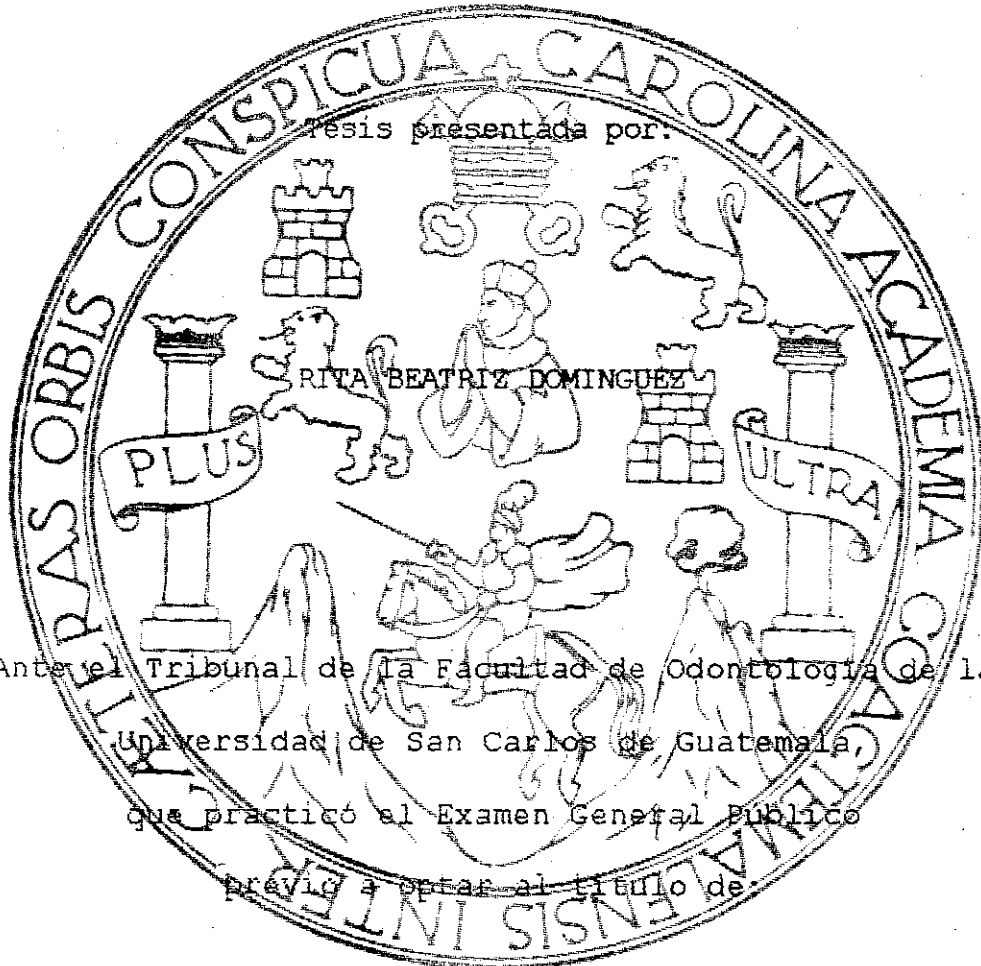


CONCENTRACION DE FLUORURO EN LA ORINA DE LOS ESCOLARES DEL NIVEL
PRIMARIO, INSCRITOS EN EL AÑO DE 1993 EN LA REGION DE
SALUD SUR OCCIDENTE QUE COMPRENDE LOS DEPARTAMENTOS DE
TOTONICAPAN, QUETZALTENANGO, SAN MARCOS, SUCHITEPEQUEZ,
SOLOLA Y RETALHULEU



Ante el Tribunal de la Facultad de Odontología de la
Universidad de San Carlos de Guatemala,
que practicó el Examen General Público
previo a optar al título de:

CIRUJANO DENTISTA

Guatemala, septiembre de 1997
Biblioteca Central

09
T(1308)

C.4

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Decano:	Dr. Danilo Arroyave Rittscher
Vocal Primero:	Dr. Eduardo Abril Gálvez
Vocal Segundo:	Dr. Luis Barillas Vásquez
Vocal Tercero:	Dr. Víctor Manuel Campollo Zavala
Vocal Cuarto:	Br. Franklin Alvarado López
Vocal Quinto:	Br. Gonzalo Javier Sagastume Herrera
Secretario:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo

TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL PUBLICO

Decano:	Dr. Danilo Arroyave Rittscher
Vocal Primero:	Dr. Eduardo Abril Gálvez
Vocal Segundo:	Dr. Ricardo Sánchez Avila
Vocal Tercero:	Dr. Ronald Ponce de León
Secretario:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo

ACTO QUE DEDICO

A DIOS

A MIS ABUELITOS

JORGE VICTOR DOMINGUEZ M.

ENRIQUETA VELIZ DE DOMINGUEZ

(Q.E.P.D.)

A MI MADRE

IRMA YOLANDA DOMINGUEZ DE TOVAR

A MIS HERMANOS

ALEJANDRO Y ERICK

A

HERBERTH TOVAR

A MI ESPOSO

WILSON REYES AVALOS

A MI TESORO LINDO

MARIA REGINA

A MIS TIOS

AMPARITO, THELMA, JORGE Y MARCO

ANTONIO

A MIS PRIMOS, EN ESPECIAL A

BRENDA Y EDWIN (Q.E.P.D.)

A

SANDRA ALDANA DE DOMINGUEZ

PATRICIA CORONADO DE DOMINGUEZ

A MIS SUEGROS

MARIO HUMBERTO REYES

ELVIRA AVALOS DE REYES

A MIS CUÑADOS

MAGDALENA, ROLANDO, ANA Y

JORGE (Q.E.P.D.)

DEDICO ESTA TESIS

A

GUATEMALA

A

SIQUINALA, ESCUINTLA

A

LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
GUATEMALA

A

LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

A

MIS CATEDRATICOS E INSTRUCTORES

A MIS AMIGAS

GLENDIA LILIANA ACEVEDO DE NOWELL

MABEL MURALLES ALMEDA

A

GLORIA CASTELLANOS

A MIS AMIGOS EN GENERAL

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a vuestra consideración mi trabajo de tesis "CONCENTRACION DE FLUORURO EN LA ORINA DE LOS ESCOLARES DEL NIVEL PRIMARIO, INSCRITOS EN EL AÑO DE 1993, EN LA REGION DE SALUD SUR OCCIDENTE QUE COMPRENDE LOS DEPARTAMENTOS DE TOTONICAPAN, QUETZALTENANGO, SAN MARCOS, SUCHITEPEQUEZ, SOLOLA Y RETALHULEU", conforme lo demandan los reglamentos de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al título de Cirujano Dentista.

Deseo expresar de manera muy especial mi agradecimiento por su valiosa ayuda y colaboración a los Drs. Ricardo Sánchez, Ricardo León y Ronald Ponce.

Y vosotros miembros del Honorable Tribunal Examinador, aceptad las muestras de mi más alta consideración y respeto.

INDICE

	Pag.
1. SUMARIO	1
2. INTRODUCCION	2
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
4. JUSTIFICACION	6
5. REVISION DE LITERATURA	8
6. OBJETIVOS	63
7. VARIABLE E INDICADOR	64
8. METODOLOGIA	65
9. PRESENTACION Y DISCUSION DE RESULTADOS	78
10. CONCLUSIONES	86
11. RECOMENDACIONES	88
12. LIMITACIONES	89
13. ANEXOS	90
14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	106

1. SUMARIO

La presente investigación fue realizada en la región de salud Sur Occidente; con el objeto de determinar la concentración de fluoruro en orina de escolares del nivel primario inscritos en el año de 1993, comprendidos entre las edades de 6 a 12 años.

Los resultados de esta investigación servirán como marco de referencia sobre la ingesta del ión flúor, así como para el control y seguimiento de un programa de fluoruración sistémica de la sal de consumo humano.

La muestra estuvo integrada por 300 alumnos de 12 escuelas de los departamentos de Totonicapán, Quetzaltenango, San Marcos, Suchitepéquez, Sololá y Retalhuleu; siendo 161 (53.64%) del sexo femenino y 139 (46.33%) del sexo masculino.

En cada escuela se recolectaron muestras de orina al azar de 25 escolares, las muestras se analizaron en el Laboratorio de Radioquímica de la Dirección General de Energía Nuclear; por medio de la técnica del electrodo específico para el ión flúor.

Los resultados de la concentración de fluoruro en orina en los escolares de la región de salud Suroccidente estuvo comprendida entre 0.121 a 0.674 ppm con una media de 0.266 ppm y desviación estándar de 0.091 ppm.

2. INTRODUCCION

Las enfermedades bucales, especialmente la caries dental y enfermedad periodontal, plantean un grave problema en América Latina, ya que afectan aproximadamente a más del 90% de la población de todos los países de la región. Este problema se agrava aún más, por la disponibilidad limitada de los servicios de salud estomatológica, factores socio- económicos y culturales entre otros. (39)

Siendo la prevención el método más eficaz para llevar el beneficio a la mayoría de la población en salud estomatológica, se hace necesario la implementación de programas preventivos. En estos últimos el fluoruro ha demostrado ser el elemento más eficaz en la reducción de la prevalencia de caries dental.

Se han experimentado diversos vehículos para la ingesta del fluoruro tales como agua de consumo, sal, leche y el azúcar entre otros, con notable éxito. (28) En Guatemala la distribución de agua potable en la mayoría de comunidades rurales es deficiente o inexistente, por lo que la fluoruración del agua (la medida más generalizada en el mundo para la prevención de caries dental) no ha sido puesta en marcha a excepción de la capital y aún en esta con limitaciones de cobertura y continuidad de tiempo; siendo la empresa EMPAGUA la única que lleva a cabo este programa de fluoruración.

Entre las alternativas más adecuadas, simplificadas, de bajo costo y de mayor accesibilidad se encuentra la fluoruración de la sal de consumo humano.

Previo a la implementación de programas de fluoruración sistémica (específicamente la sal), se hace necesario realizar investigaciones epidemiológicas básicas, que nos permitan contar con información de la prevalencia de las enfermedades dento-periodontales, (39) así como de los datos relativos a la presencia del ión flúor en las principales fuentes de abastecimiento de agua de los distintos departamentos y municipios del interior del país distribuidos en regiones de escasa, óptima y supraóptima presencia del mismo en el agua de bebida. (28) Existen también estudios relativo a la distribución, comercialización y consumo de la sal por persona (27) y sobre excreción de fluoruro en la orina en áreas endémicas de fluorosis. (37,43)

Como complemento de investigaciones se hace necesario establecer la concentración de fluoruro en la orina como un indicador biológico de la ingesta del mismo, para el control y seguimiento de un programa de este tipo. Por tal motivo se realizó un estudio a nivel nacional para determinar la concentración de fluoruro en la orina de los escolares del nivel primario, inscritos en en el ciclo lectivo de 1,993, de la

República de Guatemala, dividido por regiones de salud. Específicamente en este estudio se trabajó en la región de salud Suroccidente que comprende los departamentos de Totonicapán, Quetzaltenango, San Marcos, Suchitepéquez, Sololá y Retalhuleu. Se tomaron aleatoriamente doce escuelas (conglomerados) y en cada una de ellas 25 escolares comprendidos entre las edades de 6 a 12 años, haciendo una muestra total de 300; de los cuales se obtuvo muestras de orina que fueron analizadas en el Laboratorio de Radioquímica de la Dirección General de Energía Nuclear.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Siendo alta la prevalencia de enfermedades dento-periodontales en la población guatemalteca (38), se debe implementar programas preventivos de amplia cobertura, entre ellos la fluoruración sistémica. Para desarrollar programas de este tipo es importante contar con ciertas investigaciones de carácter epidemiológico, así como establecer los niveles de la ingesta de flúor en la población.

Por lo tanto el presente estudio pretende establecer, cuál es la concentración de fluoruro en la orina los escolares del nivel primario, inscritos en el ciclo lectivo de 1,993, en la región de salud Suroccidente que comprende los departamentos de Totonicapán, Quetzaltenango, San Marcos, Suchitepéquez Sololá y Retalhuleu, el que servirá como un indicador biológico de la ingesta del ión fluor en la población.

4. JUSTIFICACION

En Guatemala, la alta prevalencia de enfermedades dento-periodontales ha constituido una problemática nacional, la cual no ha podido ser abarcada adecuadamente por la estomatología(38). La Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, desde 1,985 ha venido trabajando en el planteamiento, desarrollo, legislación e implementación de programas de fluoruración sistémica tales como el de la sal de consumo humano, como alternativa de programas preventivos de alta cobertura, y más adecuado para la población guatemalteca.

Para poder desarrollar un programa de este tipo, es necesario contar con investigaciones que sirvan de base, entre ellas: estudios de prevalencia de caries dental, enfermedad periodontal, concentraciones de fluoruro en la orina y en agua en áreas endémicas de fluorosis, las cuales ya han sido desarrolladas. (37, 38, 43).

Actualmente en Guatemala no se han realizado estudios a nivel nacional sobre la concentración de fluoruro en la orina, por lo que la realización de esta investigación en los escolares de nivel primario de la República de Guatemala, específicamente de la región Suroccidente; servirá como un indicador biológico basal de la ingesta del ión flúor en esta población; lo cual

RECEIVED IN THE ARCHIVES OF THE INSTITUTION OF GUATEMALA
Biblioteca Central

ayudará a estimar y controlar las dosis de fluoruro que se
deberán aplicar en un programa fluoruración de la sal.

5. REVISION DE LITERATURA

En la presente revisión de literatura, se tomarón en cuenta: los temas sobre; el elemento flúor, su clasificación, su papel en la reducción de caries dental, las distintas vías de ingesta del mismo, su metabolismo, absorción, distribución, mecanismos de excreción, la prevalencia de caries y la monografía de la región.

Las enfermedades bucales, especialmente la caries dental y enfermedad periodontal, plantean un grave problema en América Latina ya que afectan aproximadamente a más del 90% de la población de todos los países de la región. Este problema se agrava aún más por la distribución irregular de la población, la topografía característica de los países, la disponibilidad limitada de servicios de salud estomatológica y factores socioeconómicos y culturales.

En lo que respecta a salud bucal, se sabe que las principales enfermedades infecciosas de la cavidad bucal, caries y enfermedad periodontal, tienen alta prevalencia (99% de escolares tienen lesiones de caries y el 100% tiene presencia de gingivitis), lo cual a la vez se relaciona con la presencia de placa dentobacteriana en casi la totalidad de la población. (39)

De estos problemas la respuesta de la estomatología guatemalteca ha sido inadecuada e insuficiente, lo que se refleja en las magnitudes de los índices conocidos y su perspectiva es ha

mantenerse o ha incrementarse. Debido a las expectativas anteriormente mencionadas, se hace evidente que la implementación de programas preventivos sería el único medio que permitiría la reducción de la prevalencia de estas enfermedades y con ello la magnitud del problema. (38)

El elemento más utilizado en la prevención de estas enfermedades es el ión flúor. (39)

El elemento flúor pertenece a la familia de los halógenos, que constituye la familia no metálica más reactiva. Reaccionan casi siempre formando iones negativos o compartiendo electrones.

Como en muchas otras familias, el primer miembro es muy diferente al resto de la familia. En el caso del flúor, la diferencia se debe principalmente al pequeño tamaño del átomo del flúor.

El flúor es el elemento más reactivo de todos los elementos químicos, (41) su aspecto a temperatura ambiente es de un gas verde amarillento; su punto de fusión es de -218 C , su punto de ebullición corresponde a -188 C ; tiene una electronegatividad 4.0. Su número atómico es 9 y su peso atómico corresponde a 19; (33) su densidad es de 1.14 gramos /cm cúbicos. (46)

Puede combinarse con todos los elementos naturales a excepción de dos: Oxígeno y platino.

La molécula diatómica del flúor F_2 , es un agente oxidante mas fuerte que cualquier otro elemento en su estado normal. El flúor mantiene reacciones de combustión del mismo modo que el oxígeno. La alta electronegatividad del átomo flúor a la par de un fuerte poder de reacción química hace que el elemento flúor se encuentre libre, por esta razón, el flúor es muy difundido en la naturaleza. (46)

Alrededor de un 0.065% del peso de la corteza terrestre la compone el flúor, su abundancia es tal que ocupa el número 13 entre todos los elementos.

La materia comercial del flúor, es el mineral fluorita, llamado también en espatoflúor o calcita (CaF_2 fluoruro cálcico). (46)

Debido a su abundancia y gran capacidad de combinación se encuentra también en el cuerpo humano, siendo necesario para el organismo y la salud. Por su comportamiento químico el ión flúor es fisiológicamente el más activo de todos los iones elementales, en presencia de una concentración baja de este ión puede producirse una inhibición o exaltación de ciertos procesos enzimáticos, y el propio ión puede dar lugar a interacciones de gran importancia fisiológica con otros componentes orgánicos o inorgánicos del cuerpo humano.

CLASIFICACION DE LOS FLUORUROS

Diseminados a lo largo y ancho de la superficie terrestre existe una apreciable cantidad de fluoruros. Se conoce en general dos tipos de fluoruros: los orgánicos (fluoracetatos, como fluorfosfatos y fluorcarbonos) y los inorgánicos. Con la excepción de los fluoracetatos los otros fluoruros orgánicos no se producen como tales en la naturaleza. (14, 35)

Tanto los fluoracetatos como los fluorfosfatos son acentuadamente tóxicos. Los fluorcarbonos son muy inertes (en virtud de las uniones flúor-carbono), y tienen baja toxicidad. Ninguno de los fluoruros orgánicos se emplea en fluoración. (24)

EFFECTO REDUCTOR DE LA CARIES.

En el decenio 1930-1940 se observó que los fluoruros ejercen influencia en la dentadura; inhibición pronunciada de la caries dental, y a dosis mayores perturbación de la formación del esmalte, influencia sobre la forma en las arcadas dentarias y sobre la gravedad y periodontopatías. (8)

El flúor actúa como un agente anticariogénico reduciendo la incidencia de caries dental en un 50% aproximadamente a concentraciones de una a dos ppm en el agua de consumo.

La incorporación de fluoruro in vitro es mucho mayor en el esmalte parcialmente desmineralizado de las lesiones incipientes

que en el esmalte sano adyacente. La remineralización también puede ser inducida por el fluoruro ya que ésta aumenta con aplicaciones tópicas de fluoruro al esmalte levemente gravado.

El esmalte superficial es menos soluble a los ácidos que el esmalte subyacente y la menor solubilidad se relaciona con las elevadas concentraciones de fluoruro en el esmalte superficial.

Solamente vestigios de fluoruro se disuelven durante la disolución del esmalte. El fluoruro vuelve a precipitarse como fluorapatita, y el esmalte residual aumenta en fluoruro y se hace más resistente a la disolución. En la boca la disolución por ácido es influida por la saliva. La saliva esta normalmente sobre saturada con respecto a la fluorapatita y a la hidroxiapatita, y la fuerza directriz esta en favor del depósito más que la disolución del esmalte. La placa dental tiende a actuar como barrera de difusión y anular el efecto protector de la saliva.

Durante una aplicación tópica de flúor se difunde en el esmalte cantidades significativas de fluoruro, dependiendo de la concentración de fluoruro, en la solución, el Ph y del tiempo de exposición. (35)

Existen varias teorías sobre el modo de acción de flúor en la prevención de la caries dental, pero existen dos que han suscitado gran interés:

1. La acción físico-química consiste en el fortalecimiento del esmalte en la formación de ácidos.

2. La acción antibacteriana; el flúor inhibe las enzimas bacterianas productoras de los ácidos que atacan el esmalte.

La primera es la más aceptada y mejor fundamentada.

Basándose en ella, se pueden resumir los complejos mecanismos de la reducción de la caries, así:

a) La incorporación del ión flúor, hace que éste sea más insoluble frente a los ácidos, mediante la formación de cristales más grandes y con menos imperfecciones, estabilizando las uniones, y presentando menos superficie, por unidad de volumen susceptible a ser disuelto.

b) El esmalte tendrá menos cantidad de carbonatos, lo cual reducirá también la solubilidad.

c) Al producirse la reprecipitación de los fosfatos de calcio disueltos, el flúor favorecerá su cristalización como fluorapatita.

Con respecto a la acción antibacteriana, ésta se basa en los siguientes aspectos:

a) La inhibición de los sistemas enzimáticos de las bacterias de la placa que producen los ácidos a partir de azúcar. Para que esto ocurra, el flúor debe estar presente como ión libre y no

unido a la placa; en la placa se encuentran unas 100 ppm de flúor pero solo en 2 o 3% existe en forma iónica libre.

b) La inhibición del acumulo de polisacáridos intracelulares. En esta forma se previene la acumulación de carbohidratos dentro de las células, impidiendo así la formación de ácidos aún cuando no haya ingesta.

c) Efecto bacteriostático de flúor, aunque solo se manifiesta con concetraciones mayores que las ideales. El flúor tiene efecto bactericida y bacteriostático sobre los estreptococos y, como es sabido el mutans es el principal formador de la placa. Esta acción está en relación a la concentración, habiéndose comprobado que 1 ppm afecta la producción de ácidos y altera la actividad metabólica, 250 ppm inhiben el crecimiento y 1000 pmm tienen efecto bactericida.

d) Produciendo la capacidad de la superficie donde absorber proteínas. (5)

VIAS DE INGESTA DE FLUOR.

La ingesta puede ser por los pulmones (aire inspirado), líquidos y sólidos. (34)

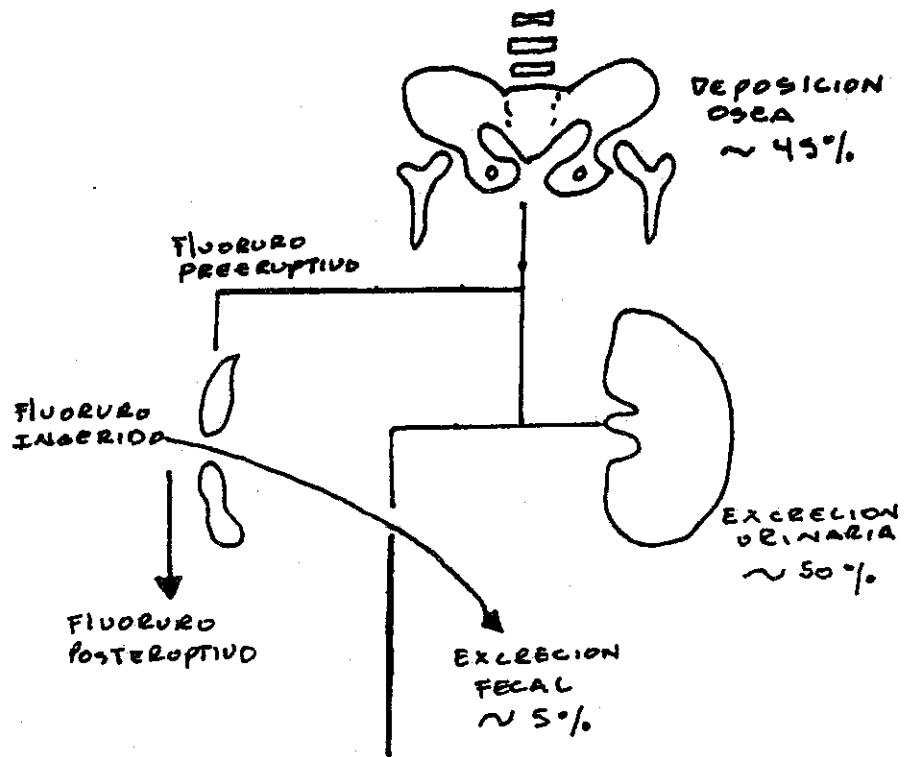


FIGURA. 1

DISTRIBUCION DE LOS FLUORUROS

AIRE

Pueden encontrarse concentraciones inusuales de fluoruro en el aire, en localidades cercanas a fábricas que producen acero o aluminio, donde el fluoruro es utilizado en dichos procesos, o bien donde se explotan y procesen minerales como criolita (Na_3AlF_6). Normalmente, el aire, debería contener aproximadamente 0.1 microgramos de fluoruro/ m ; mientras que concentraciones tan altas como 3 mg/m pueden ser inspiradas por

trabajadores en fábricas de aluminio. La absorción del fluoruro puede ser estimada de datos en huesos y orina. Por lo tanto, cuando aumenta la ingesta de fluoruro se encontrará más de éste en los huesos o en orina.

Gases o partículas de polvo, que contienen fluoruro, al ser inhalados, son absorbidos rápidamente, como se ha visto por el rápido aumento en el fluoruro urinario. (34)

AGUA POTABLE.

El uso de agua fluorada para beber o cocinar es la mayor fuente de flúor en la dieta. El consumo de agua está influenciado por la actividad física y variaciones en la temperatura ambiente y la humedad. Además de esto, en el caso de los niños, el consumo diario de agua está relacionado a la cantidad de líquidos ingerida, particularmente leche, bebidas envasadas y jugos de frutas. (31)

La concentración de flúor en aguas naturales fluctúa entre niveles casi no detectables y un valor reportado de 2800 ppm. El nivel óptimo para la reducción de caries dental sin producción indeseable de dientes moteados es de 1 ppm para climas templados, lo que provee una ingesta diaria total de 0.5 a 1 mg de flúor por día a niños durante el período de formación dental y 1.5 a 2 mg a adultos. (33)

EL FLUOR EN LA DIETA DIARIA DEL HOMBRE

El total del flúor en la dieta está afectado no solamente por la cantidad en alimento sino también por una serie de factores, que incluyen: la naturaleza del alimento, la cual está determinada por el valor cuantitativo de los alimentos en la dieta, la técnica de preparación, la cantidad de flúor en el agua usada para preparar el alimento, el contenido de flúor en condimentos, preservantes y la posible transferencia del flúor del recipiente utilizado en la cocción de alimentos. El flúor no se precipita durante la cocción y no es perdido grandemente por el consumidor; como consecuencia de la evaporación durante la preparación, aumenta la concentración de flúor de 1.5 a 3. (14)

En el caso de los fluoruros ingeridos con los alimentos, el agua u otras bebidas y las preparaciones fluoradas, el interés reside en la cuantía del flúor absorbido . Cuando el fluoruro se administra con un fin concreto (bien en dosis óptimas para la prevención de la caries dental o a grandes dosis durante un corto período de tiempo para el tratamiento de la osteoporosis), es esencial que el ión flúor sea absorbible. (35)

Posible cantidad de flúor en dieta diaria. Considerando que los alimentos en la dieta diaria pesan 2 Kg y el contenido promedio de flúor en los alimentos es de 0.3 a 0.5 mg/Kg, una persona

podría estar recibiendo 0.6 a 1 mg de flúor por día con los alimentos. (14)

Otra forma de hacer cálculos tentativamente, sería considerando el contenido promedio de flúor promedio por grupos de alimentos así: (14)

- I Pan y cereales 0.6mg/Kg
- II Vegetales y frutas 0.2mg/Kg
- III Carne y pescado 0.4mg/Kg
- IV Leche y derivados 0.2mg/Kg

Una dieta balanceada en el adulto debería consistir en:

- 600 gr. de alimentos del grupo I
- 600 gr. de alimentos del grupo II
- 250 gr. de alimentos del grupo III
- 500 gr. de alimentos del grupo IV

Ingestión a partir de los alimentos:

El flúor se ingiere normalmente con los alimentos en una cantidad promedio de 0.5 mg diarios, habiendo alimentos que lo contienen en mayor cantidad que otros (por ejemplo el pescado tiene 27 ppm, el té 1ppm) pero la mayor parte está incorporada a compuestos insolubles, por lo cual su influencia sobre el total de iones de flúor disponible es variable. (5)

Ingestión a partir de preparados fluorado: Para la prevención parcial de la caries se suelen utilizar comprimidos y pastillas que contienen 1 mg de F en forma de fluoruro sódico y que permiten administrar la dosis óptima necesaria. Si los comprimidos se ingieren con las comidas, la absorción del fluoruro es casi completa, si bien depende de la composición del régimen alimenticio; si se toman entre comidas, la absorción es tan completa como en el caso del fluoruro sódico ingerido con el agua.

Se ha señalado la posibilidad de que la ingestión de un comprimido diaria de 1mg de fluoruro, quizás resulte menos eficaz para prevenir la caries dental debido a la rapidez con que se absorbe y se excreta, que la administración de la misma dosis a lo largo del día en pequeñas cantidades por ejemplo mediante el suministro de agua potable fluorada; en vista de ello se ha propuesto el empleo de comprimidos de acción retardada, constituida por una mezcla de fluoruros solubles y poco solubles.

(35)

METABOLISMO DE LOS FLUORUROS

El metabolismo de los fluoruros se refiere a su absorción, distribución y excreción (Figura 2). El conocimiento detallado acerca de este asunto, se requiere debido al grado de retención de fluoruro en todo el cuerpo, el cual está asociado con los

efectos benéficos hasta ciertos niveles de ingesta más allá de éstos, pueden aparacer efectos adversos tales como la fluorosis dental. (44)

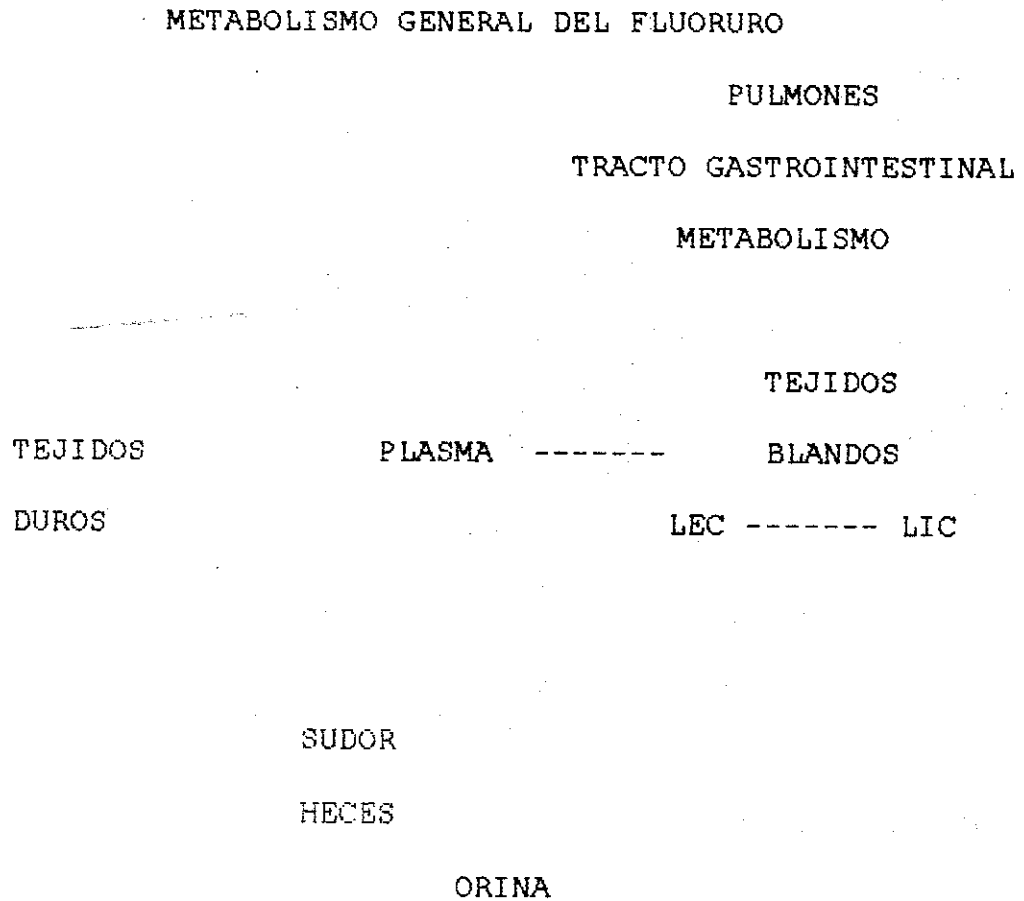


Figura 2. Metabolismo general del fluoruro. Los destinos finales del fluoruro absorbido en climas templados con su captura por los tejidos calcificados y excreción por la orina. La pérdida del fluoruro por el sudor puede ser una vía importante en los climas tropicales.

La relación entre la ingesta y retención de fluoruros no puede describirse mediante una simple ecuación. Esto último es cierto; tanto cuando se comparan diferentes individuos como cuando un mismo individuo es considerado.

Esta complejidad se deriva del hecho de que los aspectos cuantitativos del metabolismo de los fluoruros, pueden ser diferentes tanto en distintas personas como en una misma, en distintas épocas. (35)

ABSORCION DE FLUORUROS

Debe ser definida como el transporte de materiales a través del lumen del tracto gastrointestinal, donde son absorbidos, por los capilares y distribuidos en todo el cuerpo para su utilización. (34)

Sólo los estudios sobre el metabolismo humano proporcionan datos suficientes respecto a la proporción de fluoruros que se absorben en relación con la cantidad ingerida. (8)

Conviene recordar algunos aspectos generales:

- 1) Los fluoruros pueden proceder de fuentes orgánicas o inorgánicas.
- 2) Los compuestos inorgánicos de flúor se pueden clasificar en solubles, insolubles e inertes.

Los compuestos orgánicos, en función de su solubilidad, liberan iones flúor que posteriormente son absorbidos. En relación a los efectos del flúor es importante indicar, que solamente el ión flúor desempeña un papel importante. (8)

El flúor ingerido es rápida y casi completamente absorbido, al menos que haya sido ingerido en forma de sales insolubles o compuestos orgánicos. (33)

En el caso de los compuestos de flúor poco solubles es incompleta y depende de la solubilidad, de las propiedades físicas de los cristales, del tamaño de las partículas, del tipo de ingestión, etc..

Los compuestos de flúor inerte son tan estables que no liberan iones de fluoruro, por lo tanto la absorción es nula (el KBF_4 , por ejemplo, se elimina totalmente por la orina y las heces).

Los compuestos fluorados orgánicos (fluoracetatos, fluorfosfatos, hidrocarburos fluorados, etc.) se absorben o inhalan como tales, pues no dan lugar a iones flúor. (8)

MECANISMO Y LUGAR DE LA ABSORCION

La absorción de fluoruros es un proceso esencialmente pasivo, en el que no participa ningún mecanismo activo de transporte. (8, 32, 33) La absorción como ión flúor se realiza

mediante un mecanismo de difusión, que es modificado por la edad, y la ingesta anterior. (5)

Después de su absorción el flúor es distribuido por los líquidos extra celulares, siendo metabolizados en el organismo en dos formas:

- 1) Se produce el depósito, principalmente en el tejido óseo y dentario.
- 2) Excreción por vía renal.

En la etapa de depósito, la cantidad retenida se ve influenciada en primer lugar por la edad, ya que en los niños con tejidos duros en formación, puede haber una retención del 50% de la dosis diaria ingerida; en el adulto sólo se retendrá de 2 al 10%, mientras que en la vejez, en base a estudios realizados el incremento de la fijación del fluoruro, contrarestaría la osteoporosis senil. (36, 41)

En segundo lugar, también influye la ingesta previa, ya que cuando menor sea la demanda existente, mayor será la eliminación, que si bien se cumple casi totalmente por el riñón, existe también una pequeña excreción fecal de flúor no absorbido, habiendo además, pequeñas cantidades en la leche, la saliva y la transpiración, pudiendo llegar esta última a cantidades apreciables en épocas y zonas calurosas.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

Otro factor que hace variar la absorción del flúor, es la presencia de calcio (el cual precipita en forma de fluoruro de calcio), cuya solubilidad, disminuye sensiblemente la presencia de iones flúor libres. Esta acción bloqueadora de calcio, fue demostrada experimentalmente por Sognaes y colaboradores (36) quienes observaron que al suministrar flúor con agua destilada, se obtenía una absorción del 90% mientras que, si se le agregaba una pequeña porción de cloruro de calcio, la absorción descendía al 25%.

Más del 95% de la absorción del flúor ingerido ocurre a través de la mucosa gastrointestinal, ganando acceso a los fluidos y tejidos del cuerpo humano. La absorción también puede ocurrir a través de la mucosa bucal, particularmente de soluciones acidificadas, pero la tasa es muy baja comparada con la absorción gastrointestinal. (5,33,34,44)

Como se mencionó con anterioridad este proceso es realizado por difusión directa y simple, más que por transporte activo, que requiere energía y procesos enzimáticos.

La tasa de absorción de los fluoruros que se ingieren es usualmente rápida, toda vez que se trate de fluoruros solubles en agua y que los iones que pueden combinarse con los fluoruros estén en muy bajas concentraciones (calcio, magnesio, hierro, aluminio).

Generalmente, se acepta que si se reúnen estas condiciones, la mitad del tiempo para la absorción es de aproximadamente 30 minutos (el tiempo que toma absorberse el 50% del remanente del fluoruro no utilizado). Hasta el 75% de una dosis ingerida se absorberá en la primera hora y aproximadamente el 90% en 8 horas.

Los niveles de flúor en el plasma aumentan en las mediciones antes de los primeros 5 minutos que siguen a la ingestión. Esto indica que a diferencia de muchas otras sustancias, los fluoruros son rápidamente absorbidos a través de la mucosa gastrointestinal. (35,44)

Este proceso es influenciado por el pH del medio, y si este es menor de 3 la mayor cantidad de flúor está en forma de HF cuyas moléculas, por ser de volumen más pequeño que el ión flúor, se difunden más rápidamente; por esto al ser el pH del estómago de 1 a 3, llega a una rápida penetración y absorción directamente desde este órgano. (5)

Estudios realizados en animales de laboratorio han demostrado que la tasa de absorción de los fluoruros a partir mayor cuando la acidez de su contenido alcanza el punto máximo. Este hallazgo sugiere que la difusión del ácido débil, ácido fluorhídrico (HF; $pK_a=3.4$), es el mecanismo subyacente de la absorción. Por lo tanto, la magnitud y el tiempo que toman los

fluoruros para alcanzar su punto máximo en el plasma, están inversamente relacionados con el pH del contenido gástrico. (44)

Se ha demostrado que:

- 1) Existe una relación directa entre la velocidad de la difusión y el área de la pared intestinal a través de la que tiene lugar éste proceso.
- 2) Que los tóxicos enzimáticos (ejemplo cianuro sódico, yodoacetato sódico o 2.4-dinitrofenol) no alteran la difusión de dentro a fuera de las distintas partes del intestino.
- 3) Las variaciones de la temperatura entre 30 y 37 grados Centígrados no ejercen influencia alguna en la difusión del ión fluoruro a través del intestino.

Estas observaciones indican que los iones flúor se absorben por un proceso de difusión normal a través de la pared gastrointestinal. (35)

La absorción de los fluoruros disueltos en el agua potable es casi total (86-97%) y no depende de la concentración del ión flúor que puede variar desde vestigios hasta 8 ppm o más.

Cabe preguntarse hasta que punto la dureza del agua puede dificultar la absorción del fluoruro. A este respecto se sabe que, entre todos los elementos inorgánicos que se encuentran en el agua potable, sólo el calcio y el magnesio suelen alcanzar una

concentración suficiente (de 1ppm en las aguas muy blandas a 100 ppm en las muy duras) para combinarse con el ión flúor.

Se ha señalado que en las aguas potables que contienen 1 ppm de flúor, el 0.03 a 2.8% de este se encuentra unido al calcio y el 0.3 al 2.8 al magnesio según la dureza del agua. No obstante, en cualquier agua potable con un contenido de flúor hasta 16 ppm y un pH de 5 o más. La totalidad del flúor se encuentra en la forma de iones flúor que puedan absorberse casi completamente.

Tanto los compuestos de flúor que se encuentran naturalmente en el agua como los que se añaden a la de abastecimiento público (NaF, Na₂SiF₆, HF, (NH₄)₂ SiF₆) con el objeto de aumentar hasta un ppm la concentración de flúor, libera iones de flúor que son absorbidos casi totalmente en el conducto gastrointestinal. (8)

Todas las bebidas contienen, como es lógico, los iones de flúor presentes en el agua utilizada para su preparación. Este fluoruro se absorbe en la misma medida que el contenido en el agua. Tampoco existe diferencia alguna entre el agua corriente y las aguas minerales y los vinos (que pueden contener hasta 10 ppm y 6 ppm de F, respectivamente) en lo que se refiere a la absorción de iones flúor.

La absorción de los fluoruros presentes en la leche y en el té se ha estudiado utilizando ¹⁸F y concentraciones de F de 1 y

4 ppm han sido reportado. (9,36) Se ha observado que la absorción del fluoruro ingerido con la leche es más lenta que la del ingerido en el agua, si bien los porcentajes finales de absorción son casi iguales, se estima que este retraso de la absorción podría deberse a la coagulación de leche en el estómago y a una difusión incompleta de los fluoruros.

El té es una fuente natural de flúor relativamente importante, el contenido de fluoruros, varía según los tipos de té entre 3.2 y 400 ppm en peso del producto fresco. El té que se consume diariamente contiene unas 100 ppm de fluoruros; de esta cantidad se extrae un 90% al preparar la infusión, con lo que la concentración de flúor que esta viene a ser de 1ppm. Se ha demostrado que el fluoruro del té se absorbe algo más difícilmente que el agua. (8)

La absorción de los fluoruros presentes en los alimentos depende de la solubilidad de los fluoruros orgánicos presentes en la dieta y de la riqueza en calcio de esta.

Aproximadamente se absorbe el 80% de los fluoruros existentes en la alimentación humana. Si se añaden compuestos de calcio (fostatos o carbonatos cálcicos) o de aluminio, la absorción disminuye de una manera notable (hasta un 50%) debido a que el flururo se combina para dar compuestos menos solubles con el consiguiente aumento de la cantidad eliminada de las heces.

Los compuestos de flúor solubles que se añaden a la dieta normal del hombre se absorben con la misma facilidad que si estuvieran disueltos en agua, mientras que la absorción de los compuestos de flúor menos solubles añadidos a los alimentos es un 20% menor. (8)

LUGAR DE LA ABSORCION

Los trabajos con el ^{18}F realizados en el hombre y en los animales domésticos hacen pensar que la absorción de los fluoruros se efectúa en el estómago y porciones del intestino delgado, a juzgar por la rápida aparición de éstos en la sangre.

Los experimentos in vitro han demostrado el paso del ión fluoruro a través de la pared gástrica como del conducto intestinal.

Según estudios realizados por Stookey, Crane y Muhler, en animales, el fluoruro se absorbe en la totalidad del conducto gastrointestinal, y posiblemente en el hombre suceda lo mismo. El fluoruro se absorbe rápidamente y se excreta al poco tiempo por la orina, donde en las 12 horas siguientes a la ingestión, puede encontrarse por lo menos el 75% de fluoruro. (8,35)

El fluoruro puede penetrar ocasionalmente en el organismo por absorción cutánea por ejemplo cuando se maneja fluoruro de hidrógeno. La absorción de fluoruro en forma de fluoruro de hidrógeno, vapores o polvo de compuestos fluorados puede tener

importancia en el campo de la higiene del trabajo. La absorción del fluoruro por los pulmones es rápida y casi total. (8)

DISTRIBUCION

Debido a la presencia casi universal del flúor en los alimentos y en agua, la ingestión de este elemento es inevitable, muy probablemente se ha producido a lo largo de todo proceso evolutivo del hombre. Esta circunstancia explica la presencia constante de fluoruro en los tejidos y en los líquidos orgánicos. (8)

Después de la absorción, los fluoruros pasan a la sangre para su distribución en todo el cuerpo y su excreción parcial. (44)

Las concentraciones plasmáticas normales del flúor se ubican de 0.02 a 0.05 ug/ml cuando se tiene una ingesta óptima de 1.5 a 4 mg por día; en colectividades con agua fluorurada a razón de 1mg. por litro el nivel fluoruro en el plasma en ayunas, es de 0.02 mg. por litro aproximadamente y su concentración en orina es unas 50 veces mayor. Después de la ingestión de fluoruros (dieta, agua) y su absorción, su concentración en el plasma empieza a subir casi de inmediato, antes de los 5 minutos, hasta alcanzar su valor máximo una hora después (de 30' a 60'). De tres a seis horas después se aproxima a los niveles anteriores de la

ingestión. (11) El plasma constituye un medio adecuado para determinar el contenido de fluoruro en los líquidos orgánicos. Los resultados son más precisos que en la sangre completa, debido a la desigual distribución de fluoruro entre los glóbulos rojos y el plasma. A igualdad de volumen, el contenido de fluoruro de los hematíes equivale al 40-50% del plasma, en el que se encuentran las tres cuartas partes de fluoruro hemático total.

Existen en el organismo mecanismos reguladores que mantienen casi constante la cantidad de fluoruro en el plasma y, por consiguiente, en otros líquidos orgánicos (40). Estos mecanismos entran en acción en caso de variaciones notables de la cantidad de fluoruros ingeridos con los alimentos o en presencia de ciertos procesos metabólicos anormales, con el resultado de que el fluoruro absorbido sólo produce una variación ligera y transitoria de la concentración plasmática. La regulación de la concentración de fluoruros se basa fundamentalmente en el gran volumen de líquidos extracelulares en los que se diluye el fluoruro absorbido (8).

Las concentraciones de fluoruro en el plasma y otros fluidos orgánicos no son regulados homeostáticamente a niveles fijos como se creía, sino por el contrario ellos reflejan el nivel de ingesta de fluoruros en el individuo. (44)

La concentración de fluoruros en el plasma de adultos que viven en un área donde el agua contiene el ión flúor a un nivel de 1 ppm, es aproximadamente 1.0 micromoles por litro (1.0 micromoles o 0.019 ppm).

Tal como se indicó anteriormente, sin embargo, la ingesta es sólo un aspecto de ese asunto. Los niveles de flúor en el plasma, orina y tejidos, también son influenciados por los aspectos cuantitativos del metabolismo de los fluoruros en cada individuo, al grado de que ellos pueden no estar directamente relacionados con la ingesta de los fluoruros. (44)

Del plasma los fluoruros se difunden hacia los fluidos extra e intracelulares de la mayoría de los tejidos blandos donde rápidamente se establece una distribución de equilibrio dinámico. (44) Se exceptúan los tejidos del cerebro y tejido adiposo, donde la penetración es lenta y las concentraciones de fluoruro son relativamente bajas.

El término "equilibrio dinámico" indica que las concentraciones de flúor en los fluidos extra e intracelulares no son iguales, (los niveles intracelulares son ligeramente menores) además de que cambian proporcional y simultáneamente.

De esta manera, después de consumir sal fluorada o fluoruro de otras fuentes, se da un incremento temporal en los niveles de fluoruros del plasma y de otros fluidos del cuerpo humano. Estos

fluidos incluyen los especializados del cuerpo humano, con la saliva de los conductos salivares, el fluido del surco gingival, la bilis y la orina. Durante el curso del día y de acuerdo al patrón de ingestión, sin embargo, los fluidos orgánicos elevan sus niveles de fluoruros y luego caen varias veces. (44)

Mientras los niveles de plasma aumentan, las concentraciones de fluoruro en los diferentes tejidos blandos también se elevan.

El punto más alto de los niveles en el plasma usualmente sigue a una rápida caída en la concentración. Esto se debe, a que la cantidad total de fluoruro gran parte ha sido absorbida y a que una rápida clarificación del plasma ocurre en los riñones y los tejidos calcificados. (44)

Por el comportamiento del flúor en el plasma descrito anteriormente, perfectamente se puede llevar a cabo el control de ingesta de flúor; sin embargo, es importante considerar que la punción venosa para la obtención del plasma, representa un primer tropiezo en estudios de población tanto por su alto costo como por la poca participación en forma voluntaria de las personas seleccionadas; además las concentraciones tan bajas de flúor en el plasma nos lleva al límite de sensibilidad del electrodo específico ($10^{-6}M$) usado para su medición, debiendo usarse el método de difusión y no el directo, aumentándose el costo y el tiempo de análisis. (11) Es importante tomar en cuenta que las

concentraciones de flúor de la orina que entra a la vejiga, concuerda minuto a minuto con los niveles de flúor en el plasma aun cuando los niveles de flúor en la orina son más alto. (44)

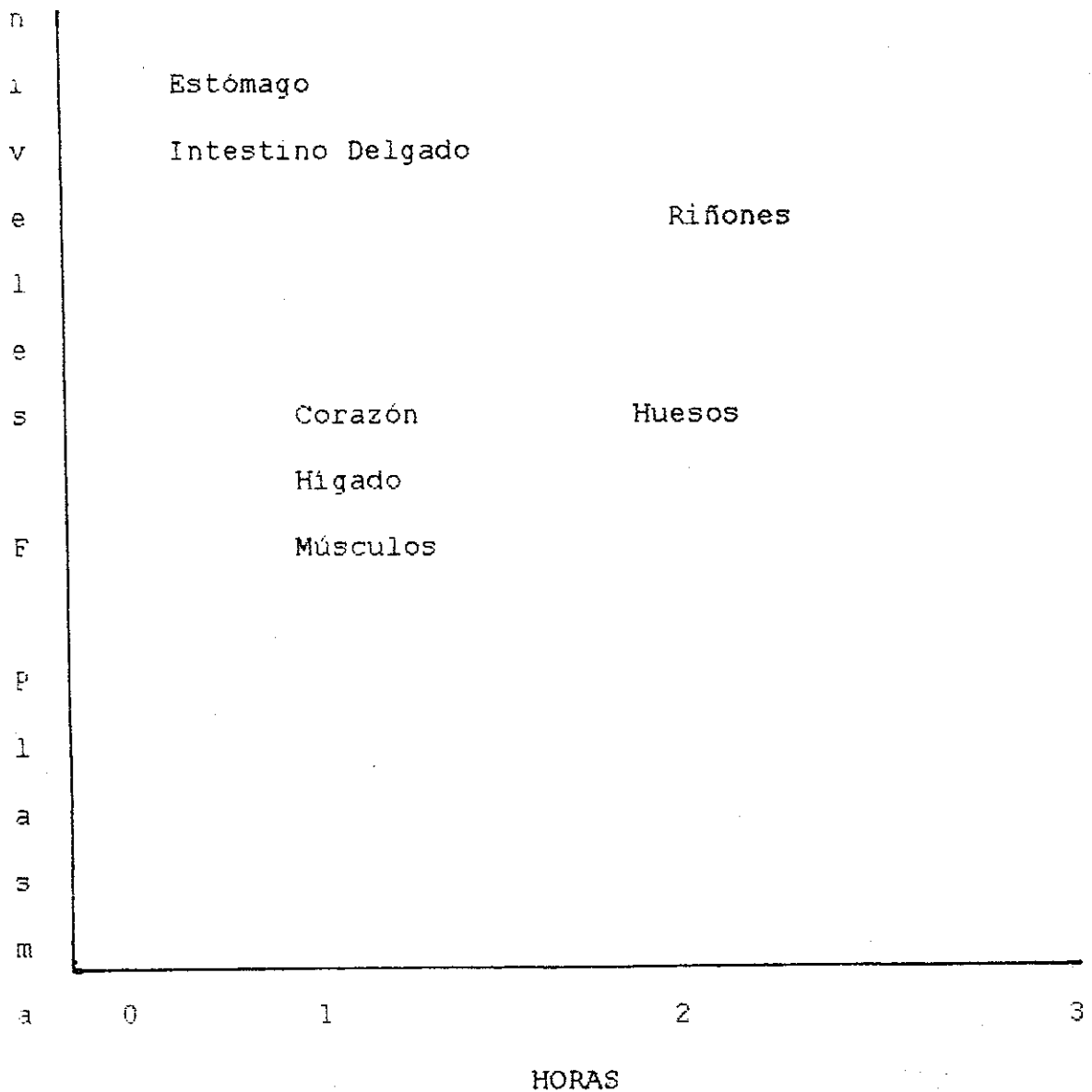


Fig. 3 Cambios de las concentraciones de fluoruro en plasma después de la ingesta de pequeñas cantidades del ión. Se muestran los tejidos principales que determinan el curso. Las concentraciones no son indicadas; dependerán del tamaño de la

dosis. El punto más alto usualmente se alcanza entre 30 y 60 minutos.

El fluoruro posee una notable afinidad por los tejidos duros y se encuentran en todas las muestras de huesos y dientes analizadas. Posiblemente ellos se debe a que no existe alimento alguno ni agua natural que no contenga fluoruros, siquiera sea en forma de indicios. Aunque la cantidad de fluoruro ingerida sea muy pequeña, aproximadamente la mitad pasa a los tejidos duros y queda retenida en ellos, mientras el resto se excreta rápidamente.

La proporción de los fluoruros retenida en diferentes partes del esqueleto y en los dientes depende de la cantidad ingerida y absorbida por el organismo, de la duración de la exposición al fluoruro y de la localización, el tipo y la actividad metabólica del tejido. (8,14).

Debido a la gran afinidad del flúor por la apatita, los tejidos calcificados adquieren, las más altas concentraciones del ión de todos los tejidos, aproximadamente el 99% del ión flúor se asocia a estos tejidos. (33,34) En ellos existe fundamentalmente en la forma de fluorapatita ($\text{Ca}_{10} (\text{PO}_4)_6 \text{F}_2$). En esta fase está grandemente unida a los minerales pero no es irreversible.

En los tejidos calcificados, la concentración de fluoruro va en disminución por este orden: cemento, hueso, dentina y esmalte.

Los tejidos calcificados, normales o ectópicos, tienden a fijar fluoruro, existiendo una relación lineal entre el contenido de fluoruro del esqueleto humano y del aguas potable. Esto se debe, a que la mayor parte del fluoruro que se ingiere proviene del agua, aunque esta aportación puede variar. El fluoruro se fija en la matriz cristalina mineral de los huesos y dientes, y posiblemente también en la superficie de los cristales. (8)

El factor que más fuertemente influencia la toma de flúor por los tejidos calcificados es la edad de las personas, es decir el estado de desarrollo del esqueleto. (44,48) Existen varios hallazgos relevantes en estudios hechos en humanos. Zipkin y colaboradores informaron que la concentración de fluoruro en muestras de orina de niños fue aproximadamente la mitad de la encontrada en adultos. (48) Gedalia, por su parte informó que las concentraciones de flúor en la orina de niños de 1 a 3 años de edad, eran tan sólo la mitad de aquella de niños de 4 a 6 años de edad. (16)

El cambio rápido de los tejidos esqueléticos durante el crecimiento, es un factor en la retención esquelética de fluoruro. La "creación" de fluoruro durante el crecimiento rápido del esqueleto resulta esencialmente en dos mecanismos:

1. La actividad metabólica mayor de los constituyentes del hueso recién formado con el mayor índice de deposición de fluoruro y

2. La incorporación de fluoruro en los tejidos como crecen y aumentan de tamaño.

Un tercer factor que podría considerarse, es la ausencia de grandes cantidades de fluoruro anteriormente depositado. (14)

Los factores que determinan la incorporación del flúor a las estructuras dentales son esencialmente los mismos que en el caso de los huesos. Al igual que estos, los dientes también fijan el fluoruro más rápidamente durante el período del crecimiento y del desarrollo. Sin embargo el tejido dentario se diferencia de los huesos en que una vez formado, no se estructura. Por otra parte, la poca permeabilidad de la dentina madura y sobre todo del esmalte, determina una restricción iónica que no se observa en el tejido óseo. En las fases iniciales de la odontogénesis, la escasa calcificación apenas dificulta el transporte iónico. Por lo tanto, durante los períodos de formación y calcificación es máxima la absorción de fluoruro por la dentina y el esmalte. Aún después de terminado el crecimiento, la fijación de fluoruro sigue siendo apreciable durante algún tiempo, probablemente porque los dientes incompletamente calcificados prosiguen su proceso de mineralización. (14)

EXCRECION

El fluoruro, constituye un excelente ejemplo de elemento acumulativo por las características de su deposición en el hueso.

Como la exposición prolongada y excesiva al fluoruro no sólo se traduce por la aparición de grandes concentraciones de flúor en el sistema óseo sino también por ciertos efectos nocivos característicos en las estructuras dentarias, (fluorosis) el problema de la eliminación es de gran importancia. El fluoruro se excreta en la orina, la piel descamada, el sudor y las heces. También se encuentran pequeñas cantidades de fluoruro en la leche, la saliva, el cabello y probablemente en las lágrimas.

(8)

EXCRECIÓN FECAL:

Aproximadamente del 5 al 10% de la excreción diaria de fluoruro se realiza por las heces; sin embargo, si la alimentación contiene compuestos de flúor, relativamente insolubles o compuestos que precipitan el fluoruro (ej: sales de calcio o aluminio), la excreción fecal puede ser considerablemente mayor, llegando hasta el 30% o más. Por lo anterior, además de lo difícil de manipular este tipo de materia y la dificultad de manejar cantidades exactas de la misma, son

EXCRECION POR EL SUDOR:

En un ambiente confortable la pérdida diaria del fluoruro por el sudor es probablemente insignificante. En individuos sometidos a una temperatura de 30 C aproximadamente y a una humedad relativa del 50% el fluoruro eliminado por el sudor puede representar el 25% de la excreción diaria total.

Lo difícil de la recolección de este tipo de muestra, no nos permite evaluaciones de población así como la determinación de la excreción en 24 horas.

EXCRECION POR LA SALIVA:

Sólo una cantidad insignificante del fluoruro total ingerido se excreta por la saliva, la misma obtenida del conducto de la parótida presenta unos valores medios de un 70 a 80% de los valores del plasma, lográndose una aproximación de las concentraciones de fluoruro circulante.

Aunque la metodología de recolección de muestra, principalmente de la glándula parótida se logra estandarizar y ejecutar en un tiempo aproximado de 4 minutos, para estudios de población y excreción en 24 horas no se presenta como una buena alternativa; además de que sus niveles de fluoruro están usualmente cerca del límite de sensibilidad del electrodo, al

igual que en plasma, aumentando el costo y el tiempo del análisis.

EXCRECION URINARIA:

La principal vía de excreción del fluoruro es la urinaria, siendo ésta la que mantiene el equilibrio fisiológico ya que a mayor ingesta, mayor excreción. (5) La cuantía de la excreción, está gobernada por varios factores: a) la ingestión total de flúor, b) la forma de la ingestión, c) el carácter regular o accidental de la exposición del individuo al fluoruro y d) el estado de salud del individuo, sobre todo en lo referente a enfermedades renales avanzadas. (8)

En los adultos, la excreción urinaria de fluoruros en 24 horas suele oscilar entre el 40 y 60% de la ingestión diaria, considerándose como una regla que lo excretado representará un 50%, aunque no es infrecuente observar valores fuera de este margen, ya que en la excreción intervienen variables de la función renal como: ritmo de filtración glomerular, velocidad de flujo urinario (valores en plasma mayor de 0.6 mg. por litro, provocar un aumento pasajero de la velocidad del flujo urinario) y el PH de la orina, con una alcalinidad más grande, que dan un promedio más alto de excreción del fluoruro.

Por consiguiente la orina constituye el fluido orgánico que presenta las mejores características para evaluar ingesta de flúor, como son: su alta concentración con respecto a otros fluidos, su fácil obtención, excreción en forma inmediata, etc.

(8)

Influencia de las condiciones de ingestión del fluoruro:

Se considera que la concentración de fluoruro en la orina es uno de los mejores índices de la ingestión del ión flúor. Ahora bien, a analizar la importancia de la concentración urinaria es conveniente distinguir por lo menos dos grupos de individuos basándose en las condiciones en que ingieren el fluoruro. (7)

1. Individuos cuya ingestión es bastante constante. La concentración urinaria de fluoruro puede variar en ellos si ingieren cantidades variables de fluoruro con la alimentación usual o si beben cantidades variables de agua. Sin embargo, si se estudian a lo largo de meses, la ingestión, la excreción urinaria y las concentraciones óseas de fluoruro tienden a alcanzar, al menos superficialmente, un estado de equilibrio. En la mayoría de estos grupos la concentración urinaria de fluoruro suele ser bastante baja (1 a 2 ppm o incluso menos).

Ciertos grupos, sin embargo, están extraordinariamente expuestos al fluoruro por diversas razones: exposición laboral, presencia de fuertes concentraciones de flúor en el agua potable

o consumo excesivo motivado por la elevada temperatura ambiente, etc. En estos grupos se encuentran concentraciones urinarias de fluoruro mucho más altas, pero es de suponer que también acaban por alcanzar un estado de equilibrio. (8, 48)

2) Individuos que a intervalos irregulares sufren una exposición al fluoruro breve pero intensa. Estos sujetos se mantienen "relativamente inexpuestos" en el estudio de que sus tejidos óseos no están en absoluto "saturados". En los períodos transitorios en que la ingestión de fluoruro es anormalmente elevada, los rápidos procesos de distribución y excreción del fluoruro a) depositan aproximadamente la mitad del exceso de este en el sistema óseo y b) eliminan del organismo el resto por la orina. Excreción de fluoruro en los individuos constantemente expuestos.

Relación entre la concentración urinaria y la ingestión.

En el hombre, la concentración de fluoruro depende en gran parte de la concentración de este en el agua potable, ambas son equivalentes.

La concentración urinaria de fluoruro en los habitantes de poblaciones que consumen agua rica en flúor varía entre amplios límites. En una colectividad abastecida con agua fluorada a razón de 1 ppm, la concentración urinaria normal oscila entre 0.5 y 1.5 ppm. (8) Estudios realizados por Zipkin, Likins, McClure y

Steere, (48) muestran que el contenido de fluoruro en la orina de adultos, correspondía estrechamente al contenido natural de flúor en el agua de consumo. En lugares donde el agua estaba libre de flúor el contenido del ión en la orina en adultos fue de 0.3 a 0.5 ppm.

En el agua fluorada artificialmente a 1 ppm, la concentración urinaria de flúor en adultos que la bebían aumentó en un lapso de 1 a 6 semanas a 1 ppm. En otro estudio realizado por Smith, Gardner y Hodge (40) se estudiaron dos poblaciones con contenidos de flúor en el agua de consumo de 0.06 ppm y 1.0 - 1.36 ppm respectivamente. Se observó que, a medida que la concentración de flúor aumentó de 0.06 a 1.36 ppm (veinte veces más), la concentración urinaria media aumentó de 0.06 a 1.12 ppm (diecinueve veces más).

Las personas que han residido muchos tiempo en poblaciones que consumen agua fluorada y en las que se llega probablemente a un balance equilibrado de fluoruro, acaban por excretar una cantidad diaria de flúor prácticamente igual a la que ingieren. Cierta proporción de la cantidad diaria ingerida se almacena en los huesos, pero esta retención queda compensada por el flúor movilizado de los depósitos del esqueleto.

Un individuo que bebiera un litro de agua diario y excretara un litro de orina con la misma concentración de flúor tendría un

balance equilibrado de fluoruro. Sin embargo, este cálculo tan simple puede conducir a interpretaciones erróneas.

Los alimentos aportan casi la mitad de la ingesta hídrica total y, salvo en casos de intensa sudoración, casi la mitad del agua ingerida se pierde insensiblemente por los pulmones. Así pues, el hecho de que las concentraciones de fluoruro en el agua y en la orina coincidan, refleja la relación normal entre el consumo de agua potable y la excreción urinaria que tiene lugar en un estado de equilibrio de fluoruro. (8)

Variaciones individuales

Las concentraciones urinarias de fluoruro varían característicamente de hora en hora, de día en día y de individuo en individuo. La excreción de fluoruro es tan rápida que en la muestra de orina recogida a las 3 horas de la ingestión se encuentra ya una proporción apreciable de la cantidad total de fluoruro que se eliminará por ésta vía; por otra parte, si el individuo ingiere gran cantidad de líquidos puede emitir una orina diluída con una concentración más baja en fluoruro.

También los hábitos del individuo son importantes; por ejemplo, si una persona bebe mucho té o consume con frecuencia algún otro alimento con alto contenido de flúor, excretará más

fluoruro que otra persona que no consuma dichos alimentos sino por ejemplo, agua poco fluorada. (8,33,44)

Excreción en los individuos poco expuestos

La rapidez de la excreción es una de las principales características del comportamiento del ión flúor en el organismo.

Cantidades tan pequeñas como 1.5 mg a 5 mg tomadas en un vaso de agua, se absorben y excretan tan rápidamente que a las 3 horas de ingestión se puede encontrar el 20% del fluoruro ingerido, en la orina. Zipkin, Lee y Leone (49) realizaron un estudio, donde se determinaron valores de excreción de flúor en adultos normales: a) bebiendo agua con un contenido de 1 ppm de flúor y b) recibiendo una dosis adicional de 5 mg de flúor en forma de NaF.

Cuando los sujetos de estudio bebieron agua conteniendo 1 ppm de flúor, el fluoruro fue eliminado en forma relativamente constante a razón de 0.1 mg / hora. El fluoruro se eliminó con gran rapidez durante la primera hora luego de la ingesta adicional de 5 mg de flúor. Luego de ello el valor bajó rápidamente y al cabo de 8 horas se aproximó al valor de 0.1 mg/hora (valor basal) observado cuando se ingirió el agua con 1 ppm de flúor.

Esta rápida excreción tiene gran importancia como mecanismo protector en caso de intoxicación grave por fluoruro: en general,

o el individuo fallece a las 4 horas siguientes a la intoxicación o recobra la salud. La brevedad de este período crítico se debe en parte a la rápida eliminación del flúor de la sangre y los líquidos extracelulares por vía renal y en parte a la celeridad con que se deposita en sistema óseo. (23)

Hennon, Stookey, Muhler (22) colectaron muestras de orina y sangre de adultos jóvenes luego de haber ingerido 1.0 mg de fluoruro (NaF) en tabletas vitamínicas. La concentración de fluoruro en la orina, aumentó significativamente durante la primera hora (2.5 ppm), alcanzó un máximo en término de 2 horas (2.56), y se mantuvo constante por un período de aproximadamente de 3 a 6 horas, luego de lo cual la concentración regresó al nivel de "control" (0.73 - 0.91 ppm).

En los individuos poco expuestos al fluoruro y los que se les administra una dosis única, la mitad aproximadamente se excreta por la orina en las 24 horas siguientes y la otra mitad se deposita en el sistema óseo.

Largent (25) recogió durante muchos meses muestras de todos los alimentos y bebidas que tomaba, así como de todas sus excreciones, con el fin de medir con exactitud la retención de fluoruro ingerido en dosis diarias de 1-18 mg. Este estudio de balance demuestra claramente que la retención de fluoruro sigue

Largent (25) recogió durante muchos meses muestras de todos los alimentos y bebidas que tomaba, así como de todas sus excreciones, con el fin de medir con exactitud la retención de fluoruro ingerido en dosis diarias de 1-18 mg. Este estudio de balance demuestra claramente que la retención de fluoruro sigue una progresión lineal que revela un almacenamiento del 50% del fluoruro absorbido.

La prueba más clara de los diferentes reacciones del esqueleto del niño y del adulto se encuentran en los análisis de muestras de orina realizados en el condado de Montgomery, (Maryland, Estados Unidos), antes y después de la fluoración del agua potable. La concentración urinaria de fluoruro en los adultos de 30 a 39 años aumentó inmediatamente después de fluorar el agua, pasando en un mes de 0.3 ppm a 1 ppm, que era la concentración utilizada en el agua potable, y manteniéndose a partir de entonces entre 0.9 y 1.0 ppm. La concentración urinaria de flúor en los niños de 5 a 14 años sólo ascendió de 0.3 ppm a 0.6 ppm en tres meses, para alcanzar 0.8 ppm a los dos años y 0.9 ppm a los tres. "La diferencia en la concentración de flúor en la orina de adultos y niños (que no habían consumido agua fluorada antes de la fluoración con 1 ppm de flúor), durante el período inicial de exposición a agua fluorada, sugiere que la

madurez del tejido óseo humano, influye en su capacidad para retener fluoruro."(48)

El esqueleto de los sujetos más jóvenes con sus numerosos cristales hidratados, pequeños y pesados, es mucho más eficiente para la remoción del flúor del fluido extracelular que el esqueleto de aquellos individuos más viejos, que es más denso y compacto. (44)

MECANISMO DE LA EXCRECION URINARIA

La extraordinaria rapidez con que se elimina el fluoruro se manifiesta claramente en el hecho que 1 mg de fluoruro, consumido, absorbido y probablemente distribuido en la reserva halogenada normal del organismo (100 a 150 gms de Cloruro), es tratado por el riñón de un modo tan rápido que aproximadamente la tercera parte aparece en la orina de las 4 horas siguientes a la ingestión. Varios estudios han demostrado que no parece necesario buscar un mecanismo especial de excreción si se demuestra que la depuración renal puede explicar por sí sola la celeridad con que aparece en la orina una proporción apreciable de una pequeña dosis oral. Otros estudios señalan la depuración de fluoruro a) fue siempre mayor que la de cloruro, b) aumentó con el flujo urinario y c) fue siempre inferior a la depuración de creatinina.

La rapidez de la excreción urinaria de flúor puede explicarse por la acción de los mecanismos renales normales sin necesidad de pensar en una secreción tubular de fluoruro, ya que como se mencionó anteriormente, la depuración de fluoruro es menor que la de creatinina. No cabe duda pues, de que la eliminación de fluoruro de la circulación se hace por filtración glomerular y que la rapidez de su excreción puede atribuirse a una reabsorción tubular menos eficaz. (8,31)

La primera determinante de la excreción renal de fluoruro, es la tasa de filtración glomerular (TFG). Esta es la velocidad mediante la cual el ultra filtrado del plasma pasa a través de los capilares glomerulares y entran en los túbulos del riñón. Esto constituye un ultra filtrado, dado que es esencialmente idéntico al plasma en su composición, excepto que no contiene eventualmente proteínas. La tasa mediante la cual el fluoruro entra a los túbulos, por lo tanto, es igual al producto de la TFG y la concentración de flúor en el plasma.

$$\text{Tasa de filtración} = (\text{TFG}) ([F]_p)$$

Por ejemplo, si la tasa de filtración glomerular era 125 ml/min y la concentración plasmática de fluoruro de 1.0 μM , entonces la cantidad filtrada sería de 125 nanomoles por minuto.

A los 2 o 3 años de edad y luego a través de la mayor parte de la edad adulta, la tasa de filtración glomerular se estabiliza a

un valor fraccional relativamente constante del peso corporal (1.3 a 2.0 ml/min/kg) (Fig. 4a). A medida que disminuye la masa renal funcional en la senectud o en ciertos tipos de enfermedad renal, se reduce la tasa de filtración glomerular. También se reduce durante el sueño, el ejercicio moderado o fuerte y en los períodos de tensión física o emocional.

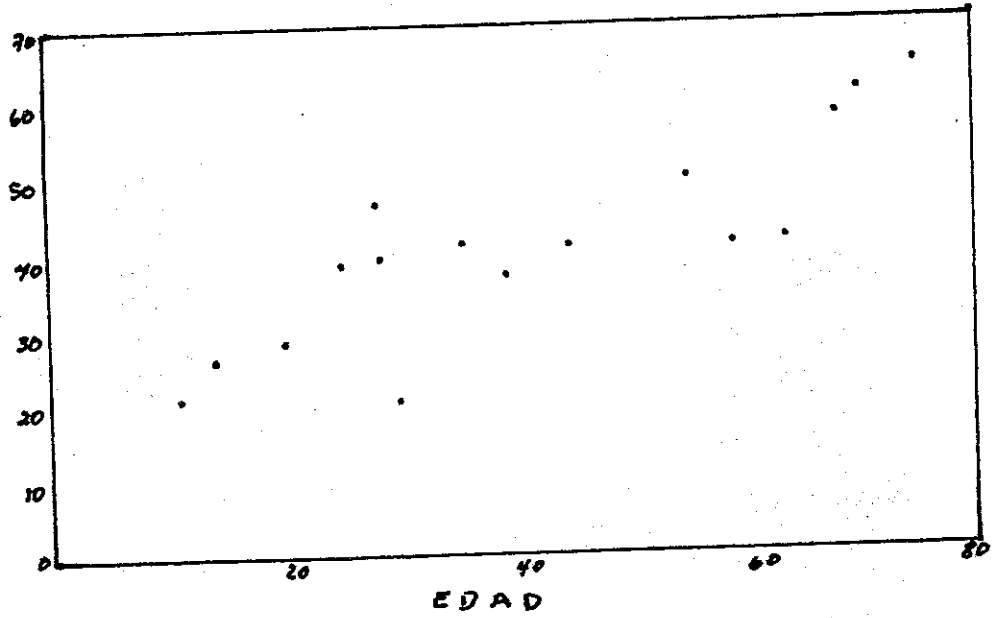
Comparado con las personas que viven a nivel del mar, las que reciben en alturas de 10,000 pies o más, tienen tasa de filtración glomerular menores hasta el 30%.

En la figura 4b se muestra la relación que existe entre los niveles de fluoruro del agua de bebida y la orina. Si no hay otras fuentes significativas de fluoruro (tales como mucha concentración en el aire, alimentos con concentraciones realmente altas, compuestos fluorados utilizados para la aplicación tópica u oral); entonces los niveles de fluoruro de los dos fluidos son similares en la población. Las concentraciones de fluoruro en muestras de orina individuales pueden ser o no similares al nivel de fluoruro en el agua. Más aún, la similitud entre una población no es evidente cuando la concentración en el agua cae por abajo de 0.5 ppm porque la concentración en la orina no tiende a caer en forma proporcional. Eso probablemente se debe a la ingestión de fluoruro en alimentos sólidos.

POCENAJE DE INGESTA DE FLUORURO
EXCRETADO EN LA ORINA POR DIA EN ADULTOS

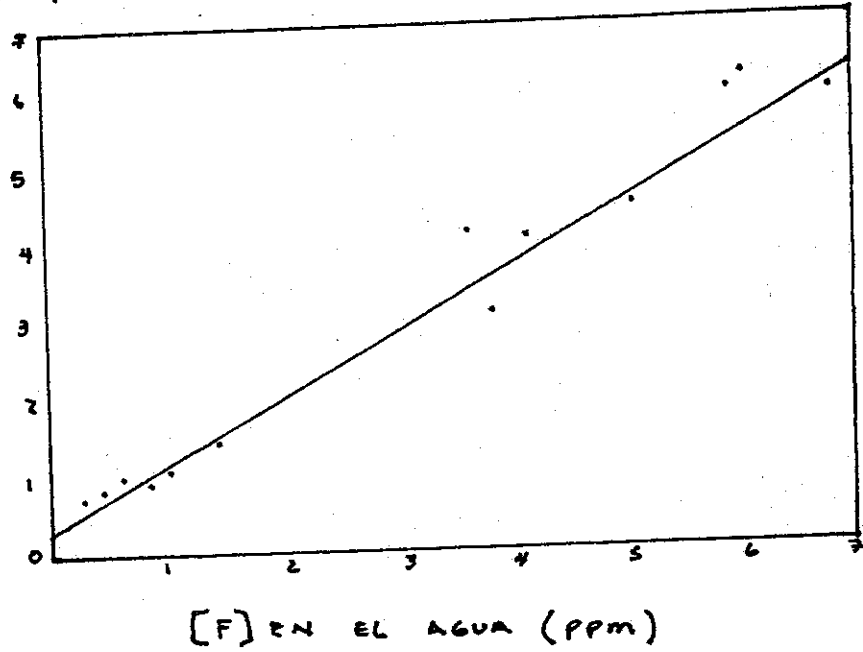
Figura 4

POCENAJE
EXCRETADO



RELACION ENTRE LA CONCENTRACION
DE FLUORURO EN EL AGUA DE BEBIDA Y LA ORINA

[F] EN LA
ORINA (PPM)



CONTROL DE LA EXPOSICION AL FLUORURO

Debido a la estrecha y marcada relación entre los niveles de fluoruro en el agua y los de la orina y a la facilidad con que se puede recolectar este líquido de las personas, el análisis de orina ha sido útil para controlar la ingesta de fluoruro sobre una base poblacional. (44)

La cantidad de tiempo requerida para alcanzar una concentración de equilibrio de fluoruro después de cambiar la ingesta diaria de este, ha sido estudiada por varios autores, en base a la experiencia con la fluoración del agua de consumo. Zipkin y colaboradores (48), encontraron que previo a la fluoración del agua, el contenido del flúor en la orina varió entre 0.2 - 0.3 ppm. Después de una semana de dicho proceso, las muestras de los adultos presentaron concentraciones con valores entre 0.7 - 0.8 ppm; al final de 6 semanas contenían un valor de 1 ppm. Para ese mismo período, la concentración de fluoruro en las muestras de orina de los niños (5 - 14 años), fue en promedio la mitad de la encontrada en adultos y aproximadamente 5 años

rango de variabilidad, esto debido a la variabilidad de las concentraciones de fluoruro en el agua.

DESCRIPCION AREA DE ESTUDIO, MONOGRAFIA DE LA REGION DE SALUD

SUROCCIDENTE

La región Suroccidental comprende los departamentos de: Totonicapán, Quetzaltenango, San Marcos, Sololá, Suchitepéquez y Retalhuleu. Su extensión territorial es del 12% del territorio nacional ; en este espacio se agrupan 109 municipios. El departamento de San Marcos es el de mayor extensión con 1,791 Km, le siguen en su orden el departamento de Suchitepéquez tiene una extensión de 2,540 Km²; Quetzaltenango (1,951); Retalhuleu 1,858 Km² Sololá y Totonicapán 1,061 Km². En su relieve se distinguen claramente tres áreas; la costa de topografía plana y/o levemente ondulada; la boca costa; la montaña. Su elevación varía de 371 a los 1,398 metros sobre el nivel del mar; la temperatura media anual oscila entre 14 y 32 grdos centígrados.

La población total para 1990 era de 2,332,525 habitantes con una densidad promedio de 191 h/Km² el promedio nacional es de 84h/Km². La distribución de población por departamentos, en sentido descendente es la siguiente: Suchitepéquez 351,940

La población es predominantemente rural (76%); la urbana alcanza únicamente el 24%. Esto propicia una gran dispersión, puesto que (65%) tienen menos de 1,000 habitantes y 10% se encuentra en la categoría de poblaciones menores. Únicamente Quetzaltenango es considerada ciudad intermedia; Retalhuleu y Mazatenango son consideradas ciudades intermedias potenciales. El 62% de la población es indígena, en ella predominan los hablantes de quiché, pero también se habla mam, cackchiquel, tzutuhil y sicapanense.

El 51% de la población corresponde al sexo masculino y el 49%, al femenino; se estima que para 1990 hay 104 hombres para 100 mujeres. La población menor de 5 años constituye el 16% del total y la menor de 15 años representa el 46%. El grupo adolescente, de 10 a 19 años, es casi la cuarta parte del total de la población de 15 a 24 años. La juventud de 15 a 24 años constituye el 17%, mientras que la población anciana sólo representa del 5%.

Esta distribución etárea hace que la región Suroccidental, al igual que las demás regiones del país conformen una pirámide de ~~base~~ hancha.

ASPECTOS SOCIOECONOMICOS

La principal actividad económica de la región es la agricultura, principalmente se cultiva: café, caña de azúcar, maíz y trigo; otras actividades como el intercambio comercial, la dotación de servicios, y la confección de artículos de vestir constituyen otras ocupaciones importantes.

La población económicamente activa (PEA); para 1989 era de 709,017 habitantes, de los cuales solo el 44% se encontraba en calidad de ocupados, el restante 56% se encontraba desocupado o parcialmente ocupado.

En 1,990 la región sur occidental contribuyó con el 53% de agricultura, 19% de comercio y 11% de industria. El reporte de la región al producto interno bruto (PIB) la coloca en el segundo lugar de las ocho regiones, en materia de producción.

El ingreso promedio per cápita anual de los trabajadores es de Q1,744.20; estos ingresos son tan bajos que se traducen en imposibilidad de acceso a la canasta básica, vivienda, vestuario, recreación, educación y otros. Esto se refleja en la situación de pobreza que vive la población; el 86% de las familias viven en pobreza y de estas el 68% se encuentra en extrema pobreza. Por departamentos, Totonicapán es el que presenta la peor situación le siguen San Marcos y Sololá con 90% de las familias, viven en

en Retalhuleu (80%). Esta situación precaria de la mayoría de la población contrasta drásticamente con los ingresos que perciben los dueños de los medios de producción, quienes tienen una renta anual aproximada de Q2,452.06 millones.

La necesidad de buscar una fuente económica que mejore sus bajos ingresos ha propiciado entre los habitantes de la región una fuerte emigración interna y externa; los destinos de los emigrantes de los departamentos del altiplano se ubican tanto en México como en Guatemala; en éste último, se dirigen principalmente a Suchitepéquez, Retalhuleu, Escuintla y a la capital Guatemalteca.

La región tiene un alto grado de analfabetismo (50%); los índices más elevados se encuentran en el departamento de Totonicapán, Solalá y Quetzaltenango. Según el dato de población en edad escolar y tomando el rango de 30 estudiantes por aula se observa que la infraestructura educativa presenta un déficit de 532 aulas para preprimaria y 1,140 para primaria. Atienden la demanda de educación 867 maestros de nivel preprimario, 7,734 de nivel primario y 3,484 maestros de nivel medio. Se estima que del total de la población de la región de 7 a 14 años de edad, sólo el 60 % está matriculado.

El déficit habitacional también es serio, se estima en 184,500 viviendas; es decir que, aproximadamente el 60% de la

total de la población de la región de 7 a 14 años de edad, sólo el 60 % está matriculado.

El déficit habitacional también es serio, se estima en 184,500 viviendas; es decir que, aproximadamente el 60% de la población no tiene una vivienda adecuada. Por otro lado únicamente el 19% de las viviendas cuentan con servicio de electricidad.

En cuanto a estilo de vida las condiciones históricas y étnicas de la región hay diversidad cultural caracterizadas por danzas, artesanías, instrumentos musicales e indumentaria típica respectiva de cada municipio. Dentro de las costumbres se encuentran las fiestas religiosas o profanas, durante las cuales, cada municipio celebra su fiesta anual; días de mercado que concentran gran cantidad de personas (mayoritariamente indígena) en actividad comercial incluyendo el trueque. Estas características inciden para definir una identidad propia en los pobladores de la región, aparte de que representan de por sí un indiscutible atractivo turístico. (26)

EPIDEMIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES Y TRASTORNOS CLINICOS DEL APARATO ESTOMATOLOGICO DE LOS ESCOLARES DEL NIVEL PRIMARIO DE LA REGION DE SALUD SUROCCIDENTE

Las conclusiones de este estudio son las siguientes:

1. La mayoría de los escolares, el 85% afirman efectuar limpieza de su boca con un frecuencia de 2 a 3 veces al día.

Dos tercios de los escolares refieren que tienen y usan el cepillo dental, y que han aprendido a usarlo a través de la madre principalmente; también el padre y los hermanos son proveedores importantes de esta instrucción. El 90% de escolares afirman que no usan el hilo dental en la higiene bucal, porque no lo conocen, ni les han explicado sobre su uso. Los pocos casos que afirman que usan el hilo dental refieren que recibieron instrucción de la madre sobre su uso.

2. Aproximadamente un tercio de los escolares manifiesta particularmente en su escuela en programas de limpieza de los dientes y cerca de la mitad de la muestra ha recibido escasa e ineficiente educación en salud bucal y el 6% afirma participar en programas de aplicación de flúor, estos datos deben observarse con cautela debido a que los escolares que respondieron afirmativamente a esta pregunta no pudieron explicar la técnica de cepillado, en qué consiste la profilaxis dental y las aplicaciones tópicas de flúor.

Cerca de la cuarta parte de los escolares refieren haber sido atendidos en el último año por razones odontológicas.

La mayoría de ellos por dolor. La mayor atención es proporcionada por el dentista, aunque este dato debe ser

cuestionado debido a que posiblemente los escolares ignoran que pudieron ser atendidos por una persona no profesional.

Poco más de las tres cuartas partes de los escolares manifiestan que las principales razones por las que no han buscado atención odontológica son: por no saber, no tener dinero, por estar ocupados, por no tener nada malo.

3. Un 48% de escolares afirman que tienen problemas bucales y 18% afirman que no, de los que afirman que tienen problemas bucales 42% señala que lo tienen en dientes, 22% en dientes y encia y 6% en encias.

4. Un alto porcentaje de los escolares manifiesta interés por conocer, prevenir y recibir tratamiento sobre problemas de salud bucal, principalmente con referencia a los dientes (98,98 y 72% respectivamente).

5. Los hallazgos más frecuentes de anomalías o trastornos en tejidos blandos y duros de la boca son: lengua saburral, adenopatía ganglionar submentoniana y manchas melánicas.

6. Los escolares de la región Suroccidental de Guatemala mantienen pobres condiciones de higiene bucal.

7. Casi la totalidad de los escolares presentan higiene bucal deficiente, lo cual es evidente a través del indicador empleado a depósitos blandos sobre los dientes.

8. El 36% de los escolares presentan cálculos dentarios.

9. La mayoría de los escolares presentan signos de gingivitis.
10. El 15% de los escolares examinados presentan alguna forma de periodontitis.
11. La mayoría de los escolares presenta un patrón de maloclusión clase I, seguido por maloclusión clase III y maloclusión clase II, según la clasificación de Angle.
12. Menos de la mitad de los escolares examinados, 45% no necesita de servicio estomatológico de emergencia, sin embargo, presentan lesiones de caries dental. El 22% de los escolares necesitan servicio estomatológico de emergencia, debido a que en su mayoría presentan piezas dentarias con lesiones profundas de caries dental que producen dolor. A juzgar por las condiciones actuales de salud bucal el 33% de los escolares necesitarán de servicio odontológico en el transcurso de un mes o menos debido a la presencia de fístulas y piezas dentarias con lesiones de caries dental que de no ser atendidas llegarán a producir dolor.
13. La prevalencia como la experiencia de caries dental son altas en la población estudiada y presenta cifras similares a las que se han encontrado en otros estudios nacionales. Al compararlo con el estudio efectuado en Honduras se observa que los valores de este estudio son mayores tomando en cuenta que la muestra proviene del área rural.

14. El componente de los índices C.E.D. y C.P.D que más contribuye a conformar los valores encontrados es el de dientes cariados.

15. Se observan condiciones similares en cuanto a la experiencia de caries entre ambos sexos, y edades; así como entre las regiones estudiadas en el interior de la república.

La gravedad del problema de la caries dental puede deberse a: analfabetismo, excesivo consumo de azúcares, desconocimiento de medidas educativas y preventivas en salud bucal, deficiencia de cobertura de los servicios de salud, condición económica baja. El sector público carece de recursos y medios para atender la salud bucal de los escolares del nivel primario a nivel nacional, excepto en el departamento de Guatemala que ya cuenta con programas de fluoración.

16. No se encontró evidencia o sugerencia clínica de fluorosis dental de los escolares. Se observó que en general el agua de bebida de las principales fuentes de abastecimiento de las poblaciones que componen la muestra de la región de este estudio es deficiente en cuanto a la concentración de fluoruro, la cual varió entre 0.0 y 0.15 mg. por lt. (38)

6. OBJETIVOS

6.1 General:

Contribuir con los resultados de este estudio a establecer la concentración de fluoruro en la orina de los escolares del nivel primario, inscritos en el ciclo lectivo de 1,993 de la República de Guatemala en las diferentes regiones de salud del país.

Determinar la concentración de fluoruro en la orina de los escolares del nivel primario, inscritos en el ciclo lectivo de 1,993 en la región de salud Suroccidente que comprende los departamentos de Totonicapán, Quetzaltenango, San Marcos, Sololá, Suchitepéquez y Retalhuleu.

6.2 Específicos:

Determinar la concentración de fluoruro en la orina de los escolares del nivel primario, por sexo.

Determinar la concentración de fluoruro en la orina de los escolares del nivel primario, por edad.

Determinar la concentración de fluoruro en la orina de los escolares del nivel primario, por escuela.

Determinar la concentración de fluoruro en la orina de los escolares del nivel primario, por departamento.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

7.VARIABLE E INDICADOR

7.1. Concentración de fluoruro en la orina:

Es la cantidad del ión flúor medida en partes por millón(ppm), en la orina de los escolares del nivel primario, inscritos en el ciclo lectivo de 1,993, de la región de salud Suroccidente.

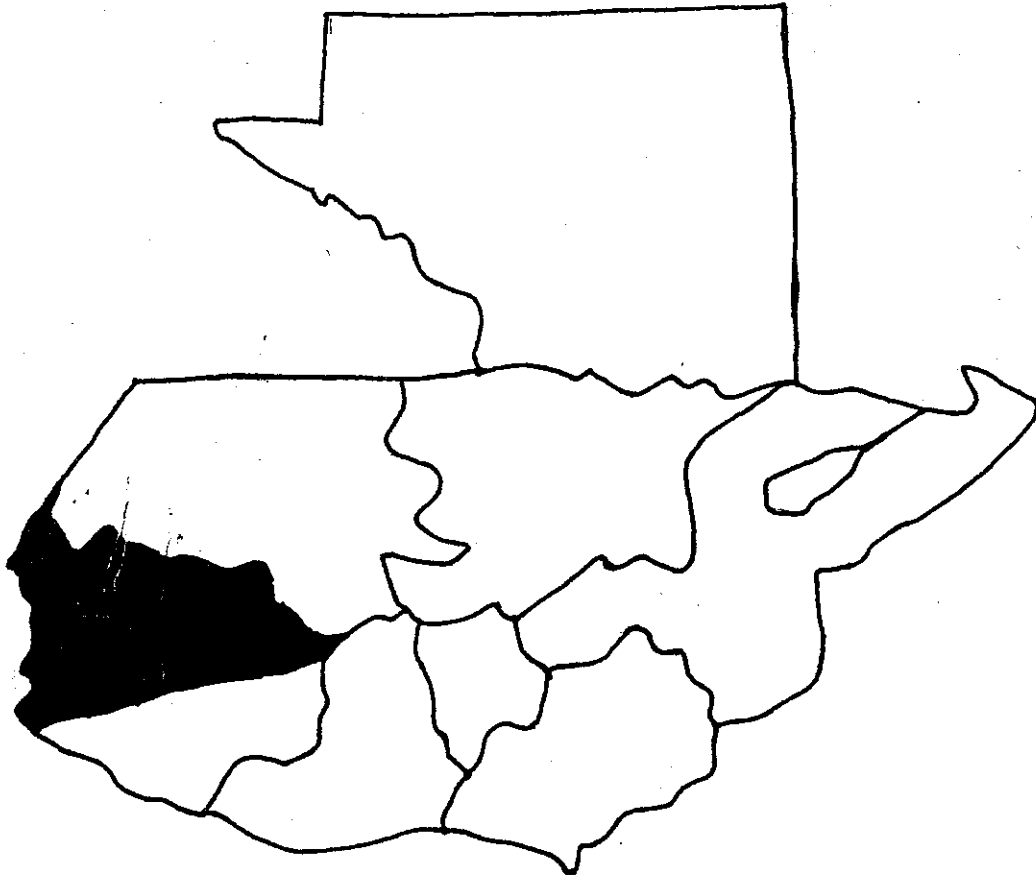
7.1.1 Indicador de la variable concentración de fluoruro en la orina:

Cantidad de fluoruro en la orina, expresada en partes por millón (ppm) o miligramos por litro (mg/l), que se registra en la pantalla digital del analizador selectivo de iones (potenciómetro), por medio del método del electrodo específico para fluoruro.

8.METODOLOGIA

8.1 Población:

La población de este estudio la integraron todos los alumnos tanto de sexo masculino como femenino inscritos en el ciclo lectivo del año 1,993, comprendidos en las edades de 6 a 12 años que asisten a las escuelas del nivel primario, públicas y privadas, urbanas y rurales, de la región de salud Suroccidente que comprende los departamentos de Totonicapán, Quetzaltenango, San Marcos, Sololá, Suchitepéquez y Retalhuleu.



8.2 Procedimiento de Muestreo

8.2.1 Diseño de la muestra:

Para cada una de las regiones el método de muestreo utilizado fue por conglomerados en dos etapas (bi-etápico); en el cual la primera etapa consistió en la selección aleatoria de las escuelas (conglomerados) de educación primaria públicas o privadas, urbanas o rurales, de las establecidas en la región de salud suroccidente y la segunda, la selección aleatoria de escolares en cada uno de los conglomerados elegidos.

8.2.2 Tamaño de la muestra:

Considerando el tamaño de la población total de escolares de educación primaria, inscritos en 1,993, y como variable determinante la concentración de fluoruro en orina, se calculó el tamaño de la muestra y se asignó de manera uniforme a la región de salud Suroccidente que comprende los departamentos de: Totonicapán, Quetzaltenango, San Marcos, Sololá, Suchitepéquez y Retalhuleu. El procedimiento fue el siguiente:

$$N_c * Var$$

$$n = \frac{N_c * Var}{LE} * ED (29,30)$$

$$LE * \left[\frac{N-1}{N} \right] + \left[\frac{(N_c) * (Var)}{N} \right]$$

En donde:

n = tamaño de la muestra

$N_c = 1.96$. Se desea un 95% de probabilidad ($\alpha = 0.05$) de que el intervalo de confianza contenga el parámetro, $Z_{\alpha/2} = 1.96$.

Var = varianza del nivel de concentración de fluoruro en orina.

Estimada a partir de una desviación estándar de 0.18 mg/litro, de los resultados de un estudio sobre fluoruria realizado en escolares de educación primaria de los Amates, Izabal (37,43)

LE = límite de error con el que se desea realizar la estimación.

Para este estudio 0.05 mg/l, tomando como diferencia biológica en la estimación de fluoruro en la orina.

$N = 1,249,413$ alumnos inscritos en las escuelas del nivel primario de la República de Guatemala en el año de 1,993.

ED = efecto de diseño por utilizar muestreo por conglomerados.

Para el presente estudio se decidió utilizar 3. El cálculo del tamaño muestrear por este procedimiento indicó que es necesario muestrear como mínimo 300 escolares de la región de salud Suroccidente.

8.2.3 Procedimiento para el diseño muestral:

Después de establecer el tamaño de la muestra en 300 alumnos de la región de salud Suroccidente se procedió de la siguiente manera:

8.2.3.1 Primera Etapa de Selección:

Se solicitó a la oficina de Control Estadístico de USIPE el listado de todas las escuelas del nivel primario públicas y privadas, urbanas y rurales de la región de salud Suroccidente del año 1,992, con sus respectivas matrículas.

-Se definió K como el número de escolares que integraron cada uno de los conglomerados. $K=25$. Este número es función del coeficiente de correlación intraclase y del error standar. (37,34)

Se calculó el número de conglomerados "m" a incluir en la muestra de la siguiente manera, $m=n/k$, $m=300/25$, $m=6$ conglomerados. En donde n= tamaño de la muestra y k= número de escolares.

-El método empleado para la selección de los conglomerados fue completamente aleatorio, a través de una tabla de números aleatorios. En base a este procedimiento se seleccionaron las siguientes escuelas por departamento:

Totonicapán:

Escuela Oficial Rural Mixta, aldea Nimasac.

Escuela Oficial Rural Mixta Pasaje Chisiguán, aldea Chinimabé.

Quetzaltenango:

Escuela Oficial Para Niñas Francisco Estrada López, Salcajá.

Escuela Oficial Urbana Mixta Fray Bartolomé de las Casas, Zunil.

San Marcos:

Escuela Oficial Rural Mixta, Aldea el Rosario Malacatán

Escuela Oficial Rural Mixta, Aldea Sichivilá, Concepción Tutuapa.

Sololá:

Escuela Oficial Urbana Mixta, Aldea, San Andrés Semetabaj.

Escuela Oficial Rural Mixta Cacerío Los Churuneles, Cantón Pujujil, Sololá.

Suchitepéquez:

Escuela Oficial Rural Mixta Línea B-16 Parcelamiento La Máquina, Cuyotenengo.

Escuela Oficial Urbana Mixta Samayac.

Retalhuleu:

Escuela Privada Rural Mixta Finca Patio de Bolas, San Felipe.

Escuela Privada Liceo Secretarial LISBI, Retalhuleu.

8.2.3.2 Segunda etapa de selección:

Para llevar a cabo esta etapa, se solicitaron los listados de los alumnos de las escuelas seleccionadas. Una vez obtenidos los

listados, se seleccionaron 25 escolares en forma aleatoria.

3.3 Calibración de Investigadores.

Una vez aprobado el tema de la tesis, se formaron comisiones de Trabajo, en la que participaron todos los integrantes del proyecto de investigación.

Se solicitó a la Dirección General de Energía Nuclear, su colaboración para poder realizar el análisis de las muestras en el Laboratorio de Radioquímica.

La comisión encargada de analizar las muestras de orina estuvo integrada por cuatro estudiantes investigadores para evitar el sesgo en el análisis de las muestras. Dicha comisión realizó sesiones para aprender la metodología y unificar criterios al momento de analizar las mismas, siendo supervisados por la persona a cargo de dicho departamento.

3.4 Etica de la Investigación:

Cada estudiante investigador llevó consigo cartas de presentación personal y de respaldo de este estudio por parte de las autoridades de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Previo a la toma de muestras se conversó con los directores de cada escuela para informarles sobre el estudio, solicitándoles su autorización, colaboración y consentimiento por escrito (Anexo 1) para la realización del mismo. Al finalizar se solicitó al director(a) de cada escuela

que firmara y sellara una constancia de realización del trabajo de campo en dicha escuela.

8.5 Procedimiento de Campo.

8.5.1 Procedimiento de recolección de muestras:

El procedimiento de recolección de muestras tuvo dos componentes: el primero para conocer los datos generales del escolar, el segundo la recolección de las muestras de orina. Se elaboró una ficha para la recolección de estos datos. (Anexo 2)

8.5.1.1 Procedimiento para toma de muestras de orina:

Muestra al azar: La totalidad de las pruebas se hizo con muestras de orina al azar, recientemente emitida por el escolar. Debido a que la composición de la orina cambia durante el curso del día, la hora en que se recoge la muestra, puede influir en los resultados, situación muy potente con el análisis de flúor, por tal motivo se estableció la recolección de muestras en el período de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. Para estudios poblacionales, este tipo de muestreo cobra importancia ya que sus resultados, dan idea bastante precisa de la ingesta del ión flúor, además de ser un procedimiento sencillo y rápido para la obtención de muestras.

Toma de muestra:

1. El escolar seleccionado fue instruido para que orinara directamente en un recipiente plástico, limpio y seco de boca

ancha.

2. Se midió el volumen de cada una de las muestras en una probeta de polipropileno de 500 ml.

3. Se anotó el volumen (ml) en la ficha correspondiente a cada escolar.

4. Después de cada medición se depositó 10ml. de orina en cada uno de los recipientes plásticos, de 1 oz. que correspondían a cada escolar.

5. Después de medir, se lavó la probeta con agua destilada hasta que quedó completamente limpia. Los 10 ml. de orina fueron medidos con pipetas de polipropileno, las cuales se lavaron entre cada medición con agua destilada. Se tomaron tres muestras, ya que una sirvió para realizar los análisis en el laboratorio y las otras de reserva, en caso de algún imprevisto.

6. A cada muestra se le agregó dos gotas de EDTA al 8% y una gota de NaOH 0.01 normal y se cerró cada recipiente con su respectiva tapadera de plástico.

7. Se identificaron las muestras de orina en forma codificada para cada escolar escogido.

8. se transportaron en una hielera todas las muestras para su análisis posterior en el Laboratorio de Radioquímica de la Dirección General de Energía Nuclear.

8.5.2 Método para cuantificar fluoruro por medio de la técnica del electrodo específico.

8.5.2.1 Equipo requerido:

- a) Analizador selectivo de iones (potenciómetro)
- b) Electrodo de combinación de fluoruro.
- c) Agitador magnético: para mantener la agitación constante y uniforme.
- d) Barras magnéticas: para homogenizar la solución.
- e) Beakers plásticos: para recolectar desechos.
- f) Pipetas de polipropileno de 10 ml.
- g) Succionador.
- h) Pipetas de plástico.
- i) Micropipeta de 1ml.
- j) Goteros plásticos.
- k) Probetas de polipropileno de 500 ml.
- l) Un balón aforado de polipropileno de 250 ml.
- m) Servilletas de papel.

8.5.2.2 Soluciones Requeridas:

a) Agua Destilada: para preparar todas las soluciones y estándares y para lavar todo el instrumental de plástico, el electrodo y barras magnéticas.

b) Solución Estándar: solución estándar de fluoruro de sodio Orion 100 ppm., a partir de la cual se prepararon cinco

soluciones de fluoruro de sodio de 0.1899, 0.5, 1.0, 1.8998, 3.7690 y 5.6994 ppm respectivamente.

c) EDTA al 8%: se utilizó para destruir los complejos que forma el flúor naturalmente con el hierro (Fe).

$Fe + 6F^- \longrightarrow FeF_6$, este complejo no puede ser medido por el electrodo específico para el ión flúor, por lo que si no se le agregara EDTA se subvaloraría la cantidad de fluoruro presente, o sea que se estaría midiendo menos de lo que realmente hay. Al agregar EDTA se obtiene:



En esta reacción el flúor ya puede ser medido por el electrodo.

Preparación de EDTA:

20 gr. de Titriplex III en 250 ml. de agua destilada, se obtiene EDTA al 8%.

d) Hidróxido de Sodio (NaOH 0.01 normal): Mantiene la solución alcalina para evitar la pérdida de fluoruro en forma de HF (gas). Si no se agregara el NaOH 0.01 N, se estaría subvaluando el fluoruro de la solución.

Preparación del NaOH 0.01 N: 0.04 gr de NaOH en 100 ml. de agua destilada.

e) TISAB: es el ajustador del esfuerzo iónico total. El TISAB aporta una gran cantidad de iones (distintos al F), para que las variaciones de éstos no sean significativas, haciendo que

el electrodo sea sensible unicamente a las variaciones de fluoruro.

8.5.3 Análisis de la concentración de fluoruro en la orina Para determinar el contenido de fluoruro en la orina se utilizó un electrodo combinado selectivo para fluoruro con un potenciómetro.

1) Las muestras de orina para poder ser analizadas estuvieron en forma líquida y a temperatura ambiente, por lo que se sacaron de refrigeración dos horas antes de ser analizadas.

2) Antes de realizar el análisis de las muestras de orina se procedió a calibrar el potenciómetro de la siguiente forma:

a) Se prepararon 5 estándares de fluoruro a partir de una solución de fluoruro de 100 ppm, con las siguientes concentraciones: 0.1899, 0.5, 1.0, 1.8998, 3.7690 y 5.6994 ppm.

b) Se pipetearon 20 ml. de cada uno de los patrones y se depositaron en dos recipientes plásticos de 1 oz., 10 ml. respectivamente.

c) Se le agregó 10 ml. de TISAB, a cada 10 ml. de solución preparada.

d) Se introdujo una barra agitadora a cada uno de los recipientes.

e) Se colocó la muestra en un agitador magnético.

- f) Se sumergió el electrodo en la muestra, para medir potencial eléctrico de el estándar con la concentración más baja y más alta, para establecer los límites.
- g) A los tres minutos se tomó la lectura en milivoltios.
- h) Luego se procedió a medir la concentración en cada uno de lo estándares, anotándose la lectura. Entre cada medición se lavó el electrodo y la barra agitadora con agua destilada y se secaron cuidadosamente.
- i) Al terminar las mediciones se elaboró una gráfica de la curva de calibración.
- 3) A cada muestra se le agregó 10 ml. de TISAB previo a ser analizada.
- 4) Se introdujo una barra magnética en la muestra a medir.
- 5) Se colocó la muestra en un agitador magnético.
- 6) Se sumergió el electrodo en la muestra. A los 3 minutos se tomó la lectura de la concentración de fluoruro (mg/l).
- En la ficha correspondiente, se anotaron los dos valores que se mantubieron más constantes y luego se obtubo un promedio.
- 7) Se lavó el electrodo y la barra magnética con agua destilada y se secaron cuidadosamente antes de proceder a leer otra muestra.
- 8) Se corrió un estándar de concentración conocido (patrón de fluoruro) cada diez muestras (Control de Calidad).

9) Se anotó en la ficha correspondiente la concentración de fluoruro encontrada en la orina.

8.6 Procesamiento de la información.

Los hallazgos y datos de esta investigación serán procesados a través del paquete estadístico Mynstat. Los resultados fueron presentados por medio de estadísticos descriptivos como: media, desviación estándar y rango.

9. PRESENTACION Y DISCUSION DE RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos durante el trabajo de campo de esta investigación por medio de cuadros estadísticos tabulados por el programa Mypstat.

Para ello, las mismas fueron ordenadas por escuela, departamento, edad, sexo y región.

CUADRO No.1

Distribución de las muestras de los escolares del nivel primario inscritos en 1993 en la Región de Salud Suroccidente por departamentos.

Departamento	Escolares	
	n	%
Totonicapán	50	16.66
Quetzaltenango	50	16.66
San Marcos	50	16.66
Suchitepéquez	50	16.66
Sololá	50	16.66
Retalhuleu	50	16.66
Totales	300	100.00

Fuente: Datos recolectados durante el trabajo de campo.

En la región de salud Suroccidente que comprende los departamentos de Totonicapán, Quetzaltenango, San Marcos, Suchitepéquez, Sololá y Retalhuleu, se obtuvo muestras de orina de 300 escolares de los cuales el 16.66% (50) corresponden a cada uno de ellos.

CUADRO No. 2

Distribución de la muestra de los escolares del nivel primario inscritos en 1993 en la región de salud Suroccidente por sexo y edad.

Edad	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
6	8	2.66	4	1.3	12	4.00
7	28	9.33	23	7.66	51	17.00
8	33	11.00	18	6.00	51	17.00
9	35	11.66	21	7.00	56	18.66
10	32	10.66	30	10.00	62	20.66
11	21	7.00	31	10.33	52	17.33
12	4	1.33	12	4.00	16	5.33
Total	161	53.64	139	46.33	300	100

Fuente: datos recolectados durante el trabajo de campo.

Del total de 300 escolares que comprende la región se Salud Sur Occidente 161 (53.64%) corresponde al sexo femenino y 139 (46.33%) corresponde al sexo masculino. Los escolares estaban comprendidos entre las edades de 6 a 12 años.

CUADRO No.3

Media, desviación estándar y rango de las concentraciones de fluoruro en la orina de los escolares del nivel primario inscritos en 1993 en la región de salud Suroccidente distribuidos según escuela.

Escuela	Concentración e Fluoruro ppm			
	n	Media	Desviación estándar	Rango
E.O.R.M. Nimasac, Totonicapán.	25	0.293	0.073	0.191-0.569
E.O.R.M. Chinimabé, Toto.	25	0.262	0.053	0.171-0.356
E.O. para Niñas Salcajá, Quetzalt.	25	0.237	0.049	0.159-0.328
E.O.U.M. Zunil, Quetzaltenango	25	0.221	0.045	0.148-0.331
E.O.R.M. El Rosario, Sn.Marcos.	25	0.272	0.051	0.176-0.419
E.O.R.M. Sichivilá, Sn. Marcos.	25	0.268	0.095	0.146-0.524
E.O.U.M. Samayac, Suchi.	25	0.415	0.076	0.284-0.575
E.O.R.M. La Máquina, Suchi.	25	0.208	0.080	0.121-0.397
E.O.U.M. El Hormigo, Sololá.	25	0.246	0.037	0.164-0.310
E.O.R.M. Los Churuneles, Sololá	25	0.197	0.038	0.129-0.281
E.P.U. para Niñas. LISBI, Retalhuleu.	25	0.337	0.134	0.188-0.679
E.P.R.M. San Felipe, Reu.	25	0.235	0.067	0.157-0.453
totales	300	0.266	0.091	0.121-0.453

Fuente: datos recolectados durante el trabajo de campo.

De las doce escuelas que abarcó esta investigación, los valores más altos de concentración de fluoruro en orina se encontraron en la escuela Oficial Urbana Mixta Samayac, Suchitepéquez con una media de 0.415 ppm y desviación estándar de (0.076 ppm) y la más baja en la escuela Oficial Rural Mixta Caserio Los Churuneles, Cantón Pujujil, Sololá con una media de 0.197 ppm. y desviación estándar de (0.038 ppm).

CUADRO No. 4

Media, desviación estándar y rango de la concentración de Fluoruro en la orina de los escolares del nivel primario inscritos en 1993 en la región de salud Suroccidente distribuidos por departamento.

Depto.	Concentración de Fluoruro ppm			
	n	Media	Desviación Estandar	Rango
Totonicapán	50	0.266	0.091	0.121-0.679
Quetzaltenango	50	0.229	0.047	0.148-0.331
San Marcos	50	0.270	0.076	0.146-0.524
Suchitepéquez	50	0.312	0.130	0.121-0.575
Sololá	50	0.222	0.045	0.129-0.310
Retalhuleu	50	0.286	0.117	0.157-0.679
Totales	300	0.266	0.091	0.121-0.679

Fuente: datos recolectados durante el trabajo de campo.

De los 6 departamentos que forman la región de salud Suroccidente, las concentraciones de fluoruro en orina más altas se presentaron en el departamento de Suchitepéquez con una media de 0.312 ppm y desviación estándar de (0.130 ppm) y las más bajas en Sololá con una media de 0.222 ppm y desviación estándar de

CUADRO No. 5

Media, desviación estándar y rango de la concentración de fluoruro en la orina de los escolares del nivel primario inscritos en 1993 en la región de salud Sur Occidente.

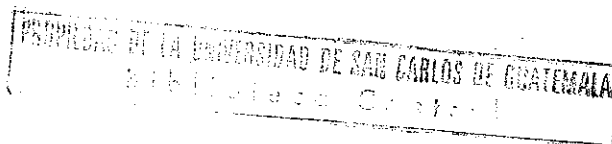
Región	Concentración de Fluoruro ppm			
	n	Media	Desviación estándar	Rango
Sur Occidente	300	0.266	0.091	0.121-0.679

Fuente: datos recolectados durante el trabajo de campo.

Los resultados encontrados de concentración de fluoruro en orina, en la región de salud Sur Occidente, estuvieron comprendidos entre 0.121 a 0.679 ppm presentando un promedio de 0.266 ppm y una desviación estándar de 0.091 ppm.

Comparando las concentraciones de fluoruro en orina a nivel nacional esta región presentó los valores más bajos comprendidos entre 0.121 a 0.679 ppm, presentando una media de 0.266 ppm y desviación estándar de 0.091 ppm., y las más altas fueron las de la región Norte con un promedio de 0.477 ppm, desviación estándar de 0.405 ppm y rango de 0.153 a 2.433 ppm.

La concentración de fluoruro en orina en esta región es más baja que la encontrada en Costa Rica (0.350 ppm) en escolares de 7 a 13 años, antes de implementar el Programa de Fluoruración de)



CUADRO No. 6

Media, desviación estándar y rango de la concentración de fluoruro en la orina de los escolares del nivel primario inscritos en 1993 en la región de salud Sur Occidente distribuidos por edad.

Edad	Concentración de fluoruro ppm			
	n	Media	Desviación estándar	Rango
6	12	0.290	0.132	0.190-0.679
7	51	0.267	0.085	0.125-0.523
8	50	0.254	0.073	0.143-0.441
9	56	0.265	0.101	0.121-0.575
10	63	0.265	0.091	0.138-0.547
11	52	0.278	0.101	0.129-0.569
12	16	0.252	0.069	0.148-0.395
Total	300	0.266	0.091	0.121-0.679

Fuente: datos recolectados durante el trabajo de campo.

Las concentraciones de fluoruro en orina más altas se presentaron en escolares de 6 años de edad, con una media de 0.290 ppm (0.132 ppm) y las más bajas en escolares de 12 años de edad con una media de 0.252 ppm. (0.069 ppm). Contrario a lo que reporta la literatura (44,48), se puede observar que los escolares de menor edad (6 años) fueron los que presentaron una media mayor (0.290 ppm) que los restantes.

CUADRO No. 7

Media, desviación estándar y rango de la concentración de fluoruro en la orina de los escolares del nivel primario inscritos en 1993 en la región de salud Suroccidente distribuidos por sexo.

Sexo	Concentración de fluoruro ppm			
	n	Media	Desviación estándar	Rango
Femenino	161	0.268	0.095	0.121-0.679
Masculino	139	0.263	0.088	0.130-0.569
Totales	300	0.266	0.091	0.121-0.674

Fuente: datos recolectados durante el trabajo de campo.

El sexo femenino fue el grupo que presentó los valores más altos de concentración de fluoruro en orina y el masculino valores más bajos.

11. RECOMENDACIONES

1. Tomar en cuenta los datos obtenidos en esta investigación antes de implementar cualquier programa de fluoración en la sal de consumo humano a nivel nacional.
2. Realizar estudios de este tipo en adolescentes y adultos a nivel nacional con la misma metodología para comparar los resultados con los obtenidos en niños.
3. En base a la revisión bibliográfica se recomienda la fluoración de la sal como alternativa para la prevención de caries dental y enfermedad periodontal, por ser una medida de alta cobertura y accesible a la población.
4. Utilizar el indicador concentración de fluoruro en orina como medida de control y seguimiento de la fluoración sistémica de la sal de consumo humano.

12. LIMITACIONES

Durante la realización del trabajo de campo se encontró:

1. Dificultad de acceso a la mayoría de comunidades.
2. Falta de colaboración de algunos escolares para la toma de las muestras.
3. Dificultad de comunicación por los diferentes dialectos que se hablan en las comunidades seleccionadas.

CONSENTIMIENTO DE REALIZACION DEL ESTUDIO

FECHA: _____

Por este medio autorizo al estudiante de odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala: Rita Beatriz Domínguez a que tome muestras de orina de los escolares de la Escuela _____, la cual se encuentra a mi cargo, como parte del trabajo de campo de su estudio de tesis titulado "Concentración de Fluoruro en la Orina de los Escolares del Nivel Primario, Inscritos en 1,993, en la Región de Salud Sur Occidente que comprende los departamentos de Sololá, Suchitepéquez y Retalhuleu. Ya que considero que es un procedimiento no invasivo, el cual no pone en peligro la integridad física ni la salud general de los escolares.

(f) _____

ENCARGADO (A).

Instructivo para llenar la ficha de recolección de datos:

En cada uno de los renglones se escribirá lo siguiente:

Región: se anotará el nombre de la región de salud a la que comprende la comunidad, con su respectivo código.

Fecha: se anotará con números arábigos el día y el año y con números romanos el mes.

Departamento: se anotará el departamento de la República de Guatemala al que pertenece la comunidad, con su respectivo código.

Escuela: se anotará el nombre de la escuela seleccionada para este estudio, con su respectivo código.

Localización: se anotará la localización más exacta posible de la escuela donde se recolectarán las muestras.

En la columna correspondiente a:

-Número de la muestra: se anotará en números arábigos y en forma correlativa el número que se le asigne a cada escolar.

-Nombre: el nombre y apellido del escolar seleccionado para la muestra.

-Edad: la edad en años cumplidos al momento de tomar la muestra.

-Sexo: Colocar una "x" en M si es del sexo masculino y F si es del sexo femenino.

-Grado: se anotará con números ordinales el grado que cursa el escolar.

-Hora de Micción: se anotará con números arábigos la hora y minutos en que se toma la muestra de orina.

-Volumen de orina: se anotará con números arábigos la cantidad en

mililitros de orina recolectada.

-Preservante: se anotará con una "x" si ya se le agregó preservante a la muestra de orina.

ANEXO No. 3

Distribución de datos obtenidos en el trabajo de campo de concentración de fluoruro en la orina de escolares del nivel primario inscritos en 1993 en la región de Salud Sur Occidente.

Escuela: Oficial Rural Mixta Aldea Nimasac, Totonicapán

No.de muestra	edad	sexo	grado	volumen	concentración de F
1	6	m	1	79	0.3482
2	7	m	1	102	0.2761
3	6	f	1	58	0.2754
4	6	f	1	33	0.2633
5	12	m	2	40	0.2255
6	12	m	2	110	0.2230
7	11	m	2	68	0.3540
8	9	m	1	88	0.3005
9	11	m	1	40	0.5691
10	9	m	1	62	0.3236
11	10	m	1	33	0.3590
12	11	m	1	70	0.3013
13	12	m	1	108	0.2633
14	9	m	1	43	0.2390
15	8	m	1	52	0.2330
16	9	m	1	50	0.3219
17	9	m	1	33	0.1990
18	9	m	1	52	0.2308
19	8	f	1	110	0.3013
20	8	m	1	250	0.2266
21	11	m	2	73	0.3101
22	12	m	2	113	0.3512
23	9	m	1	90	0.2659
24	10	f	1	140	0.2876
25	9	f	1	112	0.2775

Fuente: Datos recolectados durante el trabajo de campo.

ANEXO No.3

Escuela: Escuela Oficial Rural Mixta Paraje Chuisiguan Aldea Chinimabe,
Totonicapán

No. de muestra	edad	sexo	grado	volumen	concentración de F
1	7	m	1	93	0.2501
2	7	m	1	110	0.2550
3	7	m	1	110	0.3298
4	7	f	1	208	0.2796
5	7	f	1	208	0.3560
6	7	f	1	101	0.2501
7	7	f	1	62	0.2271
8	7	f	1	163	0.3228
9	7	f	1	61	0.2782
10	7	m	1	130	0.3289
11	11	m	2	80	0.2854
12	11	m	2	93	0.3101
13	10	m	2	98	0.1744
14	10	m	1	49	0.2287
15	10	f	1	150	0.2620
16	11	m	3	68	0.2254
17	10	m	2	90	0.2081
18	9	f	1	67	0.3289
19	11	f	2	90	0.3472
20	9	m	2	70	0.1715
21	12	f	3	69	0.2480
22	9	f	1	180	0.2011
23	9	f	1	162	0.2333
24	8	m	1	60	0.2603
25	9	f	1	60	0.2041

Fuente: Datos recolectados durante el trabajo de campo.

ANEXO No.3

Escuela: Escuela Oficial Para Niñas Francisco Estrada López Salcajá,
Quetzaltenango

No. de muestra	edad	sexo	grado	volumen	concentración de F
1	6	f	1	52	0.2474
2	7	f	1	49	0.1933
3	9	f	1	150	0.2668
4	8	f	1	49	0.1827
5	9	f	1	130	0.1706
6	6	f	1	82	0.3280
7	9	f	1	149	0.2371
8	7	f	1	90	0.2728
9	7	f	1	60	0.2688
10	10	f	1	110	0.2849
11	8	f	1	213	0.2559
12	7	f	1	110	0.2578
13	7	f	1	39	0.2541
14	8	f	1	250	0.2668
15	7	f	1	90	0.1947
16	9	f	1	250	0.2445
17	8	f	1	134	0.2885
18	9	f	1	94	0.2763
19	10	f	2	61	0.1998
20	9	f	2	80	0.1651
21	10	f	2	72	0.3176
22	7	f	2	107	0.2333
23	8	f	2	90	0.1596
24	10	f	2	47	0.1945
25	10	f	2	50	0.1663

Fuente: Datos recolectados durante el trabajo de campo.

ANEXO No. 3

Escuela: Urbana Mixta Fray Bartolome de las Casas Zunil, Quetzaltenango

No. de muestra	edad	sexo	grado	volumen	concentración de F
1	11	m	3	40	0.2214
2	11	m	3	39	0.1998
3	10	m	3	70	0.2007
4	11	m	3	71	0.2328
5	12	m	3	90	0.1917
6	12	m	3	147	0.2094
7	9	m	3	153	0.1849
8	10	m	3	58	0.2094
9	10	m	3	100	0.2229
10	10	m	3	100	0.2068
11	12	m	3	90	0.3315
12	10	f	3	50	0.2688
13	12	f	3	40	0.2399
14	10	f	3	50	0.2668
15	10	f	3	61	0.2377
16	11	f	3	82	0.1591
17	12	m	3	90	0.1487
18	11	m	3	33	0.2113
19	11	m	3	42	0.2109
20	11	m	3	83	0.3185
21	9	f	3	39	0.2855
22	11	m	3	82	0.1849
23	11	f	3	110	0.1697
24	11	f	3	114	0.2234
25	11	f	3	80	0.2007

Fuente: Datos recolectados durante el trabajo de campo.

ANEXO No.3

Escuela: Escuela Oficial Rural Mixta Aldea el Rosario Malacatán San Marcos

No. de muestra	edad	sexo	grado	volumen	concentración de F
1	8	m	1	142	0.2194
2	6	f	1	69	0.2095
3	7	f	1	100	0.2892
4	11	f	4	32	0.2945
5	8	f	1	33	0.1768
6	10	f	4	55	0.2867
7	10	f	1	42	0.3313
8	9	m	2	59	0.2353
9	12	m	5	60	0.2528
10	8	f	1	40	0.2601
11	9	f	1	103	0.2912
12	6	m	1	43	0.2824
13	6	m	1	49	0.2549
14	10	m	1	75	0.2625
15	7	m	1	149	0.2632
16	8	m	1	53	0.2997
17	8	f	1	51	0.2973
18	7	m	1	42	0.2301
19	10	f	1	49	0.3068
20	10	f	1	70	0.2549
21	7	f	1	73	0.3591
22	9	f	1	90	0.2864
23	8	m	1	87	0.4199
24	7	m	1	98	0.2394
25	7	m	1	62	0.2098

Fuente: Datos recolectados durante el trabajo de campo.

ANEXO No.3

Escuela: Oficial Rural Mixta Aldea Sichivilá Concep. Tutuapa San Marcos

No. de muestra	edad	sexo	grado	volumen	concentración de F
1	7	m	1	34	0.3631
2	10	m	1	35	0.3493
3	9	m	2	100	0.2026
4	10	m	1	50	0.4044
5	10	m	1	95	0.1604
6	10	m	1	75	0.2228
7	12	m	1	92	0.3952
8	10	m	1	72	0.3641
9	12	m	2	20	0.3210
10	11	m	2	72	0.2423
11	11	f	3	81	0.2897
12	6	f	3	92	0.1938
13	7	f	3	62	0.1792
14	7	f	2	110	0.1775
15	10	m	2	90	0.2223
16	10	m	1	80	0.2213
17	10	f	1	48	0.5248
18	9	m	1	250	0.1466
19	12	m	1	90	0.1560
20	12	f	1	33	0.2767
21	12	f	1	71	0.3228
22	10	m	1	30	0.2774
23	11	m	1	15	0.1906
24	11	m	1	52	0.3109
25	10	f	1	80	0.1849

Fuente: Datos recolectados durante el trabajo de campo.

ANEXO No.3

Escuela: Oficial Urbana Mixta Samayac, Suchitepéquez.

No. de muestra	edad	sexo	grado	volumen	concentración de F
1	9	f	2	120	0.4430
2	10	f	4	105	0.3208
3	11	m	5	135	0.3613
4	10	f	4	95	0.3688
5	7	m	1	118	0.3291
6	8	f	3	123	0.4703
7	9	f	3	100	0.3580
8	11	m	5	151	0.5029
9	9	m	3	92	0.4993
10	10	m	4	116	0.4121
11	7	m	1	134	0.4905
12	9	m	3	103	0.5175
13	7	m	1	128	0.3750
14	10	m	4	103	0.3878
15	11	m	4	115	0.5345
16	8	f	3	122	0.4384
17	7	m	3	133	0.3500
18	9	f	1	180	0.3500
19	10	f	3	95	0.4135
20	11	f	4	89	0.3522
21	9	f	5	130	0.5754
22	8	f	3	108	0.4415
23	7	m	1	120	0.4620
24	10	f	3	135	0.2843
25	8	f	2	115	0.3454

Fuente: Datos recolectados durante el trabajo de campo.

ANEXO No.3

Escuela: Oficial Rural Mixta Línea 16 Parcelamiento la Máquina
Suchitepéquez

No. de muestra	edad	sexo	grado	volumen	concentración de F
1	8	f	1	105	0.2348
2	8	f	1	90	0.1836
3	6	m	1	95	0.2103
4	7	f	1	110	0.1457
5	6	f	1	105	0.1907
6	7	f	1	120	0.1250
7	8	m	1	130	0.1944
8	8	f	1	115	0.1436
9	10	m	4	100	0.1663
10	7	f	1	125	0.1649
11	9	m	1	95	0.1396
12	11	f	4	100	0.3281
13	10	f	4	105	0.1504
14	9	f	1	130	0.1214
15	10	m	2	125	0.1773
16	10	m	3	150	0.2736
17	10	m	3	105	0.1386
18	11	m	3	115	0.1308
19	9	m	2	110	0.1994
20	9	m	2	140	0.1517
21	8	m	2	130	0.2796
22	11	f	2	115	0.3110
23	11	f	2	170	0.1979
24	9	f	2	100	0.3700
25	11	f	2	115	0.2862

Fuente: Datos recolectados durante el trabajo de campo.

ANEXO No.3

Escuela: Oficial Urbana Mixta El Hormigo San Andres Semetabaj, Sololá

No. de muestra	edad	sexo	grado	volumen	concentración de F
1	10	m	3	192	0.2666
2	11	m	3	241	0.2392
3	10	m	3	210	0.2331
4	9	m	3	220	0.2614
5	10	f	3	280	0.2502
6	9	f	3	220	0.2673
7	10	f	3	282	0.2522
8	8	f	2	190	0.3005
9	9	f	2	280	0.3003
10	8	m	2	231	0.2720
11	9	m	2	190	0.2472
12	9	m	2	229	0.2004
13	8	m	2	210	0.2944
14	8	f	2	198	0.2636
15	8	f	2	100	0.2353
16	9	f	2	210	0.1649
17	8	f	2	150	0.2508
18	7	m	2	203	0.1934
19	7	f	2	262	0.2111
20	8	f	2	230	0.2247
21	7	m	2	282	0.2192
22	10	m	2	289	0.2126
23	8	f	2	203	0.2004
24	7	m	1	289	0.3101
25	7	m	1	249	0.2854

Fuente: Datos recolectados durante el trabajo de campo.

ANEXO No.3

Escuela:Oficial Rural Mixta Cacerio los Churuneles Cantón Pujujil, Solola.

No. de muestra	edad	sexo	grado	volumen	concentración de F
1	11	m	4	310	0.1899
2	11	m	4	320	0.1697
3	10	f	1	124	0.1796
4	9	f	1	400	0.2051
5	9	f	1	279	0.1755
6	9	f	1	80	0.1892
7	10	f	2	105	0.1605
8	11	f	1	170	0.1899
9	9	f	1	130	0.2419
10	11	f	1	170	0.1850
11	9	f	2	110	0.1819
12	11	f	1	120	0.2079
13	10	f	2	95	0.2063
14	9	f	1	70	0.2621
15	10	m	1	110	0.1807
16	10	m	3	109	0.2762
17	11	m	3	150	0.2013
18	11	m	1	98	0.2819
19	11	m	4	190	0.2013
20	7	m	1	105	0.1858
21	10	m	2	130	0.1789
22	8	m	1	90	0.1685
23	8	m	1	145	0.1783
24	9	m	1	140	0.1548
25	8	m	1	108	0.2461

Fuente: Datos recolectados durante el trabajo de campo.

ANEXO No.3

Escuela Privada LISBI, Retalhuleu.

No. de muestra	edad	sexo	grado	volumen	concentración de F
1	6	f	1	160	0.6794
2	7	f	1	140	0.5237
3	7	f	1	160	0.2013
4	7	f	1	120	0.1984
5	7	f	1	140	0.3684
6	9	f	3	160	0.4052
7	9	f	3	70	0.4290
8	8	f	3	140	0.3906
9	9	f	3	135	0.3090
10	10	f	4	125	0.5479
11	9	f	4	140	0.3253
12	10	f	4	120	0.3995
13	10	f	4	147	0.4920
14	11	f	5	120	0.2009
15	11	f	5	160	0.3552
16	10	f	5	130	0.2349
17	11	f	5	170	0.2450
18	10	f	5	130	0.2354
19	11	f	6	155	0.2705
20	11	f	6	115	0.5008
21	8	f	2	200	0.1885
22	8	f	2	170	0.2200
23	8	f	2	105	0.2017
24	8	f	2	130	0.1963
25	8	f	2	110	0.4532

Fuente: Datos recolectados durante el trabajo de campo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

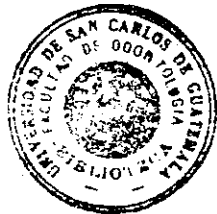
1. Alvarez, E.J. Sugerencias para el seguimiento y vigilancia en la fortificación de la sal con yodo y flúor. Trabajo presentado durante la "Primera reunión de Expertos sobre la Fluoración y Yodación de la Sal de Consumo Humano". Antigua Guatemala, Guatemala, Nov. 17-21 1986. pp. 235-246.
2. Alvarez Guerra, T., Z. Díaz Sosa, C. Barcelo y R. Cangas. Estudio preliminar de la excreción de flúor en orina en una población abastecida de agua fluorada. Rev Cubana Hig Epidemiol 27 (1):81-86, ene-mar 1989.
3. Ankerman, M. Determinación de la concentración de fluoruro en orina y saliva, en niños que recibieron una dosis óptima de fluoruro. (Informe Final de Tesis) Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1991. pp. 2-14.
4. Armstrong, W.D., I. Gedalia, L. Singer, J.A. Weatherell y S. M. Weidmann. Distribución de los fluoruros en el organismo, en: Fluoruros y Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1972. pp. 85-106. (Monografía No. 59).
5. Borgarello, L. (de). Flúor Rev Fac Odont UNC 2 (1-2): 63-106, 1983.
6. Cjlebna-Sokol, D. Changes in fluoride levels in the blood serum and urine of children with morred enamel. Przegł Lek 46 (12):793-7, 1989. (English abstract.)
7. Collado, P.J. Fluoruria en adultos costarricenses de 20 a 30 años en los estadios de futbol. Fluoración al día (Costa Rica) 1(1):15-17, mar-ago 1991.



8. Crámer, H. y W. Buttner. Absorción de los fluoruros. en: Fluoruros y Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1972. pp. 75-90. (Monografía No. 59)
9. Day, R.A. Como escribir y publicar trabajos científicos. Traducido por Miguel Sáenz. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1990. pp. 15-48. (Publicación Científica 526.)
10. Díaz, G. Monitoreo biológico para la evaluación de ingesta y excreción de flúor. I Curso de Formación de Líderes en programas de Fluoración de la Sal. MEMORIA. Del 16 al 21 de sept 1991. Programa de Fluoración de la Sal. San José, Costa Rica. 1991.
11. Díaz williams, G. Monitoreo biológico de ingesta y excreción de flúor. San José, Costa Rica, Programa de Fluoración de la Sal, 1992. pp. 5-6 (Manual Técnico No. 2).
12. Ericsson, Y. Urinary estimation of optimal fluoride dosis in domestic salt. Acta Odontol Scand 29(1):43-51, apr 1971.
13. Flores, R., A. Nogra y J. Matute. Diseño muestral en las encuestas sobre deficiencia de Yodo en C.A. y Panamá. En: informe de la reunión de trabajo del grupo técnico OPS/OMS-INCAP-UNICEF-JNSPHCC/IDD sobre control de los desórdenes por deficiencia de yodo en América Latina. Guate- mala, INCAP, 1989. pp. 13-17.
14. Flores Trujillo, J. Aspectos epidemiológicos de la flucra- gion. Medellín-Colombia, Universidad de Antioqu , Es- cuela Nacional de Salud pública, 1978. pp. 1-46.



15. Gall, F. Diccionario Geográfico de Guatemala. Compilación Crítica. Guatemala, Instituto Geográfico Nacional, 1983 Tomo I pp. 88-91.
16. Gedalia, I. Urinary fluoride levels of children and adults. J Dent Res 37(4): 601-604, Aug 1958.
17. González Avila, M., C.E. Poméz, y R. Sánchez. Fluorosis dental en Guatemala: epidemiología y caracterización. Guatemala, Universidad de San Carlos, Dirección General de Investigación, 1989. pp. 54-70. (Cuaderno de Investigación No. 5).
18. González, R. Memoria II Curso de Formación de Líderes en Programas de Fluoración de la Sal. Costa Rica, Programa de Fluoración de la Sal, 1992 pp. 85-88.
19. Guatemala, Ministerio de Educación. Unidad Sectorial de Investigación y Planificación Educativa (USIPE). ESTADÍSTICA EDUCATIVA. 1991. Guatemala, 1991.
20. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General de Servicios de Salud. Enriquecimiento de la Sal con fluoruro. Guatemala, febrero 1986. pp. 29-34.
21. Hennon, D.K., G.K. Stookey and J.C. Muhler. Blood and urinary fluoride levels in humans associated with ingestion of sodium fluoride-containing tablets. J Dent Res 48: 1211, 1969.
22. Hennon, D.K., G.K. Stookey and J.C. Muhler. Fluoride excretion with Sodium-Vitamin Tablets. J Dent Res 47:710, 1968.



23. Hodge, H.C., F.A. Smith y I. Gedalia. Excreción de flúor. En: Adler, P. Fluoruros y salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. 1972. pp. 143-219.
24. Katz, S.J. McDonald y G. Stookey. Odontología preventiva. Fluoruros por vía general y prevención de caries. Buenos Aires, Médica Panamericana, 1975. 215p.
25. Largent, E.J. Excreción urinaria de fluoruro en los individuos poco expuestos. en: Adler, P. Fluoruros y Salud. Ginebra, Organización de la Salud, 1972. pp. 151-156.
26. Machuca M., S.E. Análisis de la situación de salud por regiones. Guatemala, oficina Panamericana de la Salud, 1992 pp. 29-97. (Publicaciones Científicas y Técnicas).
27. Marthaler, T. Aspectos Cuantitativos del flúor en el cuerpo humano; ocurrencia e ingesta. (RESUMEN). Trabajo presentado durante la "Primera Reunión de Expertos sobre la Fluoración y Yodación de la Sal de Consumo Humano". Antigua Guatemala, Guatemala Nov. 17-21, 1986. pp. 225-229.
28. Marthaler, T. Estudios preparatorios con relación a la factibilidad y financiamiento de la fluoración de la sal en la prevención de caries dental. (RESUMEN). Trabajo presentado durante la "Primera Reunión de Expertos sobre la Fluoración y Yodación de la Sal de Consumo Humano". Antigua Guatemala, Guatemala Nov. 1986 pp. 415-434.
29. Matute J., R. Flores y A. Noguera. Encuesta para conocer la prevalencia de bocio y salud bucal, así como los niveles de yoduria y fluoruria en Panamá. Panamá, Incap, Ministerio de Salud, Universidad de Panamá, 26 julio 1990. p.9

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central



30. Matute, J. Representatividad y confiabilidad de una muestra. Nutrición al día. (Guatemala, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia, Escuela de Nutrición) 4(1):42-50, 1990.
31. McClure F.J. Water fluoridation. The search and the victory. Maryland, Estados Unidos. Department of health, Education and Welfare, 1970. pp. 196-206.
32. Mejía R., L.I. Determinación de la concentración real y la concentración óptima de fluoruro en el agua de consumo humano en el departamento de Chimaltenango. Tesis (Cirujano Dentista), Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1986. pp. 104-111.
33. Messer, H.H. y L. Singer. Flúor. Traducido por Manuel González. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Departamento de Educación Odontológica, 1988 pp. 1-8.
34. Newburn, E. Fluorides and dental caries. 2nd ed. Illinois, Charles C. Thomas, 1975. pp. 31-78.
35. Quiñonez A., E.A. Concentración de flúor en el agua de consumo humano del Departamento de Izabal. Tesis (Cirujano Dentista) Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1985. pp. 32-67.
36. Sognaes, J. The physiology of fluoride. Int Dent J 12:2, 1962.
37. Sánchez, R.J. Relación entre la concentración de fluoruro en el agua de consumo y la excreción y concentración de fluoruro en orina en una muestra de escolares de las Fincas Bananeras del Municipio de los Amates, Izabal. Tesis (Cirujano Dentista) Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1992. pp. 8-56.



38. Sánchez, R. Epidemiología de las enfermedades y transtornos clínicos del aparato estomatognático de los escolares del nivel primario de Guatemala. Estudio por regiones. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1 septiembre 1992.
39. Sánchez, R. Las enfermedades bucales y el flúor. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1992 pp. 1-5.
40. Smith, F.A., D.E. Gardner and H.C. Hodge. Investigations on the metabolism of fluoride, II. Fluoride content of blood and urine as a function of the fluoride in drinking water. J Dent Res 29:596-600, oct 1950.
41. Smoot, R.C. y J. Price. Química. Un curso moderno. México, Continental, 1979. pp. 203-204.
42. Stare, F. Effect of fluorides on bone reconstruction. Dent Abstracts, ADA 13(4):1-3, april 1968.
43. Suchinni P., C. Relación entre la concentración de fluoruro en el agua de consumo y la Excreción y Concentración de fluoruro en orina en una muestra de escolares de las Fincas Bananeras del Municipio de los Amates, Izabal. Tesis (Cirujano Dentista) Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1992. pp. 8-56.
44. Whiltford, G. Control biológico de la sal fluorada. (Resumen) Trabajo presentado durante la "Primera Reunión de Expertos sobre Fluoración y Yodación de la Sal de Consumo Humano". Realizada en Antigua Guatemala, Guatemala, Nov 17-21, 1986. pp. 133-155.



45. World Health Organization. Fluorine and Fluorides. Geneva, WHO, 1984. pp. 37-45.
46. Wood, J.H., Ch.W. Keenan y W.B. Bull. Química General. Traducido por Juan Pacheco y José Doria. 2a. ed. Chile, Prensa Técnica, 1976. pp. 334-339.
47. Zipkin, I. Excreción de los Fluoruros: en Adler, P. Fluoruros y Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1972. pp. 219-220. (Monografía No. 59).
48. Zipkin, I., R.C. Likins, F.J. McClure and A.C. Streere. Urinary Fluoride levels associated with use of fluoridated waters. Pub Health Rev 71: 767, 1956.
49. Zipkin, I., W.A. Lee and N.C. Leone. Rate of urinary fluoride output in normal adults. Amer J Publ Health 47:848-851, July 1957

Vo. Bu.

D. de S. L.

