría si nos dijeran que la tasa disminuyó de 100/10.000 a 50/10.000 o de 1000/100.000 a 500/100.000 o de 10.000/1.000.000 a 5.000/1.000.000? Tarde o temprano se percibiría de que es lo mismo, lo cual sería correcto. No obstante resulta mucho más impresionante pensar que 10.000 casos se redujeron a 5.000 que pensar que 10 casos disminuyeron a 5.

Si bien las estadísticas de mortalidad son los indicadores de salud que se usan más frecuentemente, no hay duda de que las mismas brindan sólo

un cuadro incompleto de los problemas de salud de la población. Por tal razón, también es necesario contar con los datos de morbilidad que proveen información sobre propagación de enfermedades afecciones mentales o físicas y discapacidades tanto agudas como crónicas.

Hay un sin número de indicadores que se expresan en forma de tasas, especialmente aquellos que miden morbilidad (ocurrencia de una enfermedad o daño) o la mortalidad (la totalidad de fallecimientos como resultado de una determinada enfermedad o daño). Como ejemplo de indicadores que miden la morbilidad en forma de tasa tenemos los siguientes:

1.3.5.- INDICADORES DE MORBILIDAD.

Para los datos de morbilidad en general, se utilizan las tasas de prevalencia e incidencia.

A. TASA DE INCIDENCIA

La tasa de incidencia (TI) indica la tasa a la cual, una cierta enfermedad se desarrolla en un periodo de tiempo en personas sanas, es decir, el número de casos nuevos de una enfermedad en un periodo de tiempo determinado, generalmente un año, la incidencia califica los casos nuevos de una enfermedad dada en un área determinada en un cierto periodo de tiempo. La tasa de incidencia relaciona al número de casos nuevos con la población del área:

Ejemplo:

$$TI = \frac{\text{Número de casos nuevos de una enfermedad}}{\text{En un período de tiempo determinada}} \times 1.000$$

Población expuesta a riesgo
(A mediados del mismo período).

Tasa de incidencia de Parotiditis en el Departamento de Tarija:

Casos nuevos de Parotiditis en el Depto. De Tarija,
Población del Depto. De Tarija al 1ro. /jul/90

B. Tasa de prevalencia

La prevalencia indica la totalidad de casos existentes (tanto nuevos como antiguos), en un área determinada en un cierto momento (prevalencia puntual que incluye solamente los casos existentes en un determinado día) o en un determinado período (prevalencia en el período, que incluye todos los casos que han estado enfermos en el período incluso los que se curaron, emigraron o fallecieron durante el período señalado).

Dichas tasas se pueden calcular de la siguiente manera:

$$TP \text{ puntual} = \frac{\text{Cantidad de casos existentes de una enfermedad en un momento determinado}}{\text{Población total}}$$

$$\text{TP por período} = \frac{\text{Cantidad de casos existentes de una enfermedad en un cierto Período de tiempo}}{\text{Población total}}$$

Ejemplo:

Tasa de Prevalencia de Amigdalitis en el Depto. De Tarija. Al 31/dic/90

Casos de Amigdalitis existentes en el Depto de Tarija.

Población del Depto. De Tarija al 31/dic/90.

Tanto la tasa de incidencia, como de prevalencia debe hacerse específica por edad, sexo, raza u otros factores importantes. Una tasa específica se obtiene cuando se relacionan los hechos vitales ocurridos en un grupo específico de la población y la población de ese grupo específico o población total, mejor expresado las tasas específicas están en función de una o más características de la población, estas características pueden ser edad, el sexo, las causas de muerte, el estado civil.

Existen numerosas tasas, donde cada una de ellas son importantes, pero las que interesan a este trabajo de investigación son:

$$\text{TE (raza)} = \frac{\text{No. Total de casos por raza}}{\text{Población por raza}} * 1.000$$

$$\text{TE (sexo)} = \frac{\text{No. Total de casos por sexo}}{\text{Población por sexo}} * 1.000$$

$$\text{TE (edad)} = \frac{\text{No. Total de casos por edad}}{\text{Población por Edad}} * 1.000$$

$$\text{TE (causa)} = \frac{\text{No. Total de casos por causa}}{\text{Total de población}} * 100.000$$

Tanto la tasa de incidencia, como la de prevalencia son herramientas muy importantes y fundamentales para la evaluación de los problemas de salud de una población. La tasa de incidencia es un factor de riesgo directo: una tasa alta de incidencia indica un alto riesgo de enfermedad. La tasa de prevalencia se puede utilizar como indicador de carga de trabajo o de requerimiento de personal e infraestructura. Contrariamente a la tasa de incidencia, la de prevalencia no refleja necesariamente el riesgo. Una prevalencia alta puede ser el resultado del aumento de la supervivencia, debido a mejor atención médica o a cambios de comportamiento o ambientales. Del mismo modo, una baja prevalencia puede ser el reflejo de un proceso fatal rápido o de una atención rápida y efectiva. Los administradores de los servicios de salud también deben tener en cuenta los factores de riesgo. Los datos de morbilidad y factores de riesgo se pueden obtener a través de los planes de seguros, de hospitales, de empleados, encuestas o cualquier otro servicio incluyendo otras organizaciones, también pueden ser provistos por universidades o entidades que se dedican a la planificación sanitaria,

o por encuestas especiales al respecto. Ésta última alternativa por supuesto es compleja o costosa.

1.3.6.- DATOS DE MORBILIDAD Y REGISTROS DE HOSPITALES.

Los libros o registros de hospitales, con sus diversas categorías de diagnósticos resultan una fuente de información de suma utilidad para obtener datos de morbilidad, que permitan detectar los cambios ocurridos en los patrones de enfermedad.

1.3.7.- SIGNIFICACIÓN DE LAS TASAS.

El enfoque epidemiológico para la determinación de los problemas de salud, se basa en la computación de las tasas de mortalidad y morbilidad en la población de interés para el administrador de los servicios de salud, con alguna otra tasa objetivo o estándar. La identificación de un problema solamente tiene sentido en relación con algún estándar, entonces significa el valor relacionado con un indicador particular (criterio) aceptable para aquellos que deben tomar decisiones. Por ejemplo una tasa de mortalidad infantil de 20 por 1.000 tiene un significado marginal en sí misma. Es necesario conocer algo acerca de la variabilidad o estabilidad de esta tasa. Sólo entonces se la podrá comparar con una tasa de mortalidad infantil en otra área geográfica u otro período de tiempo o con un valor objetivo o estándar arbitrario.

El enfoque epidemiológico para identificar los problemas de salud se basa en las comparaciones. Un exceso de mortalidad o morbilidad indica la existencia de un problema.

La significación estadística proporciona, indicios y no pruebas, la diferencias, características, o asociaciones. Estos son porque la significación estadística está basada en ciertas suposiciones implícitas entre ellas, las que se refieren a las propiedades de la distribución y el resultado muestral.

1.4.- RECURSOS PARA LA SALUD.

Desde el punto de vista de salud, el Departamento de Tarija, ha sido dividido en 8 Distritos, que son: Distrito I (Tarija), II (Entre Ríos), III (Villamontes); IV (Yacuiba); V (Bermejo); VI (San Lorenzo); VII (Iscaiyachi); VIII (Padcaya).

Es importante recalcar que todos estos Distritos, tienen según su estructura orgánica una sola dirección de mando que está dada por Unidad Sanitaria Tarija, la cuál depende de la Secretaría Nacional de Salud.

1.4.1.- COBERTURA.

Según sub sectores, en el área urbana la población asignada al Ministerio de Previsión social y Salud Pública, es del 69.90 %, a la Seguridad Social el 26/20 % y 3,9 % para los servicios privados.

Con relación al área rural, la población en un 100 %, es atendida por el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, si bien se encuentran trabajando diferentes ONGs, las mismas desarrollan programas con actividades de promoción de salud y no una atención integral a la población.

1.4.2.- POBLACIÓN.

Según informes del Instituto Nacional de Estadística, la población de la provincia Cercado en los años 1.976 y 1.992 se resume en el siguiente cuadro:

**Población Provincia Cercado, según Área y sexo
(1.976 y 1.992)**

PERIODO	1.976			1.992		
Área	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural
Sexo	Provincia			Provincia		
Hombre	28035	19011	9024	52140	43432	8708
Mujeres	29440	19905	9535	56101	46681	9420
Total Provincias	57475	38916	18559	108241	90113	18128

Fuente: I.N.E.

Censo Nacional de población y vivienda, 1.992.

**Estimado poblacional de la Provincia Cercado,
Según Área, Departamento de Tarija,
años 1.987 a 1.997**

AÑO	TOTAL	URBANO	RURAL
1.987	88.454	70.190	18.264
1.988	92.098	73.861	18.237
1.989	95.893	77.683	18.210
1.990	99.844	81.662	18.182
1.991	103.958	85.803	18.155
1.992	108.241	90.113	18.128
1.993	112.701	94.600	18.101
1.994	117.344	99.270	18.074
1.995	122.179	104.132	18.047
1.996	127.213	109.193	18.020
1.997	132.455	114.462	17.993

Fuente: I.N.E.

Elaboración propia

**Estimado poblacional de la Provincia Cercado,
Según Sexo, Departamento de Tarija,
años 1.987 a 1.997**

AÑO	TOTAL	URBANO	RURAL
1.987	88.454	42.780	45.674
1.988	92.098	44.507	47.591
1.989	95.893	46.304	49.589
1.990	99.844	48.172	51.672
1.991	103.958	50.117	53.841
1.992	108.241	52.140	56.101
1.993	112.701	54.245	58.456
1.994	117.344	56.434	60.910
1.995	122.179	58.713	63.466
1.996	127.213	61.083	66.130
1.997	132.455	63.548	68.907

Fuente: I.N.E.

Elaboración propia

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1.- PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

Desde el punto de vista general la enfermedad, es siempre el resultado de la interacción entre el organismo y el medio ambiente.

Existen determinadas entidades nosológicas que tiene relación casi exclusivamente a condiciones determinadas por la geografía del medio, en efecto ¿Qué influencia tiene en la patología, el clima prevalente en una determinada área geográfica?, ¿Cuáles son los mecanismos de adaptación y a que procesos patológicos puede dar lugar su insuficiencia?, ¿Cuál es la prevalencia de esas enfermedades en un área geográfica determinada?

Las respuestas a estas preguntas están destinadas a conocer a las enfermedades que afecta en determinadas regiones, a mujeres y hombres de acuerdo a la edad.

Existen patologías que afectan a cualquier región del cuerpo humano; pero es de interés general para el Odontólogo General, los procesos morbosos que se presentan en el primer segmento del tubo digestivo la “**cavidad bucal**”, ya sea de origen local o enfermedades que le afectan sistemáticamente.

Es necesario estudiar la frecuencia de las enfermedades sobre las poblaciones sobre una determinada área geográfica. La patología geográfica y la epidemiología, se ocupan con especial interés en estudiar la enfermedad como fenómeno biológico en sus relaciones con sus límites geográficos y para ello agrupa sus observaciones, de tal manera que pueden ser útiles para explicar los

mecanismos de ella, de acuerdo con el medio ecológico y la diferencia en la prevalencia de patologías de acuerdo a la región donde vive el hombre.

En todos los continentes no se repite la misma prevalencia y distribución de enfermedades, ni tampoco en las diversas divisiones geográficas de un mismo país. El clima, el suelo, los alimentos, el agua, las costumbres sociales, la flora y la fauna y muchos otros factores influyen en la fisiopatología de las enfermedades.

Debido al reconocimiento de este simple hecho **“es imperativo determinar la prevalencia de la patología y sus características propias en una determinada región”**.

El agrupar las enfermedades sobre la base de una determinada región, permite llamar la atención sobre la o las enfermedades, su prevención tratamiento y reparación. Deberá agruparse un mayor número de casos existentes vistos en un hospital, un servicio de diagnóstico en una región geográfica específica.

Estas agrupaciones permiten conocer la magnitud de un problema médico-odontológico y se expresa en porcentajes. El punto de referencia para evaluar la importancia de una enfermedad en estos estudios, es el total de observaciones.

Determinar la prevalencia o frecuencia de las enfermedades en una población generalmente originan datos suficientes para buscar teorías, hipótesis sobre los posibles factores etiológicos implicados en la producción de ellos.

De todos es conocido que hay grandes diferencias en la prevalencia de muchas enfermedades entre personas de distintos estratos socioeconómicos extremos, donde la pobreza juega un papel importante.

La patología frecuente se puede presentar en dos o más áreas geográficas, dos o más grupos humanos de una misma región, dos o más épocas cronológicas, dos o más edades, etc.

¿Cuál es la importancia de tener conocimientos de la prevalencia de las patologías en una determinada área geográfica?

2.1.1.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuál es la Tasa de Prevalencia e Incidencia de Patologías de los maxilares, mucosa Orofaringea, lengua y Glándulas Salivales en la ciudad de Tarija, en el período 1.987 – 1.997?

2.2.- ANTECEDENTES.

El conocimiento de la patología Regional por parte del Odontólogo constituye una necesidad imperiosa, ya que permitirá conocer su medio directamente como es y de no basarse en estadísticas con datos recogidos en países de condiciones completamente distintas a su propia realidad, que es donde está prestando o va a prestar sus servicios.¹

Para comprender la situación actual de la incidencia y la prevalencia de las enfermedades de la boca en el hombre de la ciudad de Tarija en el período 1.987 – 1.997, es necesario analizar el fenómeno como series históricas con relación a variables como la edad, sexo, lugar de procedencia, ocupación y otros y su evaluación actual.

¹ Correa Pelayo; Texto de Patología, México D.F., 1975, Pág. 459.

Revisada la bibliografía, no se ha encontrado investigaciones referente al problema que ocupa el presente estudio aunque existe abundante información estadística sobre el particular.

2.3.- JUSTIFICACIÓN.

2.3.1.- JUSTIFICACIÓN DE TRABAJO.

¿A quién servirá esta información?

La patología geográfica es un criterio básico para seleccionar que es lo más importante que se debe enseñar en la formación del Odontólogo general, ya que muchos de los graduados actuarán en esta región.

Contribuir al desarrollo del conocimiento de las patologías prevalentes.

Demostrar al Odontólogo que dichas enfermedades constituyen las prioridades para el desequilibrio del estado de salud de sus habitantes.

Contribuir a que el odontólogo General tome conciencia de las patologías más frecuentes en la ciudad capital de Tarija, que definirán los métodos preventivos y/o reparativos más útiles, eficientes y eficaces al realizar su trabajo profesional.

Estas medidas son muy útiles para evaluar el estado de salud de una población, definir las políticas de salud oral que deben ser implementados en los servicios de Odontología para enfrentar la realidad y desarrollar la capacitación del personal, de acuerdo a las necesidades de la población.

Al sistema de salud que recogerán la información estadística que le servirán de base para la planificación, programación y evaluación administrativa de los sistemas de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud oral, para resolver el tipo y cantidad de servicios a ofrecer a la población, eficiente y eficazmente y determinar su efecto o resultados.

A la Universidad, a la Facultad de Odontología y al futuro profesional, no profesional, el protocolo necesario, para la obtención de la información como método de investigación continua en su desarrollo dentro de la ciencia odontológica para poder utilizarlos en la atención de los pacientes.

Desde el punto de vista científico, este trabajo representa un aporte cognoscitivo real para las áreas de Epidemiología y Patología Estomatológica.

2.3.2.- JUSTIFICACIÓN PERSONAL.

¿Tengo el conocimiento de cuál es la patología que tiene más prevalencia en la primera parte del aparato digestivo?

Cuando un Odontólogo realiza el examen clínico del paciente, especialmente el examen intraoral y al observar una "lesión", deberá responder a la pregunta mencionada anteriormente de manera positiva: por tanto, es primordial tener conocimiento de cuál es la patología más frecuente en boca, de manera que oriente al diagnóstico, pronóstico y tratamiento de una entidad nosológica en el lugar geográfico donde presta sus servicios. Muchos profesionales, al realizar el examen oral e una paciente, sólo observan la "lesión" y de ella hacen el único objeto de

su conocimiento, le dedican toda su atención y sobre ella creen tener la obligación de mantener y/o restituir la normalidad. Pero el hombre con sus características antropológicas, su medio, las relaciones entre estos factores ¿representan otra realidad?

Si bien la mayoría de las enfermedades que se presentan en la cavidad bucal son semejantes en todas las poblaciones, existen algunas que presentan particulares características del área geográfica en la que prevalecen.

Es importante trabajar con estadísticas provenientes de casos de nuestro medio, ya que esto será de ayuda y ampliará el área del conocimiento del Odontólogo general, conocer las estadísticas de la ciudad de Tarija hace más eficiente el desempeño profesional en nuestro medio.

Finalmente el objetivo más importante es la aplicación del método científico para la investigación biológica, constituyendo un ejercicio básico sobre la aplicación de métodos, utilizando para este fin registros establecidos, publicados y accesibles.

Por este motivo se debe considerar como imprescindible la actualización de la frecuencia de las enfermedades más comunes de los tejidos de la cavidad bucal.

2.4.- HIPÓTESIS.

“Las tasas de prevalencia y de incidencia de la enfermedad en los maxilares, mucosa orofaríngea, lengua y glándulas salivales, guarda relación con factores como la edad, sexo, ocupación y lugar de procedencia”.

2.4.1.- ANÁLISIS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Variable Dependiente.

La enfermedad en los maxilares, mucosa bucofaringea, lengua y glándulas salivales.

Variables Independientes.

Edad, sexo, ocupación y lugar de procedencia.

Variables	Indicadores	Subindicadores
Variable Dependiente		
Enfermedad en los maxilares, mucosa bucofaringea, lengua y glándulas salivales.	Indicadores de morbilidad (tasas brutas y específicas de prevalencias e incidencia)	Porcentajes, razones y proporciones.
Variables Independientes		
Edad	Filiación del paciente.	Años cumplidos 0 a 100.
Sexo		Masculino y femenino.
Lugar de procedencia		Urbano, Suburbano, Rural, Otro depto., y Extranjero.
Ocupación		Labores de casa, Médico etc.

2.5.- OBJETIVOS.

2.5.1.- OBJETIVO GENERAL.

Conocer y establecer las tasas de prevalencia e incidencia de las patologías de los maxilares, mucosa bucofaringea, lengua y Glándulas salivales, de acuerdo a sexo, lugar de procedencia, diagnóstico, zona anatómica y etiología, en la ciudad capital de Tarija, en el período 1.987 a 1.997.

2.5.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- a. Determinar las tasas de prevalencia Específica por sexo, lugar de procedencia, diagnóstico, zona anatómica y etiología de las principales enfermedades.
- b. Determinar las tasas de Incidencia específica por sexo, lugar de procedencia, diagnóstico, zona anatómica y etiología de las principales enfermedades.
- c. Determinar la frecuencia de las afecciones de los maxilares, mucosa orofaringea, lengua y glándulas salivales, de más frecuente consulta en la ciudad de Tarija.
- d. Analizar la relación existente entre las patologías de los maxilares, mucosa bucofaringea, lengua y glándulas salivales y el lugar de procedencia.

- c. Determinar el sexo más expuesto a las patologías con mayor frecuencia en los maxilares, mucosa bucofaringea, lengua y glándulas salivales en la ciudad de Tarija.
- d. Identificar la edad promedio en que se presentan las patologías de los maxilares, mucosa bucofaringea, lengua y glándulas salivales más frecuentes en la ciudad de Tarija.
- e. Predecir la presentación del número de casos de patologías con mayor frecuencia en los maxilares, mucosa bucofaringea, lengua y glándulas salivales en la ciudad de Tarija, en los restantes años 1998, 1999 y 2000.

6.- MATERIAL Y MÉTODOS.

2.6.1.- METODOS.

En el presente trabajo de investigación los métodos a utilizar serán los siguientes:

A) Método Científico.

Interpreta los fenómenos en forma metódica y sistemática. Metódica, porque dispone de un conjunto de técnicas e instrumentos para el proceso de investigación.

Sistemática, porque los hallazgos de fenómenos y hechos los presenta clasificados y organizados en forma lógica, dándole carácter de ciencia.

B) Método Estadístico

Cualquier dato ya sea pequeño o grande, deberá ser tratado en forma metódica y sistemática, siguiendo una serie de pasos para alcanzar el objetivo: el “Proceso Estadístico” tiene las siguientes etapas; Planeamiento, Recolección, elaboración, Análisis e interpretación y Publicación.

1. Estadística Descriptiva.

Consiste en un conjunto de métodos que implican la recolección, caracterización y presentación en forma apropiada. Este método, sólo analiza y describe los datos.

2. Estadística Inferencial

Consiste en técnicas que posibilitan la generalización y toma de decisiones, sobre la base de información parcial obtenida mediante técnicas descriptivas, permitirá además predecir algo con respecto a la información obtenida.

B) Método Epidemiológico

Es un procedimiento sistemático para alcanzar los objetivos que se plantean en el trabajo de investigación. Permitirá cuantificar la frecuencia de una enfermedad dada y describir la asociación que tenga con características o variables epidemiológicas, como la persona, tiempo y lugar.

Se recurrirá a la Epidemiología Descriptiva que se encarga de identificar la aparición, extensión y progresión de la enfermedad en la población de la ciudad de Tarija.

2.6.2.- LÍMITES.

a) Universo.

El espacio geográfico de la presente investigación correspondiendo a la ciudad de Tarija.

b) Tiempo

Estudio de tipo longitudinal, Retrospectivo. Esta investigación comprende el período 1.987 a 1997.

c) Unidad de Análisis

La unidad de análisis, es la población de la ciudad de Tarija en los que se diagnosticó patologías: de los maxilares, mucosa bucofaringea, lengua y Glándulas Salivales.

2.6.3.- RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Se revisaron los Archivos de Historias Clínicas, Registros de Consulta Externa de los pacientes que acudieron al consultorio externo del servicio de Otorrinolaringología y Odontología, que presentaron algún tipo de patología de la cavidad bucofaringea durante los meses de Julio de 1.987 y Diciembre de 1.997.

Además se revisaron los Archivos del departamento de Anatomopatología del H.R.S.J.D.D.

Solamente se tomaron como diagnósticos valederos, todas aquellas patologías ubicadas en el tejido óseo de los maxilares, mucosa de la cavidad bucal y la faringe oral, lengua y glándulas salivales mayores y menores.

2.6.4.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

a) Técnica

Revisión documental, los datos obtenidos son de carácter primario y secundario.

Los datos primarios se extrajeron de la revisión de los Archivos del H.R.S.J.D.D.

Los datos secundarios, están basados en informes estadísticos y otros documentos de fuentes como el I.N.E.

Las proyecciones de la población total de la provincia Cercado, por área y sexo para el periodo comprendido entre 1.987 a 1997, fueron elaborados utilizando como información básica los porcentajes de la población de la provincia Cercado por área y sexo, de los censos del 29 de septiembre de 1.976 y del 3 de Junio de 1.992.

El cálculo de esos porcentajes, se realizó mediante las tasas medias anuales de crecimiento de población intercensal (1976 - 1992), proporcionados por el I.N.E.:

$$r = 1/t * L_n(P_n/P_o) * 100$$

donde: t = Periodo intercensal (15,67778 años)

P_n = Población final (1992)

P_o = Población inicial (1976)

Esta fórmula sirvió de base para determinar las tasas medias anuales de crecimiento de población intercensal, siendo para la provincia Cercado del 4,04 %, para el área urbana 5,36 %, rural - 0,15 %, para el sexo masculino el 3,96 % y el femenino del 4,11 %.

Sobre la base de estos porcentajes, para calcular la proyección para los años 1.987 - 1.997, se efectuó siguiendo el procedimiento propuesto en "Métodos para proyecciones demográficas" Serie E No. 1003, San José 1984, mediante la siguiente fórmula:

$$P_{ti} = P_o * e^{tr}$$

Donde:

P_{ti} = Población

P_o = Población inicial

tr = Tasa de crecimiento por el tiempo

e = Epsilon

De acuerdo a ello se hicieron las estimaciones de la población de la provincia Cercado, según área y sexo para los años 1.987 a 1.997 respectivamente.

2.6.5.- ELABORACIÓN.

a) Procesamiento y sistematización de los datos.

Los datos recopilados con los instrumentos diseñados para este fin fueron sometidos a crítica y codificación, para luego ser procesados.

Se utilizó el módulo Base para el análisis estadístico de los datos del programa SPSS, bajo el entorno de Windows, donde se elaboró una base de datos, siguiendo los siguientes pasos:

- Generación de un archivo de datos, en esta parte se define las variables y se introduce los datos, recopilados.
- Análisis estadístico de los datos el cual se utilizó para; calcular la distribución de frecuencias, calcular estadísticas descriptivas básicas, obtener listado de datos, tablas estadísticas, realizar análisis de regresión en series temporales.

Los resultados serán presentados de manera tabular mediante las tablas estadísticas bidimensionales, marginales.

2.6.6.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

a) Tratamiento Estadístico

Debido al carácter cualitativo de las variables, se utilizó el método descriptivo de datos cualitativos, como las razones, porcentaje y tasas.

Conforme a los objetivos específicos trazados en el protocolo de investigación, se utiliza para la respuesta a cada uno de estos objetivos, los siguientes métodos:

- Indicadores de morbilidad, como son las Tasas de prevalencia específica, la cual nos servirá para 1) medir el riesgo de enfermedad en cada grupo, 2) examinar las enfermedades prevalentes en cada grupo y 3) ubicar la progresión por subgrupos homogéneos de una enfermedad en particular. (Epidemiología y Administración de servicios de Salud; G.E. Alan Dever; EEUU 1.991; Pág. 142).
- Analizar el número de casos nuevos de enfermedades en la cavidad bucal que se hubieran presentado a la consulta externa de otorrinolaringología, Odontología y Anatomopatología del

H.R.S.J.D.D., durante el año 1.997, manejando tasas aplicables a subgrupos homogéneos.

- Análisis de los datos obtenidos de la consulta externa de Otorrinolaringología, Odontología y del Depto de anatomopatología del H.R.S.J.D.D., durante los años 1.987 a 1.996 que consignan patologías en los Maxilares, mucosa orofaríngea, lengua y glándulas salivales.
- La asociación enfermedad – lugar de procedencia se lo hará mediante las tasas específicas, según área, la cual nos muestra el sitio de residencia de las enfermedades, además ayudara a los servicios de salud para identificar las áreas con problemas.
- Analizar el número de casos obtenidos del H.R.S.J.D.D., mediante la moda estadística, la comparación entre los dos sexos se hará mediante el indicador Razón de masculinidad (razón hombres/mujeres expresada por cien).
- Establecer las enfermedades más frecuentes, determinar la media aritmética, para la presentación de las diferentes afecciones en los tejidos de la cavidad orofaríngea.
- Para obtener las proyecciones de los años 1.998, 1.999 y 2.000, recurriremos al análisis de una serie temporal mediante la metodología de regresión en series Temporales.

Las series objeto de análisis corresponde al número de casos de los diferentes diagnósticos, regiones anatómicas y etiologías de la consulta externa de otorrinolaringología, Odontología y del

departamento de Anatomopatología del H.R.S.J.D.D. de la ciudad de Tarija.

En lo que respecta a la consulta de Otorrinolaringología se toman en cuenta los cinco primeros diagnósticos, regiones anatómicas y etiologías, desde enero de 1.988, hasta diciembre de 1.997, el sistema de datos de las diferentes series corresponde a observaciones anuales y que la primera de ellas fue registrada en enero de 1.988 hasta diciembre de 1.997, con esta información el sistema generará las variables año y datos respectivamente de cada observación.

En objetivo que se persigue con el análisis de las diferentes series, es predecir en los restantes años (1.998, 1.999 y 2.000) para ello se tratará de elegir un modelo tal que no sólo se ajuste bien a los datos observados, sino que además, garantice de alguna manera que las predicciones también se ajustarán bien a las observaciones futuras.

Por esta razón, la estimación del modelo se realizará considerando las observaciones hasta el año 1.994 (periodo histórico o de ajuste) y, posteriormente, se validará la capacidad predictiva sobre el periodo comprendido entre enero de 1.995 y diciembre de 1.997 (periodo de validación), comparando los valores observados con las predicciones mediante el modelo elegido. Si los resultados obtenidos en el periodo de validación se consideran satisfactorios, es de esperar que también lo sean los obtenidos al predecir las diferentes series correspondientes al año 1.998, 1.999 y 2.000.

El ajuste se hará sobre la base de los tres modelos de regresión polinómicos (modelos de tendencia lineal, cuadrático y cúbico).

Para la consulta Odontológica es el mismo método a diferencia que los datos comprenden desde enero de 1.994 hasta diciembre de 1.997, las series corresponden a los primeros diagnósticos, siendo el periodo de ajusta desde enero de 1.994 a diciembre de 1.996 y el periodo de validación es de enero de 1.995, hasta diciembre de 1.997.

Para el departamento de anatomopatología se utiliza el mismo procedimiento con la diferencia de que el periodo de ajuste es de enero de 1.987 hasta diciembre de 1.997, siendo el periodo de validación de enero de 1.995, hasta diciembre de 1.997. Las series objeto de análisis corresponde a los primeros diagnósticos, de dicho servicio del H.R.S.J.D.D. de la ciudad de Tarija.

b) Estudio de los datos

Utilizamos la modalidad formal, ya que se usa una pequeña interpretación debajo del cuadro, esta interpretación se realizó en el ámbito descriptivo.

2.6.7.- VARIABLES.

a) Variable dependiente

La enfermedad en maxilares, mucosa bucofaringea, lengua y glándulas salivales.

Constituyen las diferentes patologías que producen alteraciones macroscópicas y microscópicas en los tejidos y órganos anteriormente mencionados.

b) Variables independientes

Edad.

Uno de los factores de mayor importancia en la ocurrencia de enfermedades, ya que algunos enfermedades pueden presentarse casi exclusivamente en un grupo etáreo en particular y prevalecer en ciertos niveles.

Sexo

Los patrones de morbi-mortalidad con relación al sexo son diferentes, debido a una serie de factores que como el estilo de vida diferente lo caracterizan.

Ocupación

El ambiente ocupacional y ambiental son factores de riesgo específicos que afectan a la salud, los cuales están asociados con agentes nocivos.

Lugar de procedencia

A diferencia de las otras variables, no es un atributo de la persona, tratará de encontrar un patrón de ocurrencia de la enfermedad en relación con la geografía o sea **¿Dónde ocurre la enfermedad?**.

Compara los índices de morbi – mortalidad de una enfermedad en las diferentes áreas geográficas mediante tablas, gráficos, ayuda a identificar las áreas con problemas (enfermedades geográficas).

2.6.8.- LIMITANTES.

Las principales limitantes para este Estudio fueron:

- a) La falta de experiencia en la organización y ejecución de este tipo de trabajos.
- b) La escasa colaboración que prestan los servicios de salud dependientes del M.P.S.S.P., particularmente del I.N.E.
- c) La complejidad y cantidad de datos que se manipularon en el presente estudio.

2.6.9.- ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS.

a) Resultados.

Se elaboraron siguiendo el orden de los objetivos específicos del trabajo, de manera que los resultados consisten en los datos brutos y dan respuestas a los objetivos específicos de la investigación, con la presentación de los cuadros estadísticos y posterior a cada uno se plantean los aspectos relevantes.

b) Conclusiones.

Se redactaron en forma sintética y puntual, constituyendo de esta manera una síntesis obtenida de la discusión de los resultados a partir del abordaje teórico en que se basa el estudio y encaminándose a dar respuesta al Objetivo General.

c) Recomendaciones.

Consistirá en señalamientos concretos de posibles soluciones en relación a la justificación del estudio, conteniendo elementos de juicio que contribuyan a la toma de decisiones dirigida a la aplicación práctica de dichas recomendaciones. De manera que deberán tener orientación hacia la solución concreta del problema dando respuesta a lo expresado en la justificación de trabajo, fundamentándose en los resultados y conclusiones.

Las recomendaciones serán formuladas sobre la base de:

- a. En el ámbito de formación profesional
- b. A nivel del Ejercicio profesional
- c. En el ámbito de línea de investigación
- d. En el ámbito de aplicación práctica.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

CUADRO No. 1
DIEZ PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DE LA CONSULTA
OTORRINOLARINGOLÓGICA, H.R.S.J.D.D.,
CIUDAD DE TARIJA, AÑO 1987 A 1997

No.	Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
3	<i>Sinusitis</i>	743	22.0
1	<i>Faringitis</i>	580	17.2
18	<i>Amigdalitis</i>	288	8.5
41	<i>Sinusitis maxilar</i>	221	6.6
42	<i>Frenillo lingual</i>	131	3.9
140	<i>Rinofaringitis alérgica</i>	104	3.1
68	<i>Amigdalitis crónica</i>	92	2.7
196	<i>Faringoamigdalitis</i>	79	2.3
189	<i>Amigdalitis pultácea</i>	75	2.2
5	<i>Angina</i>	73	2.2
	<i>Otros</i>	984	29.2
TOTAL		3370	100.0

Elaboración propia

Fuente: H.R.S.J.D.D.

Interpretación Estadística. El cuadro No. 1, proporciona el estudio descriptivo de la distribución de las diez principales diagnósticos del servicio de Otorrinolaringología del H.R.S.J.D.D., codificados con valores numéricos para identificar a los diferentes tipos de diagnósticos: Sinusitis 22,0 %; faringitis 17,2 %; Amígdalitis 8,5 %; sinusitis maxilar 6,6 %; frenillo lingual 3,9 %; Rinofaringitis alérgica 3,1 %; Amigdalitis crónica 2,7 %; Faringoamigdalitis 2,3 %; amigdalitis pultácea 2,2 %; angina 2,2 % y otros 29,2 %, sobre un total de 3370 diagnósticos revisados.

La moda estadística es igual a 3 (Sinusitis).

CUADRO No. 2
DIEZ PRINCIPALES ETIOLOGÍAS DE LA CONSULTA
OTORRINOLARINGOLÓGICA, H.R.S.J.D.D, CIUDAD
DE TARIJA, AÑO 1987 A 1997

No.	Etiología	Frecuencia	Porcentaje
2	Enfermedades infecciosas	1446	42.9
8	Inflamación Aguda	710	21.1
4	Enfermedades de origen Inmunitario	355	10.5
9	Inflamación crónica	158	4.7
18	Frenillo	133	3.9
40	Pulvécea	76	2.3
3	Neoplasias	63	1.9
34	Artralgia	60	1.8
14	Absceso	57	1.7
7	Virosis	56	1.7
	Otros	256	7.6
TOTAL		3370	100.0

Elaboración propia

Fuente: H.R.S.J.D.D.

Interpretación Estadística. El cuadro No. 4, proporciona el estudio descriptivo de las diez principales ETIOLOGÍAS de la consulta externa de Otorrinolaringología, codificados con valores numéricos para identificar a los tipos de etiología:

Infecciosa 42,9 %; inflamación aguda 21,1 %; Inmunitaria 10,5 %; inflamación crónica 4,7 %; frenillo 3,9 %; pulvécea 2,3 %; neoplasias 1,9 %; artralgia 1,8 %; absceso 1,7 %; virosis 1,7 % y otros 7,6 %, sobre un total de 3370 diagnósticos revisados.

En consecuencia la moda estadística resulta ser el diagnóstico 2 (Enfermedades infecciosas).

CUADRO No. 3
DIEZ PRINCIPALES REGIONES ANATÓMICAS DE LA
CONSULTA OTORRINOLARINGOLÓGICA, H.R.S.J.D.D,
CIUDAD DE TARIJA, AÑO 1987 A 1997

No.	Zona Anatómica	Frecuencia	Porcentaje
10	Senos Paranasales	1215	36.1
9	Faringe	1059	31.4
8	Amígdalas palatinas	661	19.6
4	Piso de la boca	168	5.0
17	A.T.M.	62	1.8
12	Maxilares	52	1.5
15	Parótida	44	1.3
6	Encía	24	0.7
1	Labios	20	0.6
2	Mejillas	19	0.6
	Otros	46	1.4
TOTAL		3370	100.0

Elaboración propia

Fuente: H.R.S.J.D.D.

Interpretación Estadística. El cuadro No. 3, proporciona el estudio descriptivo de las diez primeras REGIONES ANATÓMICAS de la consulta externa de Otorrinolaringología del H.R.S.J.D.D., codificados con valores numéricos para identificar a la región: senos paranasales 36,1 %; faringe 31,4 %; amígdalas palatinas 19,6 %; piso de la boca 5,0 %; A.T.M. 1,8 %; maxilares 1,5 %; parótida 1,3 %; encía 0,7 %; labios 0,6 %; mejillas 0,6 % y otros 1,4 %, sobre un total de 3370 diagnósticos revisados.

La moda estadístico es igual a 10 (senos paranasales).

CUADRO No. 4
CASOS DE SINUSITIS MAXILAR, SEGÚN GRUPO ETÁREO,
CONSULTA OTORRINOLARINGOLÓGICA, H.R.S.J.D.D.,
CIUDAD DE TARIJA, AÑO 1987 a 1997

No.	Grupo etáreo	Frecuencia	Porcentaje
0	s/d	1	0.5
1	< de 1	1	0.5
2	1 a 4	17	7.7
3	5 a 14	43	19.5
4	15 a 19	27	12.2
5	20 a 44	90	40.7
6	45 a 49	10	4.5
7	50 a 59	19	8.6
8	60 y más	13	5.9
	TOTAL	221	100.0

Fuente: H.R.S.J.D.D.

Elaboración propia

Interpretación estadística. La tabla No. 161, proporciona el estudio descriptivo de la distribución del número de casos de SINUSITIS MAXILAR, según la variable EDAD, codificados con valores numéricos del 1 a 8, para identificar a los grupos de edad s/d 0,5 %; menores de 1 año 0,5 %; 1 a 4 7,7 %; 5 a 14 19,5 %; 15 a 19 12,2 %; 20 a 44 40,7 %; 45 a 49 4,5 %; 50 a 59 8,6 %; 60 y más años 5,9 %; sobre el conjunto de diagnósticos revisados.

La columna frecuencia proporciona el número de casos, donde se observa que la edad más frecuente es la del grupo de 20 a 44 años, presente en 90 de los 221 casos, o lo que es equivalente, presente en el 40,7 % de los diagnósticos, en consecuencia la moda estadística es igual a 5(20 a 44 años), en segundo lugar se encuentra el grupo de 5 a 14 con el 19,5 %.

La edad mas frecuente es 18 años, la minima es 11 meses, la máxima 81 años, la edad promedio para la presentación de este diagnóstico es 27,22 años.

La zona anatómica más prevalente son los SENOS PARANASALES, siendo la etiología más frecuente la INFLAMACIÓN AGUDA.

CUADRO No. 5
CASOS DE SINUSITIS MAXILAR, SEGÚN OCUPACIÓN,
CONSULTA OTORRINOLARINGOLÓGICA, H.R.S.J.D.D.,
CIUDAD DE TARIJA, AÑO 1987 a 1997

No.	Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
	s/d	10	4.5
	Labores de casa	5	2.3
	Estudiante	14	6.3
	Chofer	1	0.5
	Enfermera	2	0.9
	Agricultor	2	0.9
	Empleado	6	2.7
	Missing	181	81.9
	TOTAL	221	100.0

Fuente: H.R.S.J.D.D.

Elaboración propia

Interpretación estadística. La tabla No. 162, proporciona el estudio descriptivo de la distribución del número de casos de SINUSITIS MAXILAR, según la variable OCUPACIÓN, codificados con valores numéricos, para identificar los diferentes oficios, sobre el conjunto de diagnósticos revisados.

La columna frecuencia, proporciona el número de casos, donde se observa que la ocupación más frecuente es ESTUDIANTE presente en 14 de los 221 diagnósticos, o lo que es equivalente presente en el 6,3 % de los casos.

La moda estadística es igual a 3 (Estudiante), en segundo lugar se encuentra las LABORES DE CASA con el 2,3 % de los casos.

Los diagnósticos sin dato corresponde alrededor del 4,5 % de todos los diagnósticos.

La zona anatómica más prevalente son los SENOS PARANASALES, siendo la etiología más frecuente la INFLAMACIÓN AGUDA.

CUADRO No. 6
CASOS DE SINUSITIS MAXILAR, SEGÚN LUGAR DE
PROCEDENCIA, CONSULTA OTORRINOLARINGOLÓGICA,
H.R.S.J.D.D., CIUDAD DE TARIJA, AÑO 1987 a 1997

No.	Lugar de procedencia	Frecuencia	Porcentaje
0	s/d	5	2.3
1	Urbano	156	70.6
2	Sub-urbano	18	8.1
3	Rural	36	16.3
4	Extranjero	1	0.5
5	Otro Depto.	3	1.4
	Missing	2	0.9
	TOTAL	221	100.0

Fuente: H.R.S.J.D.D.

Elaboración propia

Interpretación estadística. La tabla No. 163, proporciona el estudio descriptivo de la distribución del número de casos de SINUSITIS MAXILAR, según la variable LUGAR DE PROCEDENCIA, codificados con valores numéricos, para identificar a las diferentes áreas de procedencia, sobre el conjunto de diagnósticos revisados.

La columna frecuencia, proporciona el número de casos, donde se observa que el lugar de procedencia más frecuente es el área URBANA, presente en 156 de los 221 casos, o lo que es equivalente, presente en el 70,6 % de los diagnósticos, en consecuencia la moda es igual a 1 (Urbano), seguida del área RURAL con el 16,3 %.

La zona anatómica más prevalente son los SENOS PARANASALES, siendo la etiología más frecuente la INFLAMACIÓN AGUDA.

CUADRO No. 7
CASOS DE SINUSITIS MAXILAR, SEGÚN SEXO,
CONSULTA OTORRINOLARINGOLÓGICA, H.R.S.J.D.D,
CIUDAD DE TARIJA, AÑO 1987 a 1997

No.	Sexo	Frecuencia	Porcentaje
0	s/d	1	0.5
1	Masculino	116	52.5
2	Femenino	104	47.1
TOTAL		221	100.0

Fuente: H.R.S.J.D.D.

Elaboración propia

Interpretación estadística. La tabla No. 164, proporciona el estudio descriptivo de la distribución del número de casos de **SINUSITIS MAXILAR**, según la variable **SEXO**, codificados con valores numéricos para identificar a los dos tipos de género, varón y mujer, sobre el conjunto de diagnósticos revisados. La columna frecuencia, proporciona el número de casos, donde se observa que el sexo más frecuente es el **MASCULINO**, presente en 116 de los 221 casos, o lo que es equivalente, presente en el 52,5% de los diagnósticos, en consecuencia la moda estadística es igual a 1 (Masculino), las **MUJERES** presentan el 47,1 %.

La zona anatómica más prevalente son los **SENOS PARANASALES**, siendo la etiología más frecuente la **INFLAMACIÓN AGUDA**.

La razón de masculinidad es igual a 111,5 ; o lo que es equivalente, existen 112 hombres que presentan sinusitis maxilar por cada 100 mujeres.

CUADRO No. 8
CASOS DE FRENILLO LINGUAL, SEGÚN GRUPO ETÁREO,
CONSULTA OTORRINOLARINGOLÓGICA, H.R.S.J.D.D.,
CIUDAD DE TARIJA, AÑO 1987 a 1997

No.	Grupo etáreo	Frecuencia	Porcentaje
0	s/d	1	0.8
1	< de 1	34	25.6
2	1 a 4	62	46.6
3	5 a 14	27	20.3
4	15 a 19	4	3.0
5	20 a 44	2	1.5
6	45 a 49	1	0.8
7	50 a 59	1	0.8
8	60 y más	1	0.8
	TOTAL	133	100.0

Fuente: H.R.S.J.D.D.

Elaboración propia

Interpretación estadística. La tabla No. 165, proporciona el estudio descriptivo de la distribución del número de casos de FRENILLO LINGUAL, según la variable EDAD, codificados con valores numéricos del 1 a 8, para identificar a los grupos de edad: s/d 0,8 %; menores de 1 año 25,6 %; 1 a 4 46,6 %; 5 a 14 20,3 %; 15 a 19 3,0 %; 20 a 44 1,5 %; 45 a 49 0,8%; 50 a 59 0,8 %; 60 y más años 0,8 %; sobre el conjunto de diagnósticos revisados.

La columna frecuencia proporciona el número de casos, donde se observa que la edad más frecuente es la del grupo de 1 a 4 años, presente en 62 de los 133 casos, o lo que es equivalente, presente en el 46,6 % de los diagnósticos, en consecuencia la moda estadística es igual a 2(1 a 4 años), en segundo lugar se encuentra el grupo de < de 1 año, con el 25,6 %; seguido del grupo de 5 a 14 con el 20,3 %.

La edad mas frecuente es 1 año, la mínima es 1 mes, la máxima 60 años, la edad promedio para la presentación de este diagnóstico es 7,53 años.

La zona anatómica más prevalente es el PISO DE LA BOCA siendo la etiología más frecuente las ANOMALÍAS DE DESARROLLO.

CUADRO No. 9
CASOS DE FRENILLO LINGUAL, SEGÚN OCUPACIÓN,
CONSULTA OTORRINOLARINGOLÓGICA, H.R.S.J.D.D,
CIUDAD DE TARIJA, AÑO 1987 a 1997

No.	Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
0	s/d	20	15.0
17	Menor	13	9.8
3	Estudiante	2	1.5
	Missing	98	73.7
	TOTAL	133	100.0

Fuente: H.R.S.J.D.D.

Elaboración propia

Interpretación estadística. La tabla No. 162, proporciona el estudio descriptivo de la distribución del número de casos de FRENILLO LINGUAL, según la variable OCUPACIÓN, codificados con valores numéricos, para identificar los diferentes oficios, sobre el conjunto de diagnósticos revisados. La columna frecuencia, proporciona el número de casos, donde se observa que esta patología se encuentra en mayor frecuencia en los MENORES de edad, presente en 13 de los 133 diagnósticos o lo que es equivalente, presente en el 9,8 % de los casos.

La moda estadística es igual a 17 (Menor), en segundo lugar se encuentra los ESTUDIANTES, con el 1,5 % de los casos.

Los diagnósticos sin dato corresponde alrededor del 15,0 % de todos los diagnósticos.

La zona anatómica más prevalente es el PISO DE LA BOCA siendo la etiología más frecuente las ANOMALÍAS DE DESARROLLO.

CUADRO No. 10
CASOS DE FRENILLO LINGUAL, SEGÚN LUGAR DE
PROCEDENCIA, CONSULTA OTORRINOLARINGOLÓGICA,
H.R.S.J.D.D., CIUDAD DE TARIJA, AÑO 1987 a 1997

No.	Lugar de procedencia	Frecuencia	Porcentaje
0	s/d	6	4.5
1	Urbano	91	68.4
2	Sub-urbano	12	9.0
3	Rural	23	17.3
5	Otro Depto.	1	0.8
TOTAL		133	100.0

Fuente: H.R.S.J.D.D.

Elaboración propia

Interpretación estadística. La tabla No. 167, proporciona el estudio descriptivo de la distribución del número de casos de FRENILLO LINGUAL, según la variable LUGAR DE PROCEDENCIA, codificados con valores numéricos, para identificar a las diferentes áreas de procedencia, sobre el conjunto de diagnósticos revisados.

La columna frecuencia, proporciona el número de casos, donde se observa que el lugar de procedencia más frecuente es el área URBANA, presente en 91 de los 133 casos, o lo que es equivalente, presente en el 68,4 % de los diagnósticos, en consecuencia la moda es igual a 1 (Urbano), seguida del área RURAL con el 17,3 %.

La zona anatómica más prevalente es el PISO DE LA BOCA siendo la etiología más frecuente las ANOMALÍAS DE DESARROLLO.

CUADRO No. 11
CASOS DE FRENILLO LINGUAL, SEGÚN SEXO,
CONSULTA OTORRINOLARINGOLÓGICA, H.R.S.J.D.D,
CIUDAD DE TARIJA, AÑO 1987 a 1997

No.	Sexo	Frecuencia	Porcentaje
0	s/d	1	0.8
1	Masculino	100	75.2
2	Femenino	32	24.1
TOTAL		133	100.0

Fuente: H.R.S.J.D.D.

Elaboración propia

Interpretación estadística. La tabla No. 168, proporciona el estudio descriptivo de la distribución del número de casos de FRENILLO LINGUAL, según la variable SEXO, condicionados con valores numéricos para identificar a los dos tipos de género, varón y mujer, sobre el conjunto de diagnósticos revisados.

- La columna frecuencia, proporciona el número de casos, donde se observa que el sexo más frecuente es el MASCULINO, presente en 100 de los 133 casos, o lo que es equivalente, presente en el 75,2% de los diagnósticos, en consecuencia la moda estadística es igual a 1 (Masculino), las MUJERES presentan el 24,1 %.

La zona anatómica más prevalente es el PISO DE LA BOCA siendo la etiología más frecuente las ANOMALÍAS DE DESARROLLO.

La razón de masculinidad es igual a 312,5 ; o lo que es equivalente, existen 313 hombres que presentan Frenillo lingual por cada 100 mujeres.

CUADRO No. 12
TRIBUCIÓN DE LAS ETIOLOGÍAS DE LA CONSULTA EXTER
DE OTONDOTOLOGÍA DEL I.R.S.J.D.D. DE TARIJA, AÑO
1987-1994-1995-1996-1997

No.	Etiología	Frecuencia	Porcentaje
1	Infecciosa	2029	83.5
2	Físicos y químicos	67	2.8
3	Inflamación crónica	4	0.2
4	Anomalías de desarrollo	26	1.1
5	Inflamación aguda	50	2.1
6	Hipertrofia	1	0.0
7	Neoplásia benigna	1	0.0
8	Trastornos de la hemostasia	1	0.0
9	Trastornos endocrinos	49	2.0
10	Fístula	3	0.1
11	Diastema	1	0.0
	Missing	198	8.1
	TOTAL	2430	100.0

I. E. La Tabla No. 89 proporciona el estudio descriptivo de la distribución de la frecuencia según la variable ETIOLOGÍA, codificados con valores numéricos, para identificar los diferentes tipos de CAUSA, sobre el conjunto de diagnósticos revisados.

La columna frecuencia proporciona el número de casos donde se observa que la etiología más frecuente es la INFECCIOSA, presente en 2029 de los 2430 diagnósticos, o lo que es equivalente, presente en el 83,5 % de los casos, seguida de las causas físicas y químicas con el 2,8 %, en consecuencia la moda es igual a 1 (Infecciosa).

CUADRO No. 13
DISTRIBUCIÓN DE LAS ZONAS ANATÓMICAS DEL SERVICIO
DE OTONDOTOLOGÍA DEL ILRS.J.D.D. DE TARIJA, AÑO
1987-1994-1995-1996-1997

No.	Zona anatómica	Frecuencia	Porcentaje
1	Paladar duro	104	4.3
2	Diente	1950	80.2
3	Proceso alveolar	34	1.4
4	Encía	99	4.1
5	Mejilla	16	0.7
7	Maxilar superior	6	0.2
8	A.T.M.	1	0.0
9	Maxilar inferior	20	0.8
1	Tejido nervioso	3	0.1
	Missing	197	8.1
	TOTAL	2430	100.0

I. E. La Tabla No. 92 proporciona el estudio descriptivo de la distribución de la frecuencia según la variable ZONA ANATÓMICA para identificar a los diferentes tipos de zona anatómica, paladar duro 4,3 %, Diente 80,2 %, Proceso alveolar 1,4 %, Encía 4,1 %, mejilla 0,7 %; Maxilar superior 0,2 %; ATM 0,0%; Maxilar inferior 0,8 %; Tejido nervioso 0,1 %; sobre el conjunto de diagnósticos revisados.

La columna frecuencia proporciona el número de casos, donde se observa que la zona anatómica mas frecuente es el órgano DIENTE, presente en 1950 de los 2430 diagnósticos, o lo que es equivalente, presente en el 80,2 % de los casos, en consecuencia la moda es igual a 2 (Diente).

CUADRO No. 14
DIEZ PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DE LA CONSULTA
OTONDOTOLÓGICA DEL H.R.S.J.D.D. DE TARIJA, AÑO
1987-1994-1995-1996-1997

No.	Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
3	Caries de 4to. Grado	603	24.8
77	Caries	404	16.6
2	Caries de 3er. Grado	232	9.5
25	Restos radiculares	192	7.9
4	Caries de 2do. Grado	190	7.8
15	Exodoncia	174	7.2
1	Absceso	99	4.1
58	Control prenatal	91	3.7
18	Curación	90	3.7
31	Gingivitis gravídica	49	2.0
	Otros	306	12.6
	TOTAL	2430	100.0

I. E. La Tabla No. 93 proporciona el estudio descriptivo de la distribución de los diez primeros diagnósticos odontológicos codificados con valores numéricos para identificar a los diferentes tipos de diagnóstico, caries de 4to. Grado 24,8 %; caries 16,6 %; caries de 3er grado 9,5 %; Restos radiculares 7,9 %; caries de 2do grado 7,8 %; Exodoncia 7,2 %; Absceso 4,1 %; control prenatal 3,7 %; Curación 3,7 %; Gingivitis gravídica 2,0 % y otros 12,6 %; sobre el conjunto de diagnósticos revisados. La columna frecuencia proporciona el número de casos, donde se observa que el diagnóstico más común es Caries de 4to grado, presente en 603 de los 2430 diagnósticos, o lo que es equivalente, presente en 24,8 % de los casos, la moda es igual a 3 (caries de 4to grado).

CUADRO No. 15
CASOS DE CARIES DE 4to. GRADO, SEGÚN GRUPO ETÁREO,
CONSULTA ODONTOLÓGICA, H.R.S.J.D.D,
CIUDAD DE TARIJA, AÑO 1987-1994-1995-1996-1997

No.	Grupo etáreo	Frecuencia	Porcentaje
0	s/d	49	8.1
1	< de 1	0	0.0
2	1 a 4	7	1.2
3	5 a 14	79	13.1
4	15 a 19	95	15.8
5	20 a 44	289	47.9
6	45 a 49	42	7.0
7	50 a 59	21	3.5
8	60 y más	21	3.5
	TOTAL	603	100.0

Fuente: H.R.S.J.D.D.

Elaboración propia

Interpretación estadística. La tabla No. 188, proporciona el estudio descriptivo de la distribución del número de casos de **CARIES DE 4to. GRADO**, según la variable **EDAD**, codificados con valores numéricos del 1 a 8, para identificar a los grupos de edad: menores de 1 año 0,0 %; 1 a 4 1,2 %; 5 a 14 13,1 %; 15 a 19 15,8 %; 20 a 44 47,9 %; 45 a 49 7,0 %; 50 a 59 3,5 %; 60 y más años 3,5 %; sobre el conjunto de diagnósticos revisados.

La columna frecuencia proporciona el número de casos, donde se observa que la edad más frecuentes es la del grupo de 20 a 44 años, presente en 289 de los 603 casos, o lo que es equivalente, presente en el 47,9 % de los diagnósticos, en consecuencia la moda estadística es igual a 5(20 a 44 años), en segundo lugar se encuentra el grupo de 15 a 19 años con el 15,8 %.

La Edad más común es 22 años, la mínima es 3 años; la máxima 96 años, la edad promedio para la presentación de este diagnóstico es 25,12 años.

La zona anatómica más prevalente es el órgano **DIENTE**, siendo la etiología más frecuente la **INFECCIOSA**.

CUADRO No. 16
CASOS DE CARIES DE 4to GRADO, SEGÚN LUGAR DE
PROCEDENCIA, CONSULTA ODONTOLÓGICA,
H.R.S.J.D.D., CIUDAD DE TARIJA,
AÑO 1987-1994-1995-1996-1997

No.	Lugar de procedencia	Frecuencia	Porcentaje
0	s/d	210	34.8
1	Urbano	144	23.9
2	Sub-urbano	1	0.2
3	Rural	208	34.5
4	Extranjero	1	0.2
5	Otro Depto.	35	5.8
	Missing	4	0.7
	TOTAL	603	100.0

Fuente: H.R.S.J.D.D.

Elaboración propia

Interpretación estadística. La tabla No. 189, proporciona el estudio descriptivo de la distribución del número de casos de **CARIES DE 4to GRADO**, según la variable **LUGAR DE PROCEDENCIA**, codificados con valores numéricos, para identificar a las diferentes áreas de procedencia, sobre el conjunto de diagnósticos revisados.

La columna frecuencia, proporciona el número de casos, donde se observa que el lugar de procedencia más frecuente es el área **RURAL**, presente en 208 de los 603 casos, o lo que es equivalente, presente en el 34,5 % de los diagnósticos, en consecuencia la moda es igual a 3 (Rural), seguida del área **URBANA** con el 23,9 %.

La zona anatómica más prevalente es el órgano **DIENTE**, siendo la etiología más frecuente la **INFECCIOSA**.

CUADRO No. 17
CASOS DE GINGIVÍTIS GRAVÍDICA, SEGÚN GRUPO
ETÁREO, CONSULTA ODONTOLÓGICA, H.R.S.J.D.D,
CIUDAD DE TARIJA, AÑO 1987-1994-1995-1996-1997

No.	Grupo etáreo	Frecuencia	Porcentaje
0	s/d	2	4.1
1	< de 1	0	0.0
2	1 a 4	0	0.0
3	5 a 14	1	2.0
4	15 a 19	14	28.6
5	20 a 44	21	42.9
6	45 a 49	11	22.4
7	50 a 59	0	0.0
8	60 y más	0	0.0
	TOTAL	49	100.0

Fuente: H.R.S.J.D.D.

Elaboración propia

Interpretación estadística. La tabla No. 213, proporciona el estudio descriptivo de la distribución del número de casos de **GINGIVÍTIS GRAVÍDICA**, según la variable **EDAD**, codificados con valores numéricos del 1 a 8, para identificar a los grupos de edad: menores de 1 año 0,0 %; 1 a 4 0,0 %; 5 a 14 2,0 %; 15 a 19 28,6 %; 20 a 44 42,9 %; 45 a 49 22,4 %; 50 a 59 0,0 %; 60 y más años 0,0 %; sobre el conjunto de diagnósticos revisados.

La columna frecuencia proporciona el número de casos, donde se observó que la edad más frecuentes es la del grupo de 20 a 44 años, presente en 21 de los 49 casos, o lo que es equivalente, presente en el 42,9 % de los diagnósticos, en consecuencia la moda estadística es igual a 5(20 a 44 años), en segundo lugar se encuentra el grupo de 15 a 19 años con el 28,6 %.

La Edad más común es 16 años, la mínima es 14 años; la máxima 49 años, la edad promedio para la presentación de este diagnóstico es 28,80 años.

La zona anatómica más frecuente es la **ENCÍA**.

CUADRO No. 18
CASOS DE GINGIVÍTIS GRAVÍDICA, SEGÚN LUGAR DE
PROCEDENCIA, CONSULTA ODONTOLÓGICA, H.R.S.J.D.D.;
CIUDAD DE TARIJA, AÑO 1987-1994-1995-1996-1997

No.	Lugar de procedencia	Frecuencia	Porcentaje
0	s/d	41	83.7
1	Urbano	8	16.3
	TOTAL	49	100.0

Fuente: H.R.S.J.D.D.

Elaboración propia

Interpretación estadística. La tabla No. 214, proporciona el estudio descriptivo de la distribución del número de casos de **GINGIVÍTIS GRAVÍDICA**, según la variable **LUGAR DE PROCEDENCIA**, codificados con valores numéricos, para identificar a las diferentes áreas de procedencia, sobre el conjunto de diagnósticos revisados.

La columna frecuencia, proporciona el número de casos, donde se observa que el único lugar de procedencia es el área **URBANA**, presente en 16,3 % de los diagnósticos. Los diagnósticos sin dato corresponden al 83,7 % de todos los casos.

La zona anatómica más frecuente es la **ENCÍA**, siendo la etiología más prevalente los **TRASTORNOS ENDOCRINOS**.

CUADRO No. 20
DIEZ PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DEL
DEPTO. DE ANATOMOPATOLOGÍA, H.R.S.J.D.D.,
CIUDAD DE TARIJA, AÑO 1987 a 1997*

No.	Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
21	Linfadenitis TBC.	6	6.6
11	Fibroma	4	4.4
4	Hiperplasia pseudoepiteliomatosa	3	3.3
43	Hemangioma capilar de boca	3	3.3
9	Hiperplasia folicular linfática de Amig.	2	2.2
19	Carcinoma espinocelular infiltrante	2	2.2
34	Adenoma mucoso	2	2.2
46	Carcinoma espinocelular bien diferenciado	2	2.2
50	Adenoma	2	2.2
53	Carcinoma epidermoide bien diferenciado	2	2.2
	Otros	63	69.2
	TOTAL	91	100.0

Elaboración propia

Fuente: H.R.S.J.D.D.

* A excepción del año 1993

Interpretación Estadística. El cuadro No. 126, proporciona el estudio descriptivo de los diez principales diagnósticos del departamento de Anatomopatología, codificados con valores numéricos para identificar a los diferentes tipos de diagnóstico patológico: Linfadenitis 6,6 %; fibroma 4,4 %; hiperplasia pseudoepiteliomatosa 3,3 %; hemangioma capilar de boca 3,3 %; hiperplasia folicular linfática de amígdala 2,2 %; carcinoma espinocelular infiltrante 2,2 %; adenoma mucoso 2,2 %; carcinoma espinocelular bien diferenciado 2,2 %; adenoma 2,2 %; carcinoma epidermoide bien diferenciado 2,2 % y otros 69,2 %; sobre el conjunto de diagnósticos revisados, en consecuencia la moda estadístico es igual a 21 (Linfadenitis Tuberculosa).

CUADRO No. 21
DIEZ PRINCIPALES ETIOLOGÍAS DEL
DEPTO. DE ANATOMOPATOLOGÍA, H.R.S.J.D.D.,
CIUDAD DE TARIJA, AÑO 1987 a 1997*

No.	Etiología	Frecuencia	Porcentaje
1	Tumor maligno	18	19.8
2	Tumor benigno	16	17.6
5	Infecciosa	13	14.3
3	Hiperplasia	11	12.1
7	Quistes	6	6.6
8	Pólipo	4	4.4
10	Adenoma	4	4.4
13	Inflamación	3	3.3
15	Micosis	3	3.3
4	Paraneoplasia	2	2.2
	Otros	11	12.1
	TOTAL	91	100.0

Elaboración propia

Fuente: H.R.S.J.D.D.

* A excepción del año 1993

Interpretación Estadística. El cuadro No. 127, proporciona el estudio descriptivo de la distribución de la frecuencia, según la variable ETIOLOGÍA codificados con valores numéricos, para identificar las diferentes causas como ser: Tumor maligno 19,8 %; tumor benigno 17,6 %; infecciosa 14,3 %; hiperplasia 12,1 %; quistes 6,6 %; pólipo 4,4 %; adenoma 4,4 %; inflamación 3,3 %; micosis 2,2 %; paraneoplasia 2,2 % y otros 12,1 %, sobre el conjunto de diagnósticos revisados, en consecuencia la moda estadístico es igual a 1 (tumor maligno).

CUADRO No. 22
DIEZ PRINCIPALES ZONAS ANATÓMICAS DEL
DEPTO. DE ANATOMOPATOLOGÍA, H.R.S.J.D.D.,
CIUDAD DE TARIJA, AÑO 1987 a 1997*

No.	Zona anatómia	Frecuencia	Porcentaje
1	Labios	24	26.4
2	Mejillas	21	23.1
13	Submentoniana	9	9.9
6	Encía	7	7.7
7	Amígdalas palatinas	5	5.5
3	Paladar duro	4	4.4
5	Lengua	4	4.4
9	Senos Paranasales	4	4.4
4	Piso de la boca	3	3.3
11	Maxilares	3	3.3
	Otros	7	7.7
	TOTAL	91	100.0

Elaboración propia

Fuente: H.R.S.J.D.D.

* A excepción del año 1993

Interpretación Estadística. El cuadro No. 127, proporciona el estudio descriptivo de la distribución de la frecuencia, según la variable ZONA ANATÓMICA, codificados con valores numéricos, para identificar las diferentes regiones anatómicas: labios 26,4 %; mejillas 23,1 %; submentoniana 9,9 %; encía 7,7 %; amígdalas palatinas 5,5 %; paladar duro 4,4 %; lengua 4,4 %; senos paranasales 4,4 %; piso de la boca 3,3 %; maxilares 3,3 % y otros 7,7 %, sobre el conjunto de diagnósticos revisados, la moda estadística es igual a 1 (Labios).

Cuadro No. 23
Tasas Específicas de P/100.000 habitantes, por sexo,
Consulta Otorrinolaringológica; H.R.S.J.D.D.; Prov.
Cercado; Tarija 1.987 - 1.996

Años	Tasa P/100.000 habitantes	
	Masculino	Femenino
1,987	107.5	140.1
1,988	141.6	184.9
1,989	265.6	274.3
1,990	350.8	315.5
1,991	209.5	224.7
1,992	280.0	308.4
1,993	199.1	213.8
1,994	373.9	341.5
1,995	366.2	373.4
1,996	279.9	281.3

Fuente: H.R.S.J.D.D.

Elaboración propia.

Cuadro No. 24
Tasas Específicas de P/100.000 habitantes, según área,
Consulta Otorrinolaringológica; H.R.S.J.D.D.; Prov.
Cercado; Tarija 1.987 - 1.996

Años	Tasa P/100.000 habitantes	
	Urbano	Rural
1,987	109.7	142.4
1,988	134.0	241.6
1,989	220.1	356.9
1,990	271.9	533.5
1,991	224.9	132.2
1,992	312.9	143.4
1,993	182.9	270.7
1,994	325.4	426.0
1,995	324.6	615.1
1,996	268.3	266.4

Fuente: H.R.S.J.D.D.

Elaboración propia.

Cuadro No. 25

Tasas Específicas de P/100.000 hab. de; Sinusitis
maxilar; por Años, Consulta Otorrinolaringológica;
H.R.S.J.D.D.; Prov. Cercado; Tarija 1.987 - 1.996

Años	No de casos	Tasa P/100.000 habitantes
1,987	0	0.0
1,988	0	0.0
1,989	36	37.5
1,990	4	4.0
1,991	0	0.0
1,992	0	0.0
1,993	3	2.7
1,994	48	40.9
1,995	44	36.0
1,996	30	23.6

Fuente: H.R.S.J.D.D.

Elaboración propia.

Cuadro No. 26

Tasas Específicas de P/100.000 hab. para Frenillo
Lingual; por Años, Consulta Otorrinolaringológica;
H.R.S.J.D.D.; Prov. Cercado; Tarija 1.987 - 1.996

Años	No de casos	Tasa P/100.000 habitantes
1,987	0	0.0
1,988	0	0.0
1,989	12	12.5
1,990	17	17.0
1,991	18	17.3
1,992	13	12.0
1,993	10	8.9
1,994	29	24.7
1,995	18	14.7
1,996	8	6.3

Fuente: H.R.S.J.D.D.

Elaboración propia.

Cuadro No. 27

Tasas específicas de P/100.000 hab.; por diagnósticos, consulta
Odontológica; H.R.S.J.D.D., Prov. Cercado; Tarija 1.987 - 1.996

No.	Diagnóstico	1,987	1,994*	1,995*	1,996
3	Caries 4to. Grado	412.6	17.9	4.9	76.3
77	Caries	0.0	0.0	0.0	0.0
2	Caries 3er. Grado	33.9	114.2	47.5	5.5
25	Restos radiculares	0.0	0.0	1.6	65.2
4	Caries 2do. Grado	5.7	11.1	1.6	82.5
15	Exodoncia	0.0	86.1	50.7	7.9
1	Absceso	10.2	0.0	0.0	26.7
58	Control prenatal	0.0	0.0	0.0	18.9
18	Curación	0.0	40.9	27.8	4.7
31	Gingivitis gravídica	0.0	0.0	0.0	32.2

*Primer semestre

Fuente: H.R.S.J.D.D.

Elaboración propia

Cuadro No. 28

Tasas específicas de P/100.000 hab.; por Zonas anatómicas,
Consulta Odontológica; H.R.S.J.D.D., Prov. Cercado;
Tarija 1.987 - 1.996

No.	Zona anatómica	1,987	1,994*	1,995*	1,996
2	Diente	454.5	243.7	114.6	285.3
1	Paladar duro	10.2	1.7	0.0	28.3
4	Encía	1.1	5.9	0.0	37.7
3	Proceso alveolar	9.0	1.7	0.0	4.7
9	Maxilar inferior	0.0	0.0	0.0	10.2
5	Mejilla	0.0	0.9	0.0	2.4

*Primer semestre

Fuente: H.R.S.J.D.D.

Elaboración propia

Cuadro No. 29
Tasas específicas de P/100.000 hab.; por Etiología,
Consulta Odontológica; H.R.S.J.D.D., Prov. Cercado;
Tarija 1.987 - 1.996

<i>No.</i>	<i>Etiología</i>	<i>1,987</i>	<i>1,995*</i>	<i>1,996</i>
1	Infecciosa	473.7	113.8	283.8
2	Agentes físicos-químicos	0.0	0.8	27.5
5	Inflamación aguda	0.0	0.0	15.7
9	Trastornos endocrinos	0.0	0.0	32.2
4	Anomalías de desarrollo	0.0	0.0	9.4
3	Inflamación crónica	0.0	0.0	1.6

*Primer semestre

Fuente: H.R.S.J.D.D.

Elaboración propia

Cuadro No. 30
Tasas Específicas de P/100.000 hab.; por sexo;
consulta Odontológica; H.R.S.J.D.D., Prov. Cercado;
Tarija 1.987 - 1.996

<i>Años</i>	<i>Tasa de P/100.000 hab.</i>	
	<i>Varón</i>	<i>Mujer</i>
1,987	385.7	551.7
1,994*	333.1	259.4
1,995*	124.3	159.1
1,996	222.6	565.6

*Primer semestre

Fuente: H.R.S.J.D.D.

Elaboración propia

Cuadro No. 31
Tasas Específicas de P/100.000 hab.; por área;
consulta Odontológica; H.R.S.J.D.D., Prov. Cercado;
Tarija 1.987 - 1.996

<i>Años</i>	<i>Tasa de P/100.000 hab.</i>	
	<i>Urbano</i>	<i>Rural</i>
1.987	179.5	1281.2
1.994*	264.9	354.1
1.995*	104.7	315.8

*Primer semestre

Fuente: H.R.S.J.D.D.

Elaboración propia

Cuadro No. 32

Tasas específicas de P/100.000 hab.; por etiología: Depto. De Anatomopatología:

H.R.S.J.D.D.; Prov. Cercado, Tarija 1.987 - 1.996.

No	Etiología	Años									
		1987	1988	1989	1990	1991	1992	1994	1995	1996	
1	Neoplasia maligna	3.4	0.0	1.0	3.0	0.0	2.8	2.6	1.6	1.6	
2	Neoplasia benigna	1.1	0.0	4.2	1.0	1.9	1.8	0.0	2.5	1.6	
5	Infecciosa	0.0	1.1	0.0	3.0	1.9	1.8	0.0	0.0	3.1	
3	Hiperplasias	1.1	3.3	4.2	0.0	0.0	0.0	0.9	0.0	0.0	
7	Quistes	0.0	0.0	1.0	1.0	1.9	0.0	0.0	0.0	0.0	
8	Pólipo	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9	0.9	0.0	0.0	
10	Adenoma	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.9	1.7	0.0	0.0	

Fuente: H.R.S.J.D.D.
Elaboración propia

Cuadro No. 33
Tasas específicas de P/100.000 hab.; por Zona anatómica; Depto. De Anatomopatología;
H.R.S.J.D.D.; Prov. Cercado, Tarija 1.987 - 1.996.

No	Etiología	Años									
		1987	1988	1989	1990	1991	1992	1994	1995	1996	
1	Labios	1.1	0.0	1.0	1.0	2.9	3.7	3.4	1.6	3.1	
2	Mejillas	0.0	1.1	4.2	5.0	1.0	3.7	1.7	0.8	0.8	
13	Región submentoniana	1.1	1.1	0.0	2.0	1.9	0.0	0.0	1.6	0.8	
6	Encía	2.3	1.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9	0.8	0.8	
7	Amígdalas palatinas	0.0	1.1	3.1	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
3	Paladar duro	0.0	0.0	1.0	1.0	1.0	0.9	0.0	0.0	0.0	
5	Lengua	1.1	1.1	1.0	0.0	0.0	0.0	0.9	0.0	0.0	

Fuente: H.R.S.J.D.D.
Elaboración propia

Cuadro No.34
Tasas específicas de P/100.000 hab.; por Diagnóstico; Depto.
De Anatomopatología:H.R.S.J.D.D.; Prov. Cercado, Tarija 1.987 - 1.996.

No	Etiología	Años									
		1987	1988	1989	1990	1991	1992	1994	1995	1996	
21	Linfadenitis tuberculosa	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	1.9	0.0	0.0	2.4	
11	Fibroma	0.0	0.0	2.1	1.0	0.0	0.0	0.0	0.9	0.0	
4	Hiperplasia Pseudoepitelial	1.1	1.1	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
43	Hemangioma capilar de boca	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9	0.0	0.8	0.8	
9	Hiperplasia Folicular Linf. de Amig.	0.0	1.1	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
34	Adenoma mucoso	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.9	0.0	0.0	0.0	
50	Adenoma	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.7	0.0	0.0	

Fuente: H.R.S.J.D.D.
Elaboración propia

Cuadro No. 35
Tasas Específicas de P/100.000 hab.; por sexo; Depto. De
Anatomopatología: H.R.S.J.D.D.; Prov. Cercado;

Años	Tarija 1.987 - 1.996	
	Varon	Mujer
1987	7.0	4.4
1988	6.7	4.2
1989	6.5	18.1
1990	14.5	7.7
1991	17.9	7.4
1992	9.6	10.7
1994	8.9	8.2
1995	3.4	6.3
1996	4.9	9.1

Fuente: H.R.S.J.D.D.
Elaboración propia

Cuadro No.36
Tasas de Incidencia por diagnósticos, Consulta
Otorrinolaringológica; prov. Cercado; Tarija
1.997; por 100.000 habitantes.

No.	Diagnósticos	No de casos	Tasa I/ 100.000 hab.
3	Sinusitis	88	66.4
1	Faringitis	71	53.6
18	Amigdalitis	47	35.5
41	Sinusitis maxilar	56	42.3
42	Frenillo lingual	6	4.5
140	Rinofaringitis alérgica	19	14.3
68	Amigdalitis crónica	0	0.0
196	Faringoamigdalitis	12	9.1
189	Amigdalitis pultácea	4	3.0
5	Angina	0	0.0

Fuente: H.R.S.J.D.D.
Elaboración propia.

Cuadro No.37
Tasas de Incidencia para etiología, Consulta
Otorrinolaringológica; prov. Cercado; Tarija
1.997; por 100.000 habitantes.

No.	Etiología	No de casos	Tasa I/ 100.000 hab.
2	Infecciosa	159	120.0
8	Inflamación Aguda	135	101.0
4	Inmunitaria	116	87.6
9	Inflamación crónica	1	1.0
18	Frenillo	6	4.5
40	Pultácea	4	3.0
3	Neoplásica	11	8.3
34	Artralgia	21	15.9
14	Absceso	10	7.5
7	Virosis	5	3.8

Fuente: H.R.S.J.D.D.
Elaboración propia.

Cuadro No.38
Tasas de Incidencia por Zona Anatómica, Consulta
Otorrinolaringológica; prov. Cercado; Tarija
1.997; por 100.000 habitantes.

No.	Zona Anatómica	No de casos	Tasa I / 100.000 hab.
10	Senos paranasales	231	174.4
9	Faringe	157	118.5
8	Amígdalas palatinas	61	46.1
4	Piso de la boca	8	6.0
17	A.T.M.	21	15.9
12	Maxilares	2	1.5
15	Parótida	8	6.0
6	Encía	0	0.0
1	Labios	0	0.0
2	Mejillas	3	2.3

Fuente: H.R.S.J.D.D.
Elaboración propia.

Cuadro No. 39
Tasas de Incidencia; por sexo, consulta
Otorrinolaringológica, Prov. Cercado; Tarija 1.997
por 100.000 habitantes.

No.	Sexo	No de casos	Tasa I / 100.000 hab.
1	Masculino	225	354.1
2	Femenino	264	383.1

Fuente: H.R.S.J.D.D.
Elaboración propia.

Cuadro No. 40
Tasas de Incidencia; por área, consulta
Otorrinolaringológica, Prov. Cercado; Tarija 1.997
por 100.000 habitantes.

<i>No.</i>	<i>Lugar de procedencia</i>	<i>No de casos</i>	<i>Tasa I / 100.000 hab.</i>
1	Urbano	358	312.8
2	Rural	112	622.5

Fuente: H.R.S.J.D.D.
Elaboración propia.

Cuadro No. 41
Tasas específicas de I / 100.000 hab.; por diagnóstico;
Consulta Odontológica; Prov. Cercado;
Tarija 1.997

<i>No.</i>	<i>Diagnóstico</i>	<i>No. De casos</i>	<i>Tasa I / 100.000 hab.</i>
3	Caries 4to. Grado	114	86.1
77	Caries	404	305.0
2	Caries 3er. Grado	3	2.3
25	Restos radiculares	107	80.8
4	Caries 2do. Grado	65	49.1
15	Exodoncia	1	0.8
1	Absceso	56	42.3
58	Control Prenatal	67	50.6
18	Curación	2	1.6
31	Gingivitis gravídica	8	6.0

Fuente: H.R.S.J.D.D.
Elaboración propia

Cuadro No. 42
Tasas específicas de I / 100.000 hab.; por Zona anatómica;
Consulta Odontológica; Prov. Cercado;
Tarija 1.997

No.	Zona anatómica	No. De casos	Tasa I / 100.000 hab.
2	Diente	759	573.0
1	Paladar duro	57	43.0
4	Encía	43	32.5
3	Proceso alveolar	18	13.6
9	Maxilar inferior	7	5.3
5	Mejilla	12	9.1

Fuente: H.R.S.J.D.D.
 Elaboración propia

Cuadro No. 43
Tasas específicas de I / 100.000 hab.; por Etiología;
Consulta Odontológica; Prov. Cercado;
Tarija 1.997

No.	Etiología	No. De casos	Tasa I / 100.000 hab.
1	Infecciosa	822	620.6
2	Agentes físicos-químicos	27	20.4
5	Inflamación aguda	27	20.4
9	Trastornos endocrinos	8	6.0
4	Anomalías de desarrollo	13	9.8
3	Inflamación crónica	1	0.8

Fuente: H.R.S.J.D.D.
 Elaboración propia

Cuadro No. 44
Tasas específicas de I / 100.000 hab.; por Sexo;
Consulta Odontológica; Prov. Cercado;
Tarija 1,997

<i>No.</i>	<i>Sexo</i>	<i>No. De casos</i>	<i>Tasa I/ 100.000 hab.</i>
1	Varón	452	711.3
2	Mujer	527	764.8

Fuente: H.R.S.J.D.D.

Elaboración propia

Cuadro No. 45
Tasas Específicas de I / 100.000 hab.; por diagnósticos; Depto. De
Anatomopatología; H.R.S.J.D.D; Prov. Cercado; Tarija 1.997.

No.	Diagnóstico	No de casos	Tasa I / 100.000 hab.
21	Linfadenitis tuberculosa	0	0.0
11	Fibroma	0	0.0
4	Hiperplasia Pseudoepitelial	0	0.0
43	Hemangioma capilar de boca	0	0.0
9	Hiperplasia Folicular Linf. de Amig.	0	0.0
34	Adenoma mucoso	0	0.0
50	Adenoma	0	0.0

Fuente: H.R.S.J.D.D.
Elaboración propia

Cuadro No. 46
Tasas Específicas de I / 100.000 hab.; por Zona anatómica; Depto. De
Anatomopatología; H.R.S.J.D.D; Prov. Cercado; Tarija 1.997.

No.	Zona anatómica	No de casos	Tasa I / 100.000 hab.
1	Labios	4	3.0
2	Mejillas	2	1.5
13	Región submentoniana	0	0.0
6	Encía	1	0.7
7	Amígdalas palatinas	0	0.0
3	Paladar duro	1	0.8
5	Lengua	0	0.0

Fuente: H.R.S.J.D.D.
Elaboración propia

Cuadro No. 47
Tasas Específicas de I / 100.000 hab.; por Etiología; Depto. De
Anatomopatología; H.R.S.J.D.D; Prov. Cercado; Tarija 1.997.

No.	Etiología	No de casos	Tasa I / 100.000 hab.
1	Neoplasia maligna	0	0.0
2	Neoplasia benigna	1	0.8
5	Infecciosa	1	0.8
3	Hiperplasias	0	0.0
7	Quistes	2	1.5
8	Pólipo	1	0.8
10	Adenoma	0	0.0

Fuente: H.R.S.J.D.D.
Elaboración propia

Cuadro No. 48
Tasas Específicas de I / 100.000 hab.; por sexo; Depto. De
Anatomopatología; H.R.S.J.D.D; Prov. Cercado; Tarija 1.997.

No.	Sexo	No de casos	Tasa I / 100.000 hab.
1	Varones	4	6.3
2	Mujeres	5	7.3

Fuente: H.R.S.J.D.D.
Elaboración propia

CUADRO No. 49
No. DE CASOS, SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA DE LA
CONSULTA OTORRINOLARINGOLÓGICA, H.R.S.J.D.D,
CIUDAD DE TARIJA, AÑO 1987 A 1997

No.	Lugar de procedencia	Frecuencia	Porcentaje
0	Sin dato	81	2.4
1	Urbano	2329	69.1
2	Sub-urbano	200	5.9
3	Rural	679	20.1
4	Extranjero	3	0.1
5	Otro departamento	32	0.9
	Valores perdidos	46	1.4
	TOTAL	3370	100.0

Elaboración propia

Fuente: H.R.S.J.D.D.

Interpretación Estadística. El cuadro No. 9, proporciona el estudio descriptivo del número de casos, según la variable LUGAR DE PROCEDENCIA, codificados con valores numéricos para identificar a los diferentes lugares de procedencia. La columna frecuencia, proporciona el número de casos, donde se observa que el lugar de procedencia más frecuente es el área URBANA, presente en 2329 de los 3370 casos, o lo que es equivalente presente en el 69,1 % de los diagnósticos la moda estadística es igual a 1 (urbano).

CUADRO No. 50

No. DE CASOS, POR ETIOLOGÍA, SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA,
H.R.S.J.D.D., CIUDAD DE TARIJA, AÑO 1987 A 1997

No.	Etiología	s/d	Lugar de procedencia				Extranjero	Otro Depto.	TOTAL
			Urbano	Sub-urbano	Rural				
0	No específico	11.1	66.7	11.1	11.1				0.3
1	Anomalias de desarrollo				100				0.1
2	Infecciosa	2.2	68.5	6.7	21		1.5		43
3	Neoplasias	1.6	80.6		17.7				1.9
4	Inmunitaria	0.8	73.1	3.4	22.1				10.6
5	Cuerpo extraño		100						0.1
6	Quistes		55.6	22.2	22.2				0.3
7	Vírosis	1.8	70.2	8.8	19.3				1.7
8	Inflamación a	2.2	71.8	6.1	18.4	0.4	1		20.6
9	Inflamación cr	2.4	67.3	6.5	23.2		0.6		5.1
10	Flemón		72.7	9.1	18.2				0.7
11	Neoplasia ma	6.3	62.5		31.3				0.5
12	Impétigo		100						0.1
13	Hipertrófia		55.6	11.1	27.8		5.6		1.1
14	Absceso	5.2	87.9		6.9				1.7
15	Fractura	100							0
16	Disyunción		82.9	5.7	11.4				1.1
17	Litiasis-sialoa	11.1	55.6		33.3				0.3
18	Frenillo	3	70.1	9	17.2		0.7	4	4
19	Agudo-bilateral		41.7	8.3	41.7		8.3		0.4
20	Recidivante		100						0.1
21	Frontal		58.3		41.7				0.4

22 Atr6fica	100					0
23 Tuberculosa	44.4	33.3	22.2			0.3
24 Qu6mica		100				0
25 Mucosis	2.6	73.7	15.8	7.9		1.1
26 F6stula			100			0
27 Trismus	75	25				0.1
28 Osteomielitis	50	50				0.1
29 P6lipo		75	25			0.1
31 Hemangioma		100				0
32 Fibroma		100				0
33 Osteoma			100			0
34 Artralgia		66.1	28.8	5.1		1.8
35 Herida		80	20			0.2
36 Neuralgia		100				0.1
38 Adenophat6a			50	50		0.1
39 Parasitosis		50	50			0.1
40 Pult6cea	1.4	71.8	19.7	7		2.1
TOTAL	2.3	69.9	20.5	6.1	0.1	100
					1.1	

Elaboraci6n propia

Fuente: H.R.S.J.D.D.

Interpretación estadística. La tabla No. 50, proporciona el estudio descriptivo de la relación que existe entre las variables ETIOLOGÍA y LUGAR DE PROCEDENCIA, sobre el conjunto de diagnósticos revisados, los resultados son los siguientes:

Las enfermedades de origen INFECCIOSO prevalecen con un porcentaje del 68,5 % en personas procedentes del área URBANA, seguida el área RURAL con un 21,0 % de un total del 43,0 %.

Se puede observar que las enfermedades AGUDAS prevalecen en personas procedentes el área URBANA con el 71,8 %, las personas del área RURAL tienen un 8,4 %.

El grupo del área URBANA presenta un mayor riesgo de enfermarse con patologías de origen INMUNITARIO, siendo su porcentaje del 73,1 %, los del área RURAL presentan un riesgo del 22,1 % de un total en ese grupo del 10,6 %.

Las enfermedades CRÓNICAS tiene un porcentaje el 67,3 % en individuos que viven en el área URBANA de la ciudad de Tarija, los que proceden del área RURAL, presentan un 23,2 % de un total en esa fila del 5,1 %.

Las ANOMALIAS en la formación de los frenillos es más frecuente en los niños que proceden del área URBANA con un 70,1 % el resto corresponde al área RURAL (17,2 %), el área SUB-URBANA (9,0 %); de OTRO DEPARTAMENTO (0,7 %).

Los procesos EXUDATIVOS presentan un porcentaje del 2,1 % de los cuales el 71,8 % corresponde a personas procedentes del área URBANA, seguida del área RURAL con un 19,7 %.

Los TUMORES prevalecen con un 80,6 % en el área URBANA de la ciudad de Tarija, el área RURAL tiene un 17,7 % de un total en ese grupo del 1,9 %.

El ABSCESO y la VIROSIS presenta un porcentaje similar del 1,7 %; pero que la primera prevalece en el área URBANA con un 87,9 % en relación a las VIROSIS que tienen un 70,2 %, tomando en cuenta el área RURAL ocurre lo contrario las VIROSIS presentan un 19,3 % y el ABSCESO un 6,9 %.

El 1,1 % corresponde tanto a la MICOSIS, HIPERTROFIAS y DISYUNCIÓN pero si tomamos en cuenta el área URBANA el 82,9 % corresponde a la Disyunción el 73,7 % a las Micosis y finalmente el 55,6 % a las Hipertrofias en lo que respecta al área Rural el 27,8 % corresponde a las Hipertrofias; el 15,8 % a las Micosis y el 11,4 % a la Disyunción.

CUADRO No. 51
No. DE CASOS, POR ZONA ANATÓMICA, SEGÚN LUGAR DE
PROCEDENCIA, CONSULTA OTORRINOLARINGOLÓGICA, I.I.R.S.J.D.D.,
CIUDAD DE TARIJA, AÑO 1987 A 1997

No.	Zona anatómica	Lugar de procedencia						TOTAL
		s/d	Urb.	Sub-urb.	Rural	Extra.	Otro.Depto.	
0	No específico	100						0.0
1	Labios		80		20			0.6
2	Mejillas	9.1	50	13.6	27.3			0.7
3	Paladar duro		88.9		11.1			0.3
4	Piso de la boca	2.4	71.1	7.2	18.7		0.6	5.0
5	Lengua		75		25			0.4
6	Encía		60.9	8.7	30.4			0.7
7	Dientes		25	25	50			0.1
8	Amígdalas palt.	2.5	71.8	6.5	18.3	0.3	0.6	19.5
9	Faringe	2.4	69.8	4.7	22.2		1.1	31.6
10	Senos paran.	1.9	69.5	6.7	20.1	0.1	1.7	36.1
11	Glándula submax.		20	20	60			0.2
12	Maxilares	9.3	75.9	3.7	11.1			1.6
13	Amígdala lingual			100				0.0
14	Paladar blando		50	50				0.1
15	Parótida	4.9	70.7	9.8	14.6			1.2
16	Conducto de W.		100					0.1
17	ATM		67.2	4.9	27.9			1.8
18	Carótida		100					0.0
19	Cuello			50	50			0.1
	TOTAL	2.3	69.9	6.1	20.5	0.1	1.1	100.0

Elaboración propia

Fuente: H.R.S.J.D.D.

Interpretación estadística. El cuadro No. 51, proporciona el estudio descriptivo de la relación que existe entre las variables ZONA ANATÓMICA y LUGAR DE PROCEDENCIA, sobre el conjunto de diagnósticos revisados, los resultados son los siguientes:

La zona de los SENOS PARANASALES presenta la mayor frecuencia de las patologías con un 36,1 %; dentro de esta zona las personas procedentes del área URBANA son las más afectadas con un 69,5 %.

El 31,6 % corresponde a la zona de la FARINGE pero al igual que la anterior el área URBANA, presenta la mayor frecuencia con un 69,8 %.

De todas las patologías que se ubican en la zona de las AMÍGDALAS PALATINAS (19,5 %) el 71,8 % corresponde a personas procedentes del área URBANA.

Las patologías del PISO DE LA BOCA (5,0 %) prevalecen en personas que viven en el área URBANA de la ciudad con un 71,1 %.

La zona de la A.T.M., presenta el 1,8 %; siendo las personas más afectadas con estas patologías las procedentes del área URBANA con el 67,2 %.

La zona de los MAXILARES presenta el 1,6 % donde los individuos que viven en el área URBANA son los más afectadas con el 70,7 %; el 14,6 % corresponde al área RURAL.

El 0,7 % corresponde tanto a la zona de la ENCIA y las MEJILLAS, en ambas las personas procedentes del área URBANA son las más afectadas con el 60,9 % y el 50,0 % respectivamente, seguida del área RURAL con el 30,4 % para la zona de la ENCIA y el 27,3 % para las MEJILLAS.

La zona anatómica de la LENGUA tiene mayor frecuencia en la ubicación de las patologías en personas procedentes del área URBANA con el 75,0 % en relación al área RURAL con el 25,0 %. Las patologías ubicadas en la región de los LABIOS predominan en el área URBANA con el 80,0 % en relación al área RURAL 20,0 % de un total del 0,6 %.

El 88,9 % de todas las patologías ubicadas en la MUCOSA DEL PALADAR DURO corresponden a individuos que viven en el área URBANA de la ciudad, en relación al área RURAL con el 11,1 % de un total en esa zona del 0,3 %. La glándula SUBMAXILAR presenta el 0,2 % de los cuales el 60,0 % se encuentra en el área RURAL; en relación al área URBANA Y SUB-URBANA que presentan el 20,0 % respectivamente.

CUADRO No. 52
. DE CASOS, SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA, DEL SERVICIO
DE OTONDOTOLOGÍA DEL I.I.R.S.J.D.D. DE TARIJA, AÑO
1987-1994-1995-1996-1997

No.	Lugar de procedencia	Frecuencia	Porcentaje
0	s/d	1438	59.2
1	Urbano	548	22.6
2	Sub-urbano	3	0.1
3	Rural	355	14.6
4	Extranjero	3	0.1
5	Otro Depto.	65	2.7
	Missing	18	0.7
	TOTAL	2430	100.0

I. E. La Tabla No. 52 proporciona el estudio descriptivo de la distribución de la frecuencia según la variable LUGAR DE PROCEDENCIA, codificados con valores numéricos, para identificar a los diferentes lugares de procedencia, s/d 59,2 %, Urbano 22,6 %, Sub-urbano 0,1 %, Rural 14,6 %, Extranjero 0,1 %, Otro depto. 2,7 %, sobre el conjunto de diagnósticos revisados.

La columna frecuencia proporciona el número de casos donde se observa que el lugar de procedencia más frecuente es el URBANO presente en 548 de los 2430, o lo que es equivalente presente en el 22,6 % de los casos, la moda es igual a 1 (Urbano).

CUADRO No. 53
No. DE CASOS POR ETIOLOGÍA, SEGÚN, LUGAR DE PROCEDENCIA
CONSULTA ODONTOLÓGICA DEL H.R.S.J.D.D., CIUDAD DE TARIJA,
1987-1994*-1995*-1996-1997

No.	Etiología	Lugar de procedencia					5	TOTAL
		s/d	1	2	3	4		
1	Infecciosa	57.2	22.8	0.1	16.7	0.1	3.1	91.1
2	Agentes físicos	88.7	6.5		3.2		1.6	2.8
3	Inflamación crónica	75.0	25.0					0.2
4	Anomalías de desarrollo	84.6	15.4					1.2
5	Inflamación aguda	90.0	10.0					2.3
6	Hipertrofia		100.0					0.0
7	Neoplasia benigna	100.0						0.0
8	Trastornos de hemostasia		100.0					0.0
9	Trastornos endocrinos	83.7	16.3					2.2
10	Fístula	100.0						0.1
11	Diastema	100.0						0.0
TOTAL		59.8	21.8	0.1	15.3	0.1	2.8	100.0

I.E. La tabla No. 53, proporciona el estudio descriptivo de la relación existente entre las variables ETIOLOGÍA y LUGAR DE PROCEDENCIA, sobre el conjunto de diagnósticos revisados.

En la columna total se observa que la etiología más frecuente es la infecciosa, presente en el 91.1 % de los casos, siendo el área URBANA la que presenta mayor frecuencia con el 22,8 %.

Según la variable lugar de procedencia el área urbana presenta la mayor frecuencia, presente en el 21,8 % de los casos donde el 100,0 % de los pacientes presentan hipertrofia y trastornos de la coagulación.

En consecuencia la moda respecto a la variable etiología es 2 (infecciosa) y según el lugar de procedencia es 1 (urbano).

CUADRO No. 54
No. DE CASOS POR ZONA ANATÓMICA, SEGÚN LUGAR DE
PROCEDENCIA CONSULTA ODONTOLÓGICA DEL ILR.S.J.D.D.
DE TARIJA, AÑO 1987-1994*-1995*-1996-1997

No.	Zona anatómica	Lugar de procedencia					
		0	1	2	3	4	5 TOTAL
1	Paladar duro	87.5	3.8		3.8	1.0	3.8 4.7
2	Diente	56.1	23.6	0.2	17.1	0.1	3.0 87.3
3	Proceso alveolar	70.6	17.6		11.8		1.5
4	Encía	83.8	16.2				4.5
5	Mejilla	93.8					6.3 0.7
7	Maxilar superior	100.0					0.2
9	Maxilar inferior	95.0	5.0				0.9
10	Tejido nervioso	100.0					0.1
	TOTAL	59.8	21.8	0.1	15.3	0.1	2.8 100.0

I.E. La tabla No. 54 proporciona el estudio descriptivo de la relación existente entre las variables zona anatómica y lugar de procedencia, sobre el conjunto de diagnósticos revisados.

Se observa que la zona más frecuente son los dientes, presente en 87,3 % de los casos, siendo las personas más afectadas aquellas que proceden del área urbana con el 23,6 %.

El 4,7 % corresponde a la zona del paladar duro, no existiendo diferencia alguna entre las áreas urbana, rural y otro Depto., con el 3,8 % de los casos.

Los diagnósticos sin dato alcanzan a un 59,8 % de todos los casos, en consecuencia la moda es igual a 1(urbano).

CUADRO No. 55
No. DE CASOS, SEGÚN SEXO DE LA
CONSULTA OTORRINOLARINGOLÓGICA, IL.R.S.J.D.D,
CIUDAD DE TARIJA, AÑO 1987 A 1997

No.	Sexo	Frecuencia	Porcentaje
0	Sin dato	18	0.5
1	Masculino	1583	47.0
2	Femenino	1765	52.4
	Valores perdidos	4	0.1
	TOTAL	3370	100.0

Elaboración propia

Fuente: H.R.S.J.D.D.

Interpretación Estadística. El cuadro No. 55, proporciona el estudio descriptivo del número de casos, según la variable SEXO, codificados con valores numéricos para identificar los tipos de sexo masculino y femenino, sobre el conjunto de diagnósticos revisados.

La columna frecuencia, proporciona el número de casos, donde se observa que el sexo más frecuente es el FEMENINO presente en 1765 de los 3370 diagnósticos, o lo que es equivalente, presente en el 52,4 % de los casos.

La moda estadística es igual a 2 (Femenino).

CUADRO No. 56
No. DE CASOS POR AÑOS, SEGÚN SEXO, CONSULTA
OTORRINOLARINGOLÓGICA, CIUDAD DE TARIJA,
AÑO 1987 A 1997

Años	S e x o			TOTAL
	s/d	Varón	Mujer	
1987*	1	46	64	111
1988	2	63	88	153
1989		123	136	259
1990		169	163	332
1991		105	121	226
1992		146	173	319
1993		109	125	234
1994	2	211	208	421
1995	1	215	237	453
1996	6	171	186	363
1997	6	225	264	495
TOTAL	18	1583	1765	3366

Elaboración propia

Fuente: H.R.S.J.D.D.

*Segundo Semestre

I.E. La tabla No. 56, proporciona el estudio descriptivo de la distribución del número de casos por años, según la variable sexo.

La columna total proporciona la frecuencia absoluta, donde puede observarse que el año 1997 presenta un mayor de casos (495 diagnósticos), sobre el conjunto de 3366 diagnósticos revisados.

El sexo más expuesto es el femenino, presente en 1765 de los 3366 casos. Si observamos la relación que existe entre ambos sexos el femenino supera al masculino en casi todos los años, excepción del año 1994 donde los varones superan a las mujeres, en consecuencia la moda corresponde al sexo femenino.

CUADRO No. 57
No. DE CASOS, POR ETIOLOGÍA, SEGÚN SEXO,
CONSULTA OTORRINOLARINGOLÓGICA, H.R.S.J.D.D.,
CIUDAD DE TARIJA, AÑO 1987 A 1997

No.	Etiología	Sexo		TOTAL
		s/d	Masculino Femenino	
0	No específico		22.2 77.8	0.3
1	Anomalías de desarrollo		100	0.1
2	Enfermedades infecciosas	0.5	44.7 54.8	42.9
3	Neoplasias		83.9 16.1	1.8
4	Enfermedades de origen Inmunitario	0.8	42.5 56.7	10.6
5	Cuerpo extraño		66.7 33.3	0.1
6	Quistes		44.4 55.6	0.3
7	Virosis		45.8 54.2	1.8
8	Inflamación aguda	0.7	48 51.3	20.6
9	Inflamación crónica		50 50	5.1
10	Flemón	4.5	40.9 54.5	0.7
11	Neoplasia maligna		64.7 35.3	0.5
12	Impétigo		50 50	0.1
13	Hipertrofia		30.6 69.4	1.1
14	Absceso	1.7	37.9 60.3	1.7
15	Fractura		100	0.0
16	Disyunción		16.7 83.3	1.1
17	Litiasis-sialoadenitis		33.3 66.7	0.3
18	Frenillo	0.7	76.1 23.1	4.0
19	Agudo-bilateral		66.7 33.3	0.4

20 Recidivante	66.7	33.3	0.1	
21 Frontal	61.5	38.5	0.4	
22 Atrófica		100	0.0	
23 Tuberculosa	33.3	66.7	0.3	
24 Química	100		0.0	
25 Micosis	53.8	46.2	1.2	
26 Fístula	100		0.0	
27 Trismus	75	25	0.1	
28 Osteomielitis	100		0.1	
29 Pólipo	50	50	0.1	
31 Hemangioma	100		0.0	
32 Fibroma	100		0.0	
33 Osteoma		100	0.0	
34 Artralgia	31.7	68.3	1.8	
35 Herida	60	40	0.1	
36 Neuralgia	25	75	0.1	
38 Adenofalía	100		0.1	
39 Parasitosis	75	25	0.1	
40 Pultácea	39.2	60.8	2.2	
TOTAL	0.5	47	52.5	100.0

Interpretación estadística. El cuadro No. 57, proporciona el estudio descriptivo de la relación que existe entre las variables ETIOLOGÍA y SEXO, sobre el conjunto de diagnósticos revisados.

De todas la etiologías las enfermedades de origen INFECCIOSO, representan el 42,9 % dentro de estas el sexo FEMENINO es el más afectado con un 54,8 %; los HOMBRES presentan un riesgo de enfermarse de un 44,7 %.

El 20,6 % corresponde a los procesos AGUDOS, de los cuales el mayor porcentaje se encuentra en las MUJERES con un 51,3 % y los HOMBRES un 48,0 %.

Las enfermedades de origen INMUNITARIO prevalecen en el sexo FEMENINO con un 56,7 %; los HOMBRES presentan un riesgo de enfermarse con un 42,5 %, de un total del 10,6 %.

Las enfermedades CRÓNICAS constituyen alrededor del 5,1 % del total no existiendo preferencia por ningún sexo, siendo su porcentaje del 50,0 % para ambos géneros.

Las ANOMALIAS en la formación de los frenillos prevalece en el sexo MASCULINO a diferencia de las anteriores con un 76,1 %; las MUJERES presentan un porcentaje bajo alrededor del 23,1 % de un total del 4,0 %.

Los procesos EXUDATIVOS, tienen mayor frecuencia en las mujeres con el 60,8 % los HOMBRES presentan un 39,2 % de un total en esa etiología del 2,2 %.

Las NEOPLASIAS, ocurre lo contrario los del sexo FEMENINO presentan un mayor riesgo con este tipo de patología con un porcentaje alto del 83,9 % los HOMBRES presentan un porcentaje bajo alrededor del 16,1 % de un total del 1,8 %.

La ARTRALGIA afecta en mayor proporción al sexo FEMENINO con un 68,3 % en relación al HOMBRE presenta un 31,7 % de un total de la fila del 1,8 %.

Las enfermedades que tienen como etiología a los VIRUS prevalecen en las MUJERES con un 54,2 %; el 45,8 % corresponde a los HOMBRES de un total del 1,8 %.

El 1,7 % de las etiologías corresponde al ABSCESO, siendo las MUJERES mayormente afectadas con esta patología con un 60,3 %; los HOMBRES presentan un 37,9 %.

Los HONGOS, afectan con mayor frecuencia a los HOMBRES con un 53,8 % en relación a la MUJER que presentan el 46,2 % de un total del 1,2 %.

CUADRO No. 58
NO. DE CASOS, POR ZONA ANATÓMICA, SEGÚN SEXO,
CONSULTA OTORRINOLARINGOLÓGICA, H.R.S.J.D.D.,
CIUDAD DE TARIJA, AÑO 1987 A 1997

No.	Zona Anatómica	Sexo			TOTAL
		s/d	Masculino	Femenino	
1	Labios		55	45	0.6
2	Mejillas		22.7	77.3	0.7
3	Paladar duro		50	50	0.3
4	Piso de la boca	0.6	67.5	31.9	4.9
5	Lengua		58.3	41.7	0.4
6	Encía		32	68	0.7
7	Dientes		50	50	0.1
8	Amígdalas palat.	0.6	44.3	55.1	19.5
9	Faringe	0.5	47.7	51.8	31.4
10	Senos paranasales	0.7	46.8	52.6	36.2
11	Glándula submax.			100	0.1
12	Maxilares		27.3	72.7	1.6
13	Amígdala lingual			100	0.0
14	Paladar blando		50	50	0.1
15	Parótida		54.5	45.5	1.3
16	Conducto de W.		50	50	0.1
17	ATM		33.9	66.1	1.8
18	Carótida		100		0.0
19	Cuello		100		0.1
	TOTAL	0.5	47	52.5	100.0

Elaboración propia

Fuente: H.R.S.J.D.D.

Interpretación estadística. La tabla No. 58, proporciona el estudio descriptivo de la relación que existe entre las variables, ZONA ANATÓMICA y SEXO, sobre el conjunto de diagnósticos revisados, los resultados son los siguientes:

La zona anatómica que tiene mayor frecuencia en los que respecta a la ubicación de las patologías son los **SENOS PARANASALES** siendo su porcentaje del 36,2 %, donde el sexo más afectado es el **FEMENINO** con el 52,6 %.

De todas las patologías ubicadas en la zona de la **FARINGE** con el 31,4 % las **MUJERES** presentan la mayor frecuencia con el 51,8 % en relación a los **HOMBRES** que presentan el 47,7 %.

El sexo que presenta mayor riesgo en lo que respecta a la ubicación de las patologías en la zona **TONSILAR** es el **FEMENINO** con el 55,1 % en relación a los **HOMBRES** con el 44,3 % de un total en esa región del 19,5 %.

El **PISO DE LA BOCA** presenta el 4,9 %; pero en relación al sexo ocurre lo contrario que en las anteriores, el sexo más expuesto es el **MASCULINO** con el 67,5 % en relación a las **MUJERES** que presentan el 31,9 %.

El 1,8 5 de las patologías se encuentran ubicadas en las **A.T.M.**; en relación al sexo los **HOMBRES** presentan el 66,1 % en relación a las mujeres con el 33,9 %.

Los **MAXILARES**, presentan una frecuencia del 1,6 % dentro de esta zona las **MUJERES** prevalecen con el 72,7 %.

La región **PAROTIDEA** presentan el 1,3 % siendo los **HOMBRES** los que presentan mayor frecuencia con el 54,5 % en relación a las **MUJERES** con el 45,5 %.

El 0,7 % corresponde tanto a la **ENCIA** como a las **MEJILLAS**, pero en relación al sexo en la zona de la **ENCIA** el sexo más expuesto es el **FEMENINO** con el 68,0 %; los **HOMBRES** presentan el 32,0 %; la **MUCOSA DE LAS MEJILLAS** igualmente el sexo **FEMENINO** tiene preponderancia con el 77,3 % seguida de los **HOMBRES** con el 22,7 %.

En la región de los **LABIOS** el sexo que prevalece con los **HOMBRES** con el 55,0 % seguida de las **MUJERES** con el 45,0 % de un total en esa región del 0,6 %.

CUADRO No. 59
No. DE CASOS, SEGÚN SEXO, DEL SERVICIO
DE OTONDOTOLOGÍA DEL H.R.S.J.D.D. DE TARIJA, AÑO
1987-1994-1995-1996-1997

No.	Sexo	Frecuencia	Porcentaje
0	s/d	3	0.1
1	Masculino	1014	41.7
2	Femenino	1412	58.1
	Missing	1	0.0
	TOTAL	2430	100.0

I. E. La Tabla No. 59 proporciona el estudio descriptivo de la distribución de la frecuencia según la variable SEXO, para identificar a los tipos de sexo, varón 41,7 %, mujer 58,1 %, sobre el conjunto de diagnósticos revisados.

La columna frecuencia proporciona el número de casos, donde se observa que el sexo de mayor riesgo es el FEMENINO, presente en 1412 de los 2430 diagnósticos, o lo que es equivalente, presente en el 58,1 % de los casos, en consecuencia la moda es igual a 2 (Femenino).

CUADRO No. 60
No. DE CASOS POR ETIOLOGÍA, SEGÚN SEXO, CONSULTA
ODONTOLÓGICA DEL H.R.S.J.D.D., CIUDAD DE TARIJA, AÑO
1987-1994*-1995*-1996-1997

No.	Etiología	Sexo			TOTAL
		s/d	Varón	Mujer	
1	Infecciosa	0.1	43.9	55.9	90.9
2	Agentes físicos		50.7	49.3	3.0
3	Inflamación crónica		50.0	50.0	0.2
4	Anomalías de desarrollo		26.9	73.1	1.2
5	Inflamación aguda		36.0	64.0	2.2
6	Hipertrofia			100.0	0.0
7	Neoplasia benigna			100.0	0.0
8	Trastornos de hemostasia		100.0		0.0
9	Trastornos endocrinos			100.0	2.2
10	Fístula		33.3	66.7	0.1
11	Diastema		100.0		0.0
	TOTAL	0.1	42.8	57.1	100.0

Elaboración propia

Fuente: H.R.S.J.D.D.

I.E. La tabla No. 60 proporciona es estudio descriptivo de la distribución del número de casos por causa según la variable sexo, sobre el conjunto de diagnósticos revisados.

El sexo con mayor prevalencia corresponde al FEMENINO (55,9%) en la etiología infecciosa de un total del 90,9% de los diagnósticos.

Ocurre lo contrario en la etiología por agentes físicos y químicos donde el sexo de mayor riesgo es el masculino con el 50,7% de un total del 3,0% de casos.

Según la variable sexo, el más frecuente es el femenino, presente en el 57,1% de los casos, observando en forma global el sexo femenino prevalece en cada una de las etiologías a excepción de las causas físicas y químicas donde ocurre lo contrario, no existiendo diferencia entre ambos sexos en la etiología crónica. El 100% de los casos se encuentra en los varones en la etiología de trastornos de la coagulación y diastema.

CUADRO No. 61
No. DE CASOS, SEGÚN SEXO DEL
DEPTO. DE ANATOMOPATOLOGÍA, H.R.S.J.D.D.,
CIUDAD DE TARIJA, AÑO 1987 a 1997*

No.	Sexo	Frecuencia	Porcentaje
1	Masculino	44	48.4
2	Femenino	47	51.6
TOTAL		91	100.0

Elaboración propia

Fuente: H.R.S.J.D.D.

* A excepción del año 1993

Interpretación Estadística. El cuadro No. 61, proporciona el estudio descriptivo de la distribución de la frecuencia, según la variable SEXO codificados con valores numéricos, para identificar tanto al género masculino y femenino, sobre el conjunto de diagnósticos revisados. La columna frecuencia, proporciona el número de casos, donde se observa que las mujeres con el 51,6 %, presentan un mayor riesgo de enfermedad que los varones con el 48,4 %. En consecuencia la moda estadístico es igual a 2 (Femenino).

CUADRO No. 62
No. DE CASOS, POR AÑO, SEGÚN SEXO, SERVICIO DE
ANATOMOPATOLOGÍA, H.R.S.J.D.D., CIUDAD DE TARIJA,
AÑO 1987 a 1997*

Años	Sexo		TOTAL
	Masculino	Femenino	
1987		3	2
1988		3	2
1989		3	9
1990		7	4
1991		9	4
1992		5	6
1994		5	5
1995		2	4
1996		3	6
1997		4	5
TOTAL		44	47

Elaboración propia

Fuente: H.R.S.J.D.D.

* A excepción del año 1993

Interpretación Estadística. El cuadro No. 62, proporciona el estudio descriptivo de la distribución de la frecuencia, según las variables, TIEMPO y SEXO.

En la columna total se observa que el sexo más frecuente es el FEMENINO presente en 47 de los 91 diagnósticos revisados. El año 1991 presente la mayor frecuencia, siendo los VARONES los más afectados, posteriormente se encuentra el año 1989 donde el sexo femenino es el más frecuente presente en 9 de los 12 diagnósticos en ese año.

CUADRO No. 63
No. DE CASOS, POR ZONA ANATÓMICA, SEGÚN SEXO,
SERVICIO DE ANATOMOPATOLOGÍA, I.R.S.J.D.D.,
CIUDAD DE TARIJA, AÑO 1987 A 1997*

No.	Zona anatómica	Sexo		TOTAL
		Masculino	Femenino	
1	Labios	50.0	50.0	26.4
2	Mejillas	47.6	52.4	23.1
3	Paladar duro	25.0	75.0	4.4
4	Piso de la boca	33.3	66.7	3.3
5	Lengua	100.0		4.4
6	Encía	28.6	71.4	7.7
7	Amígdalas palatinas	40.0	60.0	5.5
8	Faringe	100.0		2.2
9	Senos paranasales	75.0	25.0	4.4
10	Glándula submaxilar	50.0	50.0	2.2
11	Maxilares		100.0	3.3
12	Parótida	33.3	66.7	3.3
13	Submentoniana	55.6	44.4	9.9
TOTAL		48.4	51.6	100.0

Elaboración propia

Fuente: I.R.S.J.D.D.

* A excepción del año 1993

Interpretación Estadística. La tabla No. 63, proporciona el estudio descriptivo de la relación que existe entre las variables ZONA ANATÓMICA y SEXO, sobre el conjunto de diagnósticos revisados.

En la columna frecuencia se observa que la zona más frecuente son los LABIOS, presente en el 26,4 % de los casos, no existiendo diferencia en lo que respecta al sexo, sin embargo el sexo FEMENINO prevalece con el 52,4 % en la zona de las MEJILLAS presente en 23,1 % de los diagnósticos.

El 9,9 % corresponde a la zona SUBMENTONIANA, el sexo que prevalece es el MASCULINO con el 55,6 % de los casos en dicha región anatómica. La MUCOSA ALVEOLAR, presenta el 7,7 % de los casos, predominando el sexo FEMENINO con el 71,4 % de los diagnósticos.

La moda estadístico es igual a 2 (Femenino).

CUADRO No. 64
No. DE CASOS, POR ETIOLOGÍA, SEGÚN SEXO,
SERVICIO DE ANATOMOPATOLOGÍA, H.R.S.J.D.D.,
CIUDAD DE TARIJA, AÑO 1987 A 1997*

No.	Etiología	Sexo		TOTAL
		Masculino	Femenino	
1	Tumor maligno	44.4	55.6	19.8
2	Tumor Benigno	43.8	56.3	17.6
3	Hiperplasia	45.5	54.5	12.1
4	Paraneoplasia	50.0	50.0	2.2
5	Infecciosa	69.2	30.8	14.3
6	Cuerpo extraño		100.0	1.1
7	Quistes	50.0	50.0	6.6
8	Pólipo	75.0	25.0	4.4
9	Tiroides aberrante		100.0	1.1
10	Adenoma	75.0	25.0	4.4
11	Displasias		100.0	1.1
12	Trombo	100.0		1.1
13	Inflamación Aguda	66.7	33.3	3.3
14	Queratosis	100.0		1.1
15	Micosis	33.3	66.7	3.3
16	Inflamación crónica		100.0	2.2
17	Épulis		100.0	1.1
18	Granuloma		100.0	1.1
19	Periodontosis		100.0	1.1
20	Inmunológica		100.0	1.1
	TOTAL	48.4	51.6	100.0

Elaboración propia

Fuente: H.R.S.J.D.D.

* A excepción del año 1993

Interpretación Estadística. La tabla No. 64, proporciona el estudio descriptivo de la relación que existe entre las variables ETIOLOGÍA y SEXO, sobre el conjunto de diagnósticos revisados.

En la columna total se observa que las NEOPLASIAS MALIGNAS, son las más frecuentes presente en 19,8 % de los casos, siendo el SEXO FEMENINO el más afectado con el 55,6 % de los diagnósticos.

El 17,6 % corresponde a las NEOPLASIAS BENIGNAS, donde también el sexo más expuesto es el FEMENINO con el 56,3 %.

En lo que respecta a la etiología INFECCIOSA los VARONES tienen un mayor riesgo con el 69,2 % de un total del 14,3 % de los diagnósticos.

Las HIPERTROFIAS son prevalentes en las MUJERES con el 54,5 % de los diagnósticos.

CUADRO No. 65
No. DE CASOS, SEGÚN EDAD DE LA
CONSULTA OTORRINOLARINGOLÓGICA, H.R.S.J.D.D,
CIUDAD DE TARIJA, AÑO 1987 A 1997

No.	Grupo etáreo	Frecuencia	Porcentaje
0	s/d	41	1.2
1	Menores 1	63	1.9
2	1 a 4	158	4.7
3	5 a 14	484	14.5
4	15 a 19	443	13.3
5	20 a 44	1520	45.7
6	45 a 49	162	4.9
7	50 a 59	248	7.4
8	60 y +	241	7.2
	Valores perdidos	10	0.3
	TOTAL	3329	100.0

Elaboración propia

Fuente: H.R.S.J.D.D.

Interpretación Estadística. El cuadro No. 65, proporciona el estudio descriptivo del número de casos, según la variable EDAD, codificados con valores numéricos para identificar a los grupos etáreos: menores de 1 año 1,2 %; 1 a 4 4,7 %; 5 a 14 14,5 %; 15 a 19 13,3 %; 20 a 44 45,7 %; 45 a 49 4,9 %; 50 a 59 7,4 %; 60 y más años 7,2 % respectivamente sobre el conjunto de diagnósticos revisados.

En la columna frecuencia se observa que el grupo etáreo más frecuente es de 20 a 44 años, presente en 1520 de los 3370 diagnósticos, o lo que es equivalente, presente en el 45,1 % de los casos.

En segundo lugar se encuentra el grupo de 5 a 14 años con el 14,5 % de los casos, seguida del grupo de 15 a 19 años con 13,3 % de los diagnósticos.

La Edad más frecuente es 20 años, la mínima 23 días, la máxima es 94 años de edad, la edad promedio para la presentación de los casos es de 28,68 años de edad, la mediana es 25,00 años.

CUADRO No. 66

No. DE CASOS, POR GRUPO ETÁREO, SEGÚN ZONA ANATÓMICA, CONSULTA
OTORRINOLARINGOLÓGICA, H.R.S.J.D.D., TARIJA, AÑO 1987 a 1997

No. Edad		Zona Anatómica																			TOTAL	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		19
0	s/d					54.1				16.4	18	11.5										1.8
1	< de 1					42.6	2.1			14.9	17	21.3				2.1						1.4
2	1 a 4		1.9	0.6	2.9	0.6	1.9			20.6	14.8	25.8	0.6				2.6		1.3			4.6
3	5 a 14		1.2	0.8	0.2	5.9	0.4	0.6		27.9	18.1	38.9	0.4	1.4			3.3	0.2	0.6			14.6
4	15 a 19		0.9	1.1	0.7	1.8	0.2	0.5		22.6	28.2	37.5	0.2	1.4			1.1	0.2	3.2	0.2	0.2	13.1
5	20 a 44	0.1	0.2	0.5	0.1	0.8	0.2	0.5	0.1	19.7	35.9	37.3		1.6	0.1		1		1.9			45.1
6	45 a 49					1.2	0.6	1.2		11.2	42.9	37.3		2.5			1.2		1.9			4.8
7	50 a 59		0.8	0.8	0.6	4.4	0.4	0.4	0.8	13.2	36	36	0.4	3.2		0.4	0.4		2			7.4
8	60 y +		0.8	1.6	0.4	2.5	0.8	2.5		9.1	40.7	36.2	0.4	1.6			0.4		2.5	0.4		7.2
TOTAL		0	0.6	0.7	0.3	4.9	0.4	0.7	0.1	19.5	31.5	36.1	0.1	1.6	0	0.1	1.3	0.1	1.8	0	0.1	100.0

Elaboración propia

Fuente: H.R.S.J.D.D.

I.E. La tabla No 66, proporciona el estudio descriptivo de la relación de las variables edad y zona anatómica, sobre el conjunto de diagnósticos revisados.

La zona que presenta una mayor frecuencia de enfermedades corresponde a los SENOS PARANASALES, siendo el grupo etáreo más afectado de 5 a 14 años de edad con un porcentaje del 38,9 % de un total de 14,6 %.

No existe diferencias entre los grupos de 20 a 44 años y 45 a 49 años de edad con un porcentaje del 37,3 %.

Los grupos de edad de 50 a 59 y 60 y más años presentan un porcentaje del 36,0 % y 36,2 % respectivamente.

La zona anatómica de la FARINGE, presenta un 31,5 %; siendo el grupo más afectado el del 45 a 49 con un porcentaje del 42,9 %; de un total del 4,8 %.

El 19,5 % corresponde a la zona de las AMÍGDALAS PALATINAS, siendo el grupo etáreo prevalente de 5 a 14 años de edad con un porcentaje del 27,9 %.

CUADRO No. 67
No. DE CASOS, POR GRUPO ETÁREO, SEGÚN ETIOLOGÍA, CONSULTA OTORRINOLARINGOLÓGICA
H.R.S.J.D.D., CIUDAD DE TARIJA, AÑO 1987 A 1991

No.	Edad	Etiologia																				
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	0 s/d			31		3.3				11.5											54	
	1 <1			28	2.1	2.1	2.1			21.3		2.1									40	
	2 1 a 4	0.6		24	1.9	5.8			2.6	25.2	3.2				0.6	0.6		0.6	0.6	29		
	3 5 a 14	0.4	0.2	37	2	9.8		0.2	3.9	24.4	4.9	0.8	0.4	0.2	2.9	2		0.4	0.4	5.7		
	4 15 a 19	0.2		37	8.8	9.9	0.2	0.5	2.5	20.5	6.1	1.1		0.2	0.7	2.3		0.7	0.5	0.9	0.9	0.5
	5 20 a 44	0.2	0.1	47	0.3	12.4	0.1	0.1	1.1	20.9	5.7	0.7	0.2		0.9	1.4		1.3	0.2	0.1	0.4	0.1
	6 45 a 49			48	0.6	13.7			1.2	20.5	3.7		0.6		1.2			2.5		0.6	0.6	
	7 50 a 59	0.4		47	1.2	7.6		0.8	1.2	18	4.8	0.8	1.2		0.4	4.4	0.4	1.2	0.4	0.4	0.4	
	8 60 y +	0.8		51	0.8	9.9		0.4	1.2	13.6	4.1		3.3		0.4	1.6		1.6		0.4		
	TOTAL	0	0	43	1.9	10.6	0.1	0.3	1.8	20.6	5.1	0.7	0.5	0.1	1.1	1.7	0	1.1	0.3	4	0	0.1

Elaboración propia

Fuente: H.R.S.J.D.D.

Interpretación estadística. La tabla No. 67, proporciona el estudio descriptivo de la relación que existe entre las variables EDAD y ETIOLOGÍA, sobre el conjunto de diagnósticos revisados, los resultados son los siguientes:

En el grupo etáreo de 20 a 44 años, las enfermedades INFECCIOSAS dominan el cuadro siendo su porcentaje del 46,8 %.

La etapa de la vida comprendida entre 5 a 14 años las enfermedades INFECCIOSAS, dominan el cuadro, seguida de los procesos patológicos caracterizados por la INFLAMACIÓN AGUDA con un 24,4 % de un total en ese grupo del 14,6 %.

La etapa de la adolescencia 15 a 19 años también prevalecen las enfermedades de etiología INFECCIOSA con el 36,8 %.

La quinta década de vida también predomina las enfermedades INFECCIOSAS con el 46,8 %; de un total en ese grupo del 7,4 %.

La tercera edad en relación a las anteriores presenta un porcentaje alto del 51,0 % como etiología agentes INFECCIOSOS.

El grupo de 45 a 49 años prevalecen al igual que en la mayoría las enfermedades INFECCIOSAS.

El grupo de 1 a 4 años ocurre lo contrario, prevalecen las enfermedades que tienen como etiología ANOMALIAS DE DESARROLLO en la formación de los frenillos particularmente el lingual.

En el grupo de menores de 1 año dominan el cuadro las ANOMALIAS de formación del frenillo en un porcentaje mucho más alto 40,0 %; las enfermedades INFECCIOSAS, representan el 27,7 % y los procesos agudos el 21,3 %.

CUADRO No. 68
No. DE CASOS, SEGÚN GRUPO ETÁREO DEL SERVICIO DE
OTONDOTOLÓGIA DEL H.R.S.J.D.D. DE TARIJA, AÑO
1987-1994-1995-1996-1997

No.	Grupo etáreo	Frecuencia	Porcentaje
0	s/d	255	10.5
1	Menores de 1	10	0.4
2	1 a 4	94	3.9
3	5 a 14	627	25.8
4	15 a 19	310	12.7
5	20 a 44	844	34.7
6	45 a 49	183	7.5
7	50 a 59	63	2.6
8	60 y más	48	2.0
	TOTAL	2434	100

I. E. La Tabla No. 68 proporciona el estudio descriptivo de la distribución del número de casos según la variable EDAD, codificados con valores numéricos de 1 a 8, para identificar los diferentes grupos de edad, sobre el conjunto de diagnósticos revisados.

La columna frecuencia proporciona el número de casos donde se observa que la edad más frecuente es la de 20 a 44 años, presente en 844 de los 2434 diagnósticos, o lo que es equivalente, presente en el 34,7 % de los casos, en consecuencia la moda es igual a 5 (20 a 44 años), la edad más común es 10 años, la mínima es 1 año, la máxima es 96 años, la edad promedio 21,08 años.

CUADRO No. 69
No. DE CASOS POR ZONA ANATÓMICA, SEGÚN GRUPO ETÁREO
CONSULTA ODONTOLÓGICA DEL H.R.S.J.D.D., DE TARIJA,
1987-1994*-1995*-1996-1997

No.	Zona anatómica	Grupo etáreo							
		1	2	3	4	5	6	7	8
1	Paladar duro	1.3	8.8	21.3	20.0	23.8	15.0	3.8	6.3
2	Diente	0.5	4.3	31.9	13.1	37.1	7.5	3.1	2.1
3	Proceso alveolar			4.0	16.0	64.0	8.0		8.0
4	Encía		2.4	8.4	26.5	42.2	19.3	1.2	
5	Mejilla		40.0		20.0	20.0		20.0	
7	Maxilar superior		20.0		20.0	40.0			20.0
8	ATM					100.0			
9	Maxilar inferior			6.3	31.3	31.3	18.8	6.3	6.3
10	Tejido nervioso			100.0					
	TOTAL	0.5	4.4	29.8	14.1	37.4	8.3	3.1	2.3

Elaboración propia

Fuente: H.R.S.J.D.D.

I.E. La tabla No. 69, proporciona el estudio descriptivo de la relación existente entre las variables zona anatómica y Edad, sobre el conjunto de diagnósticos revisados.

La zona anatómica más frecuente son los dientes, presente en el 89,2 % de los casos, siendo el grupo etáreo mas prevalente de 20 a 44 años con el 37,1 % de los casos.

Según la variable edad la que mayor frecuencia presenta es el grupo de 20 a 44 años, presente en el 37,4 % de todos los casos, siendo la zona de mayor prevalencia en dicho grupo es la A.T.M. Con el 100,0 % de los casos, seguido del proceso alveolar con el 64,0 %.

CUADRO No. 70
No. DE CASOS POR ETIOLOGÍA, SEGÚN GRUPO ETAREO, CONSULTA
ODONTOLÓGICA DEL H.R.S.J.D.D., CIUDAD DE TARIJA, AÑO
1987-1994*-1995*-1996-1997

No.	Etiología	Grupo etáreo							
		1	2	3	4	5	6	7	8 TOTAL
1	Infecciosa	0.5	4.3	31.4	13.7	37.4	7.5	2.9	2.3 92.4
2	Agentes físicos		8.5	6.4	21.3	25.5	19.1	8.5	10.6 2.3
3	Inflamación crónica			25.0	25.0	25.0		25.0	0.2
4	Anomalías de desarrollo	5.0	15.0	20.0		30.0	25.0	5.0	1.0
5	Inflamación aguda		3.2	16.1	9.7	51.6	12.9	6.5	1.5
6	Hipertrofia			100.0					0.0
8	Trastornos de la hemostasia					100.0			0.0
9	Trastornos endocrinos			2.1	29.8	44.7	23.4		2.3
10	Fístula				50.0	50.0			0.1
	TOTAL	0.5	4.4	29.7	14.1	37.4	8.3	3.1	2.3 100.0

I.E. La tabla No. 70, proporciona el estudio descriptivo de la relación existente entre las variables etiología y edad, sobre el conjunto de diagnósticos revisados. La etiología mas frecuente es la infecciosa con 92,4 % de los diagnósticos, el grupo de mayor riesgo es el de 20 a 44 años con el 37,4 % de los casos.

El 2,3 % corresponde a las causas físicas y químicas, siendo el grupo más afectado de 20 a 44 años con el 25,5 %.

En la etiología por trastornos endocrinos el grupo más afectado es el de 20 a 44 años con el 44,7 % de los casos.

La inflamación aguda prevalece en el grupo de 20 a 44 años con el 51,6 % de un total del 1,5 % de casos en dicha etiología.

Las anomalías de desarrollo prevalecen en el grupo de 20 a 44 años con el 30,0 %; seguido del grupo de 45 a 49 años con el 25,0 % de los diagnósticos.

CUADRO No. 71
No. DE CASOS, SEGÚN GRUPO ETÁREO, SERVICIO
DE ANATOMOPATOLOGÍA, H.R.S.J.D., CIUDAD
DE TARIJA, AÑO 1987 a 1997*

No.	Grupo Etáreo	Frecuencia	Porcentaje
1	< de 1	6	6.7
2	1 a 4	1	1.1
3	5 a 14	13	14.6
4	15 a 19	7	7.9
5	20 a 44	33	37.1
6	45 a 49	6	6.7
7	50 a 59	6	6.7
8	60 y más	17	19.1
	TOTAL	89	100.0

Elaboración propia

Fuente: H.R.S.J.D.D.

* A excepción del año 1993

Interpretación Estadística. La tabla No. 71, proporciona el estudio descriptivo de la distribución de la frecuencia según la variable EDAD, sobre el conjunto de diagnósticos revisados.

La columna frecuencia, proporciona el número de casos, donde se observa que el grupo etáreo más frecuente corresponde de 20 a 44 años, presente en el 37,1 % de los diagnósticos, seguido del grupo de 60 y más años, presente en el 19,1 % de los diagnósticos, la moda estadística es igual a 5 (20 a 44 años de edad).

CUADRO No. 72
DIEZ PRINCIPALES MUESTRAS DEL
SERVICIO DE ANATOMOPATOLOGÍA, H.R.S.J.D.D.,
CIUDAD DE TARIJA, AÑO 1987 a 1997*

No.	Muestra	Frecuencia	Porcentaje
1	Ganglio cervical	13	14,3
4	Encía	7	7,7
12	Mejilla	6	6,6
7	Amígdala	5	5,5
2	Lengua	4	4,4
14	Paladar	3	3,3
42	Fosas nasales	3	3,3
8	Mucosa bucal	2	2,2
25	Tiroides	2	2,2
27	Glándula salival de labio	2	2,2
	Otros	44	48,4
	TOTAL	91	100,0

Elaboración propia

Fuente: H.R.S.J.D.D.

* A excepción del año 1993

Interpretación Estadística. El cuadro No. 72, proporciona el estudio descriptivo de la distribución de la frecuencia, según la variable MUESTRA, codificados con valores numéricos, para identificar a los diferentes regiones anatómicas de donde se tomaron las muestras para realizar el examen Histopatológico: ganglio cervical 14,3 %; encía 7,7 %; mejilla 6,6 %, amígdala 5,5 %; lengua 4,4 %; paladar 3,3 %; fosas nasales 3,3 %; mucosa bucal 2,2 %; tiroides 2,2 %; glándula salival de labio 2,2 %; y otros 48,4 %; sobre el conjunto de diagnósticos revisados, claramente se observa que la muestra más frecuente son los GANGLIOS CERVICALES, presente en el 14,3 % de los diagnósticos, seguido de la ENCÍA con el 7,7 %, en consecuencia la moda es igual a 1 (Ganglio cervical).

CUADRO No. 73
No. DE CASOS, POR ZONA ANATÓMICA, SEGÚN EDAD, SERVICIO DE
ANATOMOPATOLOGÍA, H.R.S.J.D.D., CIUDAD DE TARIJA,
AÑO 1987 A 1997*

No.	Zona anatómica	Grupo Etáreo								TOTAL
		< de 1	1 a 4	5 a 14	15 a 19	20 a 44	45 a 49	50 a 59	60 y +	
1	Labios	4.3		17.4	13.0	39.1	8.7	4.3	13.0	25.8
2	Mejillas	14.3		9.5	4.8	38.1	4.8	4.8	23.8	23.6
3	Paladar duro					25.0		50.0	25.0	4.5
4	Piso de la boca	33.3				33.3		33.3		3.4
5	Lengua	25.0				25.0	25.0		25.0	4.5
6	Encía			14.3		57.1			28.6	7.9
7	Amígdalas pal.			60.0		40.0				5.6
8	Faringe					50.0	50.0			2.2
9	Senos par.			50.0				25.0	25.0	4.5
10	Glándula sub.				50.0				50.0	2.2
11	Maxilares			33.3		33.3			33.3	3.4
12	Parótida				33.3	66.7				3.4
13	Submentoniana		12.5		12.5	37.5	12.5		25.0	9.0
TOTAL		6.7	1.1	14.6	7.9	37.1	6.7	6.7	19.1	100.0

Elaboración propia

Fuente: H.R.S.J.D.D.

* A excepción del año 1993

Interpretación Estadística. La tabla No. 73, proporciona el estudio descriptivo de la relación que existe entre las variables ZONA ANATÓMICA y EDAD, sobre el conjunto de diagnósticos revisados.

En la columna frecuencia se observa que la zona más frecuente son los LABIOS, siendo el grupo de 20 a 44 años el de mayor riesgo con el 39,1 % de los casos, seguido del grupo de 5 a 14 años con el 17,4 %.

El 23,6 % corresponde a las MEJILLAS, el grupo que prevalece es de 20 a 44 años con el 38,1 %, seguido del grupo de 60 y más años con el 23,8 %.

La región SUBMENTONIANA, presenta el 9,0 % de los casos, el grupo de 20 a 44 años prevalece con el 37,5 %, seguido del grupo de 60 y más años con el 25,0 %.

Las AMÍGDALAS PALATINAS, presentan el 5,6 % de los diagnósticos, el grupo etáreo de mayor riesgo es de 5 a 14 años con el 60,0 % de los casos.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES

A. Generalidades

La prevalencia e incidencia de las principales enfermedades Odontologica de la ciudad de Tarija, en el periodo de tiempo estudiado permite concluir:

4.1.- CONSULTA EXTERNA DE OTORRINOLARIGOLOGIA.

- 1.- La principal etiologia infecciosa (42,9%), sigue en orden de frecuencia: Inflamación aguda(21,1%); Inmunitaria (10,5%); Inflamación crónica (4,7%); Frenillo (3,9%); Pultácea (2,3%); Neoplásica(1,9%); Artralgia (1,8%); Absceso (1,7%); Virosis (1,7%) y otros (7,6%).
- 2.- La zona anatómica bucal con mayor frecuencia es el piso de la boca (5,0%); Parótida (1,3%); encía (0,7%), Labios (0,6%) y mejillas (0,6%).
- 3.- Las tasas específicas de prevalencia por 100.000 habitantes para el sexo masculino son:

1987	108 casos x 100.000 habitantes.
1988	142 casos x 100.000 habitantes
1989	266 casos x 100.000 habitantes
1990	351 casos x 100.000 habitantes
1991	210 casos x 100.000 habitantes
1992	280 casos x 100.000 habitantes
1993	199 casos x 100.000 habitantes
1994	374 casos x 100.000 habitantes
1995	366 casos x 100.000 habitantes
1996	280 casos x 100.000 habitantes

Para el sexo femenino son:

1987	140 casos x 100.000 habitantes.
1988	185 casos x 100.000 habitantes.
1989	274 casos x 100.000 habitantes
1990	316 casos x 100.000 habitantes
1991	225 casos x 100.000 habitantes.
1992	308 casos x 100.000 habitantes
1993	214 casos x 100.000 habitantes
1994	342 casos x 100.000 habitantes
1995	373 casos x 100.000 habitantes.
1996	281 casos x 100.000 habitantes

- 4.- La tasa de Incidencia para el sexo femenino es de 354 casos x 100.000 habitantes: masculino de 383 casos por cada 100.000 habitantes, lo que muestra un alto riesgo de enfermedad para el año 1.997.
- 5.- Las tasas específicas de prevalencia por 100.000 habitantes para el área Urbana son:

1987	110 casos x 100.000 habitantes.
1988	134 casos x 100.000 habitantes
1989	220 casos x 100.000 habitantes
1990	272 casos x 100.000 habitantes
1991	225 casos x 100.000 habitantes
1992	313 casos x 100.000 habitantes
1993	183 casos x 100.000 habitantes
1994	325 casos x 100.000 habitantes
1995	325 casos x 100.000 habitantes
1996	268 casos x 100.000 habitantes

Para el área Rural son:

1987	142 casos x 100.000 habitantes
1988	242 casos x 100.000 habitantes
1989	357 casos x 100.000 habitantes
1990	534 casos x 100.000 habitantes
1991	132 casos x 100.000 habitantes
1992	143 casos x 100.000 habitantes
1993	271 casos x 100.000 habitantes
1994	426 casos x 100.000 habitantes
1995	615 casos x 100.000 habitantes
1996	266 casos x 100.000 habitantes

- 6.- Las tasas de incidencia para el área Urbana es de 313 casos por 100.000 habitantes, rural 623 casos x 100.000 habitantes esta situación muestra un alto riesgo de enfermedad para ambos lugares de procedencia para el año 1.997.
- 7.- El lugar de procedencia más frecuente es el área Urbana (69,1%) en relación al área rural (20,1%) y Sub-urbano (5,9%).
- 8.- La relación entre etiología y lugar de procedencia, muestra que la etiología Infecciosa (68,5%); Inflamación aguda inespecífica (71,8%) y etiología Inmunitaria (73,1%) prevalecen en pacientes procedentes del área Urbana.
- 9.- La relación entre zona anatómica y lugar de procedencia: se observó que las patologías ubicadas en el piso de la boca (71,1%); A.T.M. (67,2%); maxilares (75,9%); encía (60,9%) y mejillas (50,0%) son más frecuentes en pacientes que proceden del área Urbana.
- 10.- El sexo que presenta mayor frecuencia es el Femenino (52,4%) en relación al masculino (47,0%).

- 11.- La relación etiología y sexo muestra: el sexo femenino presenta mayor frecuencia en la etiología infecciosa en general en un 54,8%; inflamación aguda inespecífica con el 51,3% y la causa inmunitaria en 56,7%
- 12.- La relación zona anatómica bucal y sexo muestra que en el sexo femenino son prevalentes las patologías ubicadas en las zonas de los maxilares, encías y mejillas con porcentajes del 72,7%; 68,0% y 77,3% respectivamente.
- 13.- En el piso de la boca ocurre lo contrario, son más frecuentes en el sexo masculino, con el 67,5% en relación a las mujeres que presentan el 31,9%.
- 14.- La zona de la A.T.M los hombres presentan el 66,1% en relación a las mujeres (33,9%).
- 15.- En la zona de la Parótida los hombres presentan mayor frecuencia (54,5%) en relación a las mujeres (45,5%).
- 16.- En la zona de los labios, el sexo que prevalece es el Masculino con el 55,0% en relación a las mujeres con el 45,0%.
- 17.- Tomando en cuenta el factor edad se tiene: el grupo etáreo más afectado es de 20 a 44 años (45,7%) le sigue en frecuencia de 5 a 14 años (14,5%); 15 a 19 años (13,3%); la edad más frecuente 20 años, la edad promedio para el motivo de consulta es de 29 años
- 18.- En la relación de las variables edad y etiología se tiene en el grupo etáreo de 20 a 44 años las enfermedades infecciosas son más frecuentes con el 46,8% presentándose la misma situación con el grupo de 5 a 14 años (37,3%); la etapa de la adolescencia 15 a 19 años (36,8%); 45 a 49 años (47,8%); la 5ª década de la vida (46,8%) y la tercera edad (51,0%).
- 19.- En el grupo de 1 a 4 años con el 29,0%; ocurre lo contrario, en este prevalecen las enfermedades con etiología de anomalías de desarrollo, en el que el "frenillo lingual" es el más afectado.
- 20.- En el grupo menores de 1 año llama la atención las anomalías de desarrollo como frenillo lingual, con el porcentaje más alto (40,4%); siguen en orden de frecuencia la infecciosa con el 27,7% y la inflamación aguda inespecífica con el 21,3%.

- 21.- En lo que respecta a la edad y zona anatómica bucal; en el piso de la boca el grupo etáreo de mayor prevalencia es el de menores de 1 año (42,6%).
- 22.- En la relación de la A.T.M., el grupo más afectado es de 15 a 19 años de edad (3,2%).
- 23.- En los maxilares el grupo de mayor frecuencia es de 50 a 59 años de edad (3,2%).
- 24.- En la zona parotídea el grupo más expuesto es de 5 a 14 años (3,8%).
- 25.- En la zona de la encía el grupo más prevalente es de 60 años y más con el 2,5%.
- 26.- En los labios el grupo de 1 a 4 años presenta el 1,9%.
27. En las mejillas el grupo etáreo más frecuente es de 60 y más años (1,6%).

4.2.- CONSULTA EXTERNA DE ODONTOLOGÍA.

- 1.- La principal etiología es la Infecciosa (83,5%); le siguen el orden de frecuencia la traumática (2,8%) y la infección aguda inespecífica (2,1%).
- 2.- La zona anatómica bucal más es el órgano Diente con el 80,2%; le siguen en frecuencia, paladar duro (4,3%) y encía (4,1%).
- 3.- Las tasas específicas de prevalencia por 100.000 habitantes para el sexo masculino son:

1987	386 casos x 100.000 habitantes.
1994	333 casos x 100.000 habitantes
1995	124 casos x 100.000 habitantes
1996	223 casos x 100.000 habitantes

El sexo femenino presenta:

1987	552 casos x 100.000 habitantes
1994	259 casos x 100.000 habitantes
1995	159 casos x 100.000 habitantes
1996	566 casos x 100.000 habitantes.

- 4.- Las tasas de incidencia para el año 1997 son: para el sexo masculino 711 casos x 100.000 habitantes; femenino 765 casos por 100.000 habitantes, mostrando un alto riesgo de enfermedad para ambos sexos.
- 5.- El lugar de procedencia más frecuente es el Urbano con el 22,6% en relación al Rural con el 14,6% y Otro departamento con el 2,7%.
- 6.- La relación que existe entre la etiología y lugar de procedencia, permite observar que la causa infecciosa en el área Urbana, es la que presenta mayor frecuencia (22,8%) en relación al área rural (16,7%).
- 7.- La relación entre la zona anatómica bucal y lugar de procedencia, muestra que en la zona de los Dientes, los pacientes más afectados son los que proceden del área Urbana (23,6%); en relación al área Rural (17,1%).
- 8.- El sexo con mayor frecuencia es el femenino con el 58,1%, los hombres presentan el 41,7% del 100% de los casos.
- 9.- La relación entre etiología y sexo la mayor prevalencia en la etiología infecciosa corresponde al sexo femenino con el 55,9% ocurre lo contrario, en la etiología traumática, donde el sexo de mayor frecuencia es el masculino con el 50,7%; en la inflamación aguda inespecífica, existe una clara prevalencia de las mujeres con el 64,0%; en relación a los hombres con el 36,0%.
- 10.- El grupo etáreo de mayor frecuencia constituye de 20 a 44 años de edad (34,7%), la edad promedio 21 años, la más frecuente es la de 10 años.
- 11.- La relación entre las variables etiologías y edad; para el grupo etáreo de 20 a 44 años, la frecuencia de las etiologías es la infecciosa (37,4%); traumática (25,5%) y la inflamación aguda inespecífica (51,6%).
- 12.- La relación zona anatómica y edad es la siguiente: en la zona de los dientes el grupo etáreo más prevalente fué de 20 a 44 años (37,1%).

4.3.- DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.

- 1.- La principal zona anatómica oral son los Labios (26,4%) lesiguen en orden de frecuencia las mejillas (23,1%) submentiana (9,9%) y encia (7,7%).
- 2.- La principal muestra: encia (7,7%) lesiguen en frecuencia la mejilla (6,6%), lengua(4,4%) y paladar (3,3%).
- 3.- Las tasas específicas de prevalencia por 100.000 habitantes para el sexo masculino son:

1987	7 casos x 100.000 habitantes
1988	7 casos x 100.000 habitantes.
1989	7 casos x 100.000 habitantes.
1990	15 casos x 100.000 habitantes.
1991	18 casos x 100.000 habitantes.
1992	10 casos x 100.000 habitantes.
1994	9 casos x 100.000 habitantes.
1995	3 casos x 100.000 habitantes.
1996	5 casos x 100.000 habitantes.

Para el sexo femenino son:

1987	4 casos x 100.000 habitantes
1988	4 casos x 100.000 habitantes.
1989	18 casos x 100.000 habitantes.
1990	8 casos x 100.000 habitantes.
1991	7 casos x 100.000 habitantes.
1992	11 casos x 100.000 habitantes.
1994	8 casos x 100.000 habitantes.
1995	6 casos x 100.000 habitantes.
1996	9 casos x 100.000 habitantes.

- 4.- Las tasas de incidencia para el año 1997 son para el sexo masculino de 6 casos por 100.000 habitantes, para el femenino es de 7 casos por cada 100.000 habitantes.
- 5.- El sexo mas frecuente es el femenino (51,6%) en relación al masculino (48,4%).
- 6.- La relación zona anatómica y sexo se observa que la zona de los labios no existe predilección por ningún sexo.
- 7.- Sin embargo el sexo femenino prevalece con el 52,4% en la zona de las mejillas en relación a los varones que presentan el 47,6%.
- 8.- En la zona submentoniana prevalecen los hombres con el 55,6% en relación a las mujeres que presentan el 44,4%.
- 9.- En la mucosa alveolar existe una predominancia del sexo femenino con el 71,4% sobre el masculino con el 28,6%.
- 10.- La relación etiología neoplásica muestra; las neoplasias malignas con el 55,6% y benignas con el 56,3% prevalecen en el sexo femenino.
- 11.- Con relación al grupo etáreo, en general, los estudios histopatológicos demuestran una mayor frecuencia en el grupo de 20 a 44 años de edad (37,1%) le siguen en orden de frecuencia el grupo de 60 y más años de edad (19,1%) y el de 5 a 14 años de edad (14,6%).
- 12.- La relación entre zona anatómica y edad muestra: el grupo etáreo de 20 a 44 años presenta mayor frecuencia en la zona de los labios (39,1%); mejillas (38,1%) y submentoniana (37,5%).
- 13.- En la zona Tonsilar del grupo etáreo de mayor frecuencia es el de 5 a 14 años de edad con el 60,0%.

B. Específicas:

1. Consulta externa con otorrinolaringología:

- a. Las principales patologías son: Sinusitis maxilar (6,6%) y frenillo lingual (3,9%).

- b. Para la patología de sinusitis maxilar se tiene que el grupo etáreo más afectado es el de 20 a 44 años (40,7%), la edad más frecuente 18 años, la edad promedio es de 27 años, siendo la etiología más frecuente la infección aguda inespecífica, los estudiantes presentan mayor frecuencia (6,3%); según lugar de procedencia el área Urbana es más frecuente (70,6%); el sexo que presenta mayor frecuencia es el masculino (52,5%), existiendo 112 hombres cada 100 mujeres.
- c. Las tasas específicas de prevalencia por 100.000 habitantes para sinusitis maxilar son:

1987	0 casos x 100.000 habitantes.
1998	0 casos x 100.000 habitantes.
1989	38 casos x 100.000 habitantes.
1990	4 casos x 100.000 habitantes.
1991	0 casos x 100.000 habitantes.
1992	0 casos x 100.000 habitantes.
1993	3 casos x 100.000 habitantes.
1994	41 casos x 100.000 habitantes.
1995	36 casos x 100.000 habitantes.
1996	24 casos x 100.000 habitantes.

- d. La tasa de incidencia para el año 1997 es de 32 casos por cada 100.000 habitantes, situación que muestra un alto riesgo para enfermar con esta patología.
- e. Para la patología de Frenillo lingual el grupo de mayor frecuencia es de 1 a 4 años de edad (46,6%), la edad más común 1 año la edad promedio 8 años, la zona anatómica más afectada piso de la boca, siendo la etiología más prevalente Anomalías de desarrollo, el lugar de procedencia más frecuente el Urbano (68,4%), el sexo más frecuente el masculino (75,2%), siendo que existen 313 hombres que presentan esta patología por cada 100.000 mujeres.

f. Las tasas de prevalencia para frenillo lingual por cada 100.000 habitantes son:

1987	0 casos x 100.000 habitantes
1988	0 casos x 100.000 habitantes.
1989	13 casos x 100.000 habitantes.
1990	17 casos x 100.000 habitantes.
1991	17 casos x 100.000 habitantes.
1992	12 casos x 100.000 habitantes.
1993	9 casos x 100.000 habitantes.
1994	25 casos x 100.000 habitantes.
1996	6 casos x 100.000 habitantes.

g. La tasa de incidencia para el año 1997 es de 5 casos por cada 100.000 habitantes demostrando una ligera disminución de esta patología.

2. Consulta externa de Odontología:

- El principal diagnóstico es de caries de 4° grado (24,8%), le siguen en orden de frecuencia Caries (16,6%), caries de 3° grado (9,5%), caries de 2° grado (7,8%), absceso (4,1%) y gingivitis gravídica (2,0%).
- Para la patología de caries de 4° grado el grupo etáreo más afectado es de 20 a 44 años (47,9%), la edad más común 22 años, la edad promedio es de 25 años, la zona más frecuente el órgano diente, siendo la etiología más común la infecciosa, el lugar de procedencia más frecuente es el área Rural (34,5%).
- El diagnóstico de caries de 4° grado presenta las siguientes tasas de prevalencia por 100.000 habitantes:

1987	413 casos x 100.000 habitantes
1994	18 casos x 100.000 habitantes.
1995	5 casos x 100.000 habitantes.

1996 76 casos x 100.000 habitantes.

- d. La tasa de incidencia para el año 1997 es de 86 casos por cada 100.000 habitantes.

3. Departamento de Anatomía Patológica.

- a. Los principales diagnósticos hitopatológicos son:

Linfadenitis TBC. (6,6%); fibroma (4,4%); hiperplasia pseudoepiteliomatosa (3,3%); Hemangioma capilar de boca (3,3%); hiperplasia folicular linfática de amígdala (2,2%); Carcinoma espinocelular infiltrante (2,2%); Adenoma mucoso (2,2%); Carcinoma espinocelular bien diferenciado (2,2%); adenoma (2,2%); Carcinoma epidermoide bien diferenciado (2,2%) y otros (69,2%).

- b. Las tasas específicas de prevalencia por 100.000 habitantes para Fibroma durante los años 1987; 1988; 1992; 1994; y 1996 la tasa de prevalencia es de 0 casos por la no presentación de ningún caso, para el año 1989 es de 2 casos x 100.000 habitantes, 1 caso (1990) y de 1 caso x 100.000 habitantes para el año 1995, el año 1997 no se presentaron casos de fibroma.

CAPÍTULO V

RECOMENDACIONES

CAPÍTULO V

RECOMENDACIONES

5.1.- GENERALES.

- 1.- El presente trabajo demuestra la importancia de los registros clínicos y patológicos debidamente llevados, con los que el investigador ofrece los antecedentes y el futuro de la realidad de las nosologías que estudia.
- 2.- La información estadística Odontológica debe ser recogida por el S.N.I.S.(Subsistema Nacional de Información de Salud) y compartida con la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma "Juan Misael Saracho", base para la definición de políticas de Salud Regional y Nacional y los perfiles, curriculums y programas de educación en Odontología; para la planificación, programación y evaluación administrativa de los programas de promoción, curación y rehabilitación de la salud oral, a fin de resolver problemas de salud de la población de acuerdo a sexo, edad, residencia y zona geográfica.
Además la presente investigación sugiere que para la formación del futuro profesional Odontólogo deberá darse más énfasis a la etiología, manifestaciones clínicas y tratamiento de patologías prevalentes encontradas.
- 3.- El conocimiento teórico-práctico por el estudiante de Odontología de estas patologías más frecuentes y en las áreas de la especialidad estomatológica, le permitirá desarrollar sus capacidades, lo hará más eficiente en nuestro medio, sin olvidar que del conocimiento de la realidad depende el éxito profesional.
- 4.- Los resultados hallados permitirán a la U.A.J.M.S. y a la Facultad de Odontología, definir las políticas de salud oral que deben ser implementadas en los servicios de Odontología del sistema Nacional de Salud.

- 5.- El profesional Odontólogo al tomar en cuenta las enfermedades de mayor Incidencia, definirá los métodos preventivos y/o reparativos más útiles, eficientes y eficaces al realizar el trabajo profesional.
- 6.- El protocolo de investigación desarrollado, constituye punto de partida para la obtención de la información, como método de investigación continua, que aporta al desarrollo de la ciencia Odontológica.

5.2.- ESPECÍFICAS.

- 1.- Las políticas en Salud Odontológica deben tomar en cuenta las patologías Orales más frecuentes, objeto de este trabajo de investigación, las cuales muestran tendencias ascendentes y cuyas predicciones para el próximo siglo son:
 - a. Sinusitis Maxilar; con 79 casos para el 1998; 120 casos (1999) y 128 casos para el año 2000 (Ver Gráfico N°1).
 - b. Neuralgia de la A.T.M.; con 31 casos (1998); 49 casos (1999) y 79 casos para el año 2000 (Ver Gráfico N° 3).
 - c. Caries de 4° grado; para el año 1998 152 casos 189 casos (1999) y 226 casos para el año 2000 (Ver Gráfico N° 7).
 - d. Caries de 3° grado; con 30 casos (1998); 93 casos (1999) y 193 casos para el año 2000 (Ver Gráfico N° 8).
 - e. Caries de 2° grado; con 111 casos (1998); 137 casos (1999) y 163 casos hasta el año 2000 (Ver Gráfico N° 9).
2. Las patologías también de interés para el Odontólogo, pero que muestran una tendencia y predicciones descendente hasta el año 2000 son:
 - a. Frenillo Lingual; con 1 caso (1998); - 6 casos (1999) y -13 casos para el año 2000, lo cual no quiere decir que ha desaparecido (Ver Gráfico N° 2).
 - b. Faringitis; con 40 casos (1998); 36 casos (1999) y 28 casos para el año 2000 (Ver Gráfico N° 5).

- c. Amigdalitis; con 48 casos (1998); 47 casos (1999) y 42 casos hasta el año 2000 (Ver Gráfico N° 6).
3. La patología que mantendrá una tendencia estable es la Parotiditis con 4 casos (1998); 4 casos (1999) y 3 casos para el año 2000 (Ver gráfico N° 4).