



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CONOCIMIENTOS DE SALUD E HIGIENE BUCAL EN UNA
POBLACIÓN RURAL INFANTIL DE JIUTEPEC,
MORELOS, 2004.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

LAURA JOCELYN BETANCOURT GÓMEZ

TUTOR: C.D. JESÚS MANUEL DÍAZ DE LEÓN AZUARA
ASESORA: MTRA. ARCELIA FELICITAS MELÉNDEZ OCAMPO



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA



DEDICO ÉSTA TESINA PRIMERAMENTE A DIOS PORQUE ME HA PERMITIDO CONCLUIR MIS ESTUDIOS CON SALUD Y CON MIS SERES QUERIDOS.

A MIS PADRES Y HERMANO POR TODO EL APOYO Y EL AMOR QUE ME OTORGARON PARA EL TÉRMINO DE MI CARRERA PROFESIONAL. GRACIAS PAPÁ, MAMÁ Y ERICK!!!!

A MI FAMILIA Y AMIGOS LES DEDICO ESTA TESINA TAMBIÉN, POR LA FELICIDAD DE HABER CONCLUÍDO ESTE TRABAJO CON USTEDES A MI LADO Y CONTAR CON SU APOYO INCONDICIONAL. AUNQUE ALGUNOS ESTÉN LEJOS LOS TENGO EN MI CORAZÓN.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: LAURA JOCELYN
BETANCOURT GOMEZ
FECHA: 17. SEP. 04
FIRMA: *Laura Gomez*



Te agradezco Alfonso por tu apoyo incondicional, tu amor y tu confianza. Este trabajo es tuyo también.

Sra. Yonfief Karam y Sr. Armando Montalvo, les agradezco la ayuda que me otorgaron para la realización de mi tesina.

Dra. Arcelia Meléndez le agradezco su eterno buen humor y paciencia para este trabajo.

Dr. Jesús Díaz de León por su tiempo para la elaboración de esta tesina.

Agradezco al DIF Jiutepec, Morelos por permitirme conocer la importante labor que desempeña y haber podido realizar el estudio en uno de los municipios de Jiutepec, Morelos.



INDICE

	PAG.
1. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES.....	5
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
3. JUSTIFICACIÓN.....	9
4. HIPÓTESIS.....	10
5. OBJETIVOS.....	10
5.1. OBJETIVO GENERAL.....	10
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
6. METODOLOGÍA.....	11
6.1. MATERIALES Y MÉTODOS.....	11
6.2. TIPO DE ESTUDIO.....	35
6.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	35
6.4. MUESTRA.....	35
6.5. CRITERIO DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	35
6.6. SELECCIÓN DE VARIABLES.....	36
6.7. DEFINICIÓN, OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN.....	36
6.8. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	37
6.9. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.....	38
7. ANEXOS.....	50
8. CONCLUSIONES.....	55
9. FUENTES DE INFORMACIÓN.....	56



1. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

La salud bucal es una parte integrante de la salud general: un individuo no puede ser considerado como completamente sano si existe presencia activa de enfermedad bucal.¹

Se ha demostrado que la caries dental, figura entre las enfermedades humanas más relevantes, debido a la frecuencia de su aparición.² La caries dental ha sido menospreciada como problema médico y de salud pública por no ocasionar mortalidad directa, cuando, en realidad, su elevada frecuencia (afecta a más del 95% de la población), las molestias locales, repercusiones estéticas trastornos digestivos, e incluso grandes complicaciones sistémicas, justifican plenamente una particular atención a esta enfermedad. Además, tiene una gran importancia económica por cuanto consume recursos financieros en su prevención y tratamiento y resta aportaciones a causa de absentismo escolar en los niños, por las complicaciones que conlleva. La Organización Mundial de la Salud, debido a su frecuencia y extensión, considera la caries dental como la "tercera plaga mundial", después de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.¹

La caries dental es una enfermedad infecto-contagiosa, que depende de múltiples factores, es una forma de destrucción progresiva del esmalte, dentina y cemento, iniciada por la actividad microbiana en la superficie del diente, su inicio y evolución ocurre desde edades muy tempranas, por lo que es necesario conocer la frecuencia y distribución de la enfermedad, en los diversos grupos etáreos y poblaciones para realizar programas de prevención adecuados; siendo los niños una parte importante de las poblaciones, por su número y susceptibilidad a la enfermedad, es necesario determinar específicamente en este grupo su prevalencia para implementar las medidas preventivas correspondientes.²





La prevalencia de caries dental (Frecuencia de la caries), representa la proporción de población afectada por la caries en un momento dado. Es un dato estadístico que indica la diferencia entre la experiencia anterior acumulada con la actual de la enfermedad en un determinado grupo social en el momento en el que el dato se obtiene.

En los estudios de prevalencia de caries la determinación puede ser expresada en forma de porcentaje de personas afectadas por la enfermedad de una determinada población o comunidad y otras veces, como el porcentaje de dientes o superficies cariadas.³

En el año de 1993 Sánchez Pérez y Cols., llevaron a cabo en las delegaciones Tláhuac y Miguel Hidalgo de la Ciudad de México, un estudio en una población de 266 niños, de 7, 8 y 9 años de edad, provenientes de las Escuelas públicas federales de dichas delegaciones. El promedio del índice de caries en la Delegación Tláhuac fue para la dentición temporal de 4.64 ± 3.0 ceo-d y para la permanente de 1.08 ± 1.44 (CPO-D). En la Delegación Miguel Hidalgo se determinó un índice ceo-d de 4.58 ± 3.1 y un CPO-D de 0.69 ± 1.1 . El 9.4% de los niños se encontró libre de caries (6% Tláhuac y 3.4% Miguel Hidalgo).⁴

De la misma manera en 1996 Irigoyen y Cols., realizaron un estudio en escolares de 12 años de edad del Estado de México, cuyo propósito fue conocer la prevalencia y severidad de caries dental, estudiar la relación con el cepillado dental y el uso del dentífrico. Se examinaron 2,275 estudiantes de secundaria. La prevalencia de caries dental en la dentición permanente fue del 89.7%. El promedio del índice de caries CPO-D fue de 6.92. se encontró que el 78% de los estudiantes indicó que utilizaba dentífrico fluorado, el 16.7% se cepillaba sin dentífrico y el 4.8% restante no se cepillaba. La relación entre el uso de dentífricos e índices de caries no fue estadísticamente significativo ($p > 0.05$).⁵



A principios de 1998 Irigoyen Camacho y Cols., realizaron un estudio cuyo objetivo fue comparar las características de niños hispanos y niños del estado de México en relación a sus índices de caries y al número de dientes presentes. Los resultados indicaron que los escolares mexiquenses de 8 años de edad tenían un índice CPO-D de 2.37 y los niños mexicano-americanos de 0.80. Los índices de caries dental en dentición primaria de los niños mexicano-americanos fueron más altos que los de los otros grupos de niños hispanos (cubano-americanos y puertorriqueños), mas no así los índices en la dentición permanente. Los niños mexicanos que viven en Estados Unidos tenían mejores condiciones de salud bucal que los escolares mexiquenses estudiados.⁶

A mediados de 1998, Osorio Rosado y Cols., realizaron un estudio comparativo entre dos grupos de escolares de 6 a 12 años de Mérida y Cancún.

Se tomaron 104 niños en Mérida y 100 niños en Cancún, de dos escuelas urbanas en Mérida, considerando el nivel socioeconómico. El promedio CPO-D en Mérida fue de 4.28 y en Cancún fue de 2.59. Para el índice ceo-d, los niños de Mérida registraron un promedio de 3.3 en el sexo masculino y 4.18 en el sexo femenino, el promedio en Cancún fue de 2.86 para el sexo masculino y para el femenino de 3.06. Los resultados señalan que el problema de caries es mas severo en Mérida que en Cancún.²

A finales de 1998 Vallejos Sánchez y Cols., determinaron la prevalencia y severidad de fluorosis y caries dental así como su distribución por edad y sexo, en una muestra de escuelas sujetas a un programa preventivo de salud bucal en Campeche. Se examinaron 1,373 niños de 6 a 12 años de edad. Los criterios de diagnóstico fueron el índice de Dean modificado y magnitud de la lesión cariosa de Gutiérrez Salazar. Los datos sociodemográficos se obtuvieron de un cuestionario dirigido a las madres. La prevalencia de caries dental fue de 71.28%. El 16.2% presentó las lesiones más severas.⁷



En el 2001 Irigoyen y Cols., publicaron un estudio cuyo propósito fue identificar las modificaciones en el índice de caries dental que se produjo durante 20 meses de seguimiento en un grupo de escolares y describir sus hábitos de higiene bucal. El seguimiento se realizó de 1996 a 1998. El número de escolares que participaron fue de 114 niños con edad promedio de 8.9 años al inicio del periodo de observación. El índice de caries dental CPO-D, en el grupo de 10 a 12 años de edad fue de 2.75. La incidencia acumulada fue de 1.79 dientes. Mas de un tercio de los escolares(39.5%) refirieron cepillarse los dientes de 1 a 2 veces al día. El 11% de los niños indicó, al inicio del estudio, no utilizar dentífrico fluorado. El modelo de regresión para el índice CPO-D medido al final del periodo de observación mostró una relación significativa con: el índice de caries en dentición primaria registrado al inicio del periodo de estudio, el número de dientes permanentes presentes en 1996, y utilización de dentífrico fluorado. La comparación de los resultados de CPO-D(1998) y la encuesta basal de caries dental del D.F.(1989) indica una reducción en este índice del orden del 30%.⁸

En el 2004 Aguilera Galaviz y Cols., realizaron una investigación cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de caries dental en un grupo de estudiantes de educación primaria de 10 a 13 años de la zona urbana de la ciudad de Zacatecas y determinar la presencia y cantidad de *S. Mutans* en saliva para establecer correspondencia con el CPO-D. Se encontró una prevalencia de caries dental del 56%, así mismo se detectó correspondencia entre los niveles de *S. mutans* y el CPO-D.⁹



2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es bien sabido que la caries dental es un problema de Salud Pública y que la consecuencia final de la misma es la extracción del órgano dentario.

De igual manera es importante establecer el conocimiento relacionado a prevención de caries dental que tiene una población en cuanto a si se cepillan los dientes, que utilizan para esto, así como el conocimiento de la población infantil en cuanto a caries dental, el uso de fluoruros y hábitos alimenticios entre otros.

Los niños constituyen un grupo al cual hemos olvidado en la cuestión preventiva, ya que se le da prioridad a la curación de afecciones dentales mas no a su prevención.

Debemos tener en cuenta que las afecciones bucales en el niño, lo marcaran para su adolescencia y en la edad adulta.

Por lo tanto surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué nivel de conocimiento tiene la población infantil de Jiutepec, Mor., en relación a salud bucal y hábitos de higiene?

3. JUSTIFICACIÓN

Considerando que la salud bucal forma parte integral de la salud general y que es la estructura de los servicios odontológicos no satisface las necesidades de la población con relación a caries dental, que inicia en los primeros años de vida y se convierte en la causa principal de la pérdida de dientes en adultos, es



de vital importancia concientizar a los niños y a sus padres de la necesidad de conocer más sobre la salud bucal y los hábitos de higiene de esta.

Hay que señalar que la atención que se brinda en nuestro país es más de tipo curativo que preventivo, por lo que es necesario ampliar el conocimiento de la población respecto al significado de la salud bucal y la relación que existe entre la boca y el resto del organismo, así como de las diferentes medidas de prevención que existen para la caries dental y que pueden ser aplicadas tanto a la población abierta como a nivel individual.

Tomando en cuenta que los malos hábitos dietéticos y los cambios de etapa a la adolescencia, aumentan los riesgos de presentar caries dental, es por eso necesario fomentar la cultura de autocuidado mediante la adquisición de hábitos higiénicos preventivos desde una edad temprana ya que es mucho más fácil crear hábitos que cambiar los ya existentes.

4. HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo:

Los conocimientos de salud e higiene bucal que tienen los niños del municipio de Jiutepec, Morelos, son los adecuados para el mantenimiento de la salud bucal.

Hipótesis nula:

Los conocimientos de salud e higiene bucal que tienen los niños del municipio de Jiutepec, Morelos, no son los adecuados para el mantenimiento de la salud bucal.

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimientos sobre salud y hábitos de higiene bucal en una población rural.



5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los conocimientos de salud e higiene bucal aplicando la escala de Likert, representada en un test, el cual se utilizará para el objetivo mencionado.
- Realizar una platica sobre salud e higiene bucal.
- Determinar la prevalencia de caries con el índice CPO-D y ceo-d.

6. METODOLOGÍA

6.1. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio se dividió en tres etapas:

Primera etapa:

- Se realizó contacto previo con la Presidenta del DIF Jiutepec, Morelos, se le entregó una carta (Anexo 1), pidiendo autorización para trabajar con las localidades de Jiutepec con la finalidad de que se asignara algún municipio cercano donde realizar la investigación y se convocara a los padres con sus hijos con la finalidad de explicarles en que consiste el estudio, sus objetivos y sus beneficios.
- A cada uno de los padres se les entregó un oficio de información y consentimiento para que su hijo participara en el estudio (Anexo 2), en la que autorizan a sus hijos a participar en el proyecto. Se realizó el levantamiento de las variables sociodemográficas y epidemiológicas, así como las correspondientes a la escala de Likert, cabe señalar que en este momento los participantes en el estudio no recibieron ningún tipo de información en cuanto a educación bucal se refiere.



- De la misma manera se levantó el índice CPO-D y ceo-d.



A continuación se explicará en que consiste la escala de Likert y el índice CPO-D y ceo-d.

Escalamiento tipo Likert:

Este método fue desarrollado por rensis Likert a principios de los treinta; sin embargo se trata de un enfoque vigente y bastante popularizado. *Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos. Es decir, se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que se externe en su reacción eligiendo uno de los cinco puntos de la escala.*



A cada punto se le asigna un valor numérico. Así el sujeto obtiene una puntuación total, sumando las puntuaciones obtenidas en relación a todas las afirmaciones.

Las afirmaciones califican al objeto de actitud que se está midiendo y deben expresar sólo una relación lógica, además es muy recomendable que no excedan de 20 palabras. Debiendo tomarse en cuenta que una actitud es una predisposición aprendida, relacionada con el comportamiento que mantenemos. Por ello las mediciones de actitudes deben interpretarse como "síntomas" y no como "hechos"(Padua, 1979).

Las actitudes tienen diversas propiedades, entre las que destacan: dirección (positiva o negativa) e intensidad (alta o baja), estas propiedades forman parte de la medición. Por lo tanto las alternativas de respuesta o puntos de la escala son cinco e indican cuánto se está de acuerdo con la afirmación correspondiente. Debe recordarse que a cada una de ellas se le asigna un valor numérico y sólo puede marcarse una opción. Se considera un dato inválido a quien marque dos o mas opciones.

Las alternativas de respuesta pueden colocarse horizontalmente o verticalmente.

Las afirmaciones pueden tener dirección: favorable o positiva y desfavorable o negativa. Y esta dirección es muy importante para saber cómo se codifican las alternativas negativas de respuesta.

Si la afirmación es positiva significa que califica favorablemente al objeto de actitud, y cuando los sujetos estén mas de acuerdo con la afirmación, su actitud será mas favorable.

Las afirmaciones se califican comúnmente de la siguiente manera:

- (5) Muy de acuerdo
- (4) De acuerdo
- (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- (2) En desacuerdo
- (1) Muy en desacuerdo



Es decir, estar "muy de acuerdo" implica una actitud más favorable hacia lo que se está cuestionando, por lo tanto implica una puntuación mayor.

Si la afirmación es negativa significa que califica desfavorablemente al objeto de actitud, y entre más sujetos estén de acuerdo con la afirmación, su actitud es menos favorable.

Las puntuaciones de la escala de Likert se obtienen sumando los valores obtenidos respecto a cada frase. Por ello se denomina escala aditiva.

Un aspecto muy importante de la escala de Likert es que asume que los ítems o afirmaciones miden la actitud hacia un único concepto subyacente, si se van a medir actitudes hacia varios objetos, deberá incluirse una escala por objeto aunque se presenten conjuntamente, pero se califican por separado.¹⁰

Para este estudio se utilizaron 3 opciones de respuesta de modo gráfico ya que el test está dirigido a niños de 6 a 12 años.



De acuerdo



No se



En desacuerdo

En cuanto al examen clínico este se inició por el cuadrante superior derecho, para continuar por el cuadrante superior izquierdo y después pasar al cuadrante inferior izquierdo para concluir en el cuadrante inferior derecho. Se realizó en una silla y escritorio con luz natural, con un espejo del no. 5 y un explorador.

Índice CPO-D(dientes permanentes cariados, perdidos y obturados) y ceo-d(dientes temporales cariados, extraídos y obturados):

Se utiliza para determinar el estado individual de cada diente, los resultados se vacían en un odontograma determinado para dientes permanentes, dientes temporales o ambos según sea el caso.



Los examinadores deben realizar el examen de caries dental en una forma sistematizada procediendo de una manera ordenada, de un diente o espacio dental al diente o espacio dental adyacente. Un diente se considera presente en la boca, cuando cualquier parte de él está visible o puede tocarse con la punta del explorador sin desplazar tejido blando. Si un diente permanente y temporal ocupa el mismo espacio dental, solamente se registra el estado del diente permanente.

Se usa un código numérico para registrar el estado de los dientes permanentes y un sistema alfabético para codificar a los dientes primarios, ambos se codifican en un odontograma.

Los códigos son los siguientes:

CODIGO	CONDICIONES DEL DIENTE
0	sano
1	caries
2	Obturado
3	Perdido por caries
4	Perdido por otra razón
5	Diente no erupcionado
6	Diente excluido

Los criterios de diagnóstico y codificación son:

0 – Diente sano

Diente que no presenta evidencia de caries, o con los siguientes defectos:

- Manchas blancas o yesosas
- Manchas decoloradas o ásperas



- Pigmentación del esmalte de fosetas y fisuras que el explorador puede detener pero que no tienen el piso reblandecido, esmalte socavado o reblandecimiento de paredes
- En el esmalte del diente, áreas oscuras, brillosas, duras, socavado, signos de una moderada y severa fluorosis.

Todos los dientes en duda de lesión se codifican como sanos.

1 – Diente cariado

La caries dental se registra como presente cuando una lesión en una foseta, fisura o bien en la superficie lisa, tiene un piso reblandecido a la detección, el esmalte pierde continuidad o existe una pared reblandecida. Un diente con una obturación debe incluirse en esta categoría. En las superficies interproximales, el examinador debe estar seguro de que el explorador entre a la lesión. Donde exista duda de caries dental, no debe anotarse como presente.

2 - Diente obturado

Cuando hay una o más restauraciones permanentes

3 – Diente perdido por caries

Se usa para dientes temporales y permanentes que han sido extraídos debido a caries dental. Es básico el conocimiento de la cronología de la erupción dental.

4 – Diente permanente perdido por otra razón que no sea caries dental

Dientes permanentes que se consideran ausentes congénitamente o extraídos por razones ortodóncicas, por traumatismo, o por enfermedad periodontal.



5 – Diente no erupcionado

Este código es sólo para dientes permanentes. Se usa únicamente para un espacio dental con un diente permanente no erupcionado, pero que no esté presente un diente primario.

6 – Dientes excluidos

Este código es para cualquier diente que no sea examinado.

La información del índice de Dientes Cariados, Perdidos y Obturados (CPO-D) y de dientes temporales cariados, extraídos y obturados (ceo-d) puede calcularse al final del examen dental. El componente C y c incluye todos los dientes codificados con el 1. El componente O y o comprende a los dientes del código 2 y los dientes con el código 3 y 4 pertenecen al componente P y e.(12) Los dientes con extracción indicada se consideraron dentro de los cariados.¹¹



Segunda etapa

Ésta comprendió una plática relacionada con la educación para la salud y la higiene bucal. Se le obsequió un cepillo dental a cada niño para realizar un ejercicio de cepillado dental.



En cuanto al contenido general de dicha plática se contemplaron los siguientes temas:

- ✧ ANATOMÍA DENTAL
- ✧ DENTICIÓN TEMPORAL Y PERMANENTE
- ✧ DEFINICIÓN DE CARIES DENTAL, SU IMPORTANCIA Y ETIOLOGÍA.
- ✧ PREVENCIÓN DE LA CARIES DENTAL
- ✧ IMPORTANCIA DEL FLUORURO
- ✧ ALIMENTACIÓN Y BUENOS HÁBITOS



❖ ANATOMÍA DENTAL

Los dientes son órganos blanquecinos, duros, de consistencia pétreo implantados en el borde libre o alveolar de los maxilares y ajustados a la cavidad alveolar por el ligamento alveolar y las encías que se adhieren firmemente al cuello del diente.

Cada diente posee una parte visible que rebasa el alveolo (corona) y una parte oculta en el alveolo (raíz), denominándose cuello a la parte más o menos estrecha, pero generalmente poco acentuada que une ambas.¹²

Los dientes están formados por cuatro clases de tejidos. Tres son duros, mineralizados y constituyen la cubierta del cuarto tejido, llamado pulpa.

Los tres tejidos mineralizados del diente son: esmalte, dentina y cemento. Cada uno de estos es más duro que el tejido óseo, y el no mineralizado llamado pulpa.

- Esmalte:

El esmalte cubre y da forma exterior a la corona. Es el tejido más duro del organismo. Es de aspecto vítreo, superficie brillante y translúcida, su color depende del de la dentina que lo soporta; por dicho motivo subordina su apariencia externa que varía desde blanco azulado hasta amarillo opaco. Su dureza se debe a que es la estructura más mineralizada de todas cuantas forman el organismo; sólo contiene de 3 a 8% de materia orgánica y en el análisis de calcinación se ha logrado demostrar que la mitad de este porcentaje es humedad.

El esmalte es la parte del diente que termina de calcificarse antes que los otros tejidos dentarios. Su espesor varía según el sitio en que se encuentra, es mínimo en la región cervical, y llega hasta 2 y 2.5 mm en la cima de las cúspides. Esto sucede en la dentadura de adulto. En la dentadura infantil, el grueso del esmalte es uniforme, de 0.5 mm más o menos de espesor.



- **Dentina:**

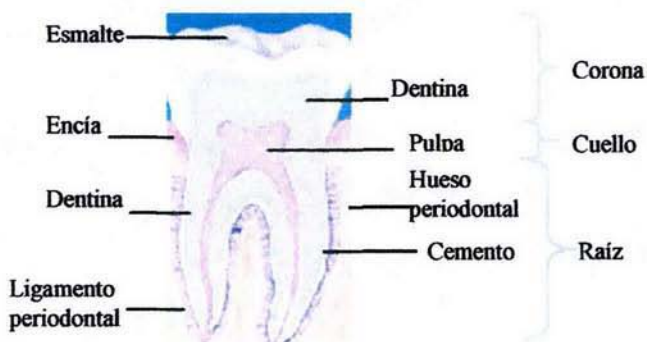
La dentina es el principal tejido formador del diente. Está cubierta por esmalte en la porción de la corona y por cemento en la raíz; normalmente no está en contacto con el exterior. Es tejido intensamente calcificado, más duro que el hueso y tiene mucha sensibilidad a cualquier estímulo. Su mineralización da principio un poco antes que el esmalte. En su evolución forma la corona, y después de la erupción continúa formando la raíz..

- **Cemento:**

Es el tejido que cubre toda la totalidad de la raíz hasta el cuello del diente; de color amarillento, de consistencia más flexible y menos dura que la dentina; su calcificación es también menor, y no es sensible o sensitivo como ésta.

- **Pulpa:**

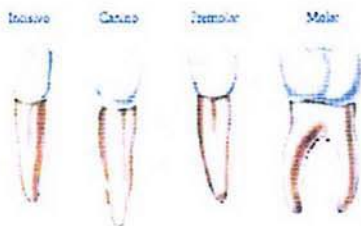
La pulpa es el órgano vital y sensible por excelencia. Ésta compuesto por un estroma celular de tejido conjuntivo laxo, ricamente vascularizado. Al principio, la función de la pulpa es formar dentina; posteriormente, cuando ya se ha encerrado dentro de la cavidad que forma la dentina, sigue formando nuevo tejido o dentina secundaria, pero su principal función consiste en nutrir y proporcionarle sensibilidad al diente.¹³





Cada diente tiene una tarea o función específica

- **Incisivos:** Los dientes anteriores con bordes afilados en forma de cincel (cuatro superiores y cuatro inferiores), son utilizados para cortar los alimentos.
- **Caninos:** Dientes con forma puntiaguda (de cúspide) que se utilizan para desgarrar los alimentos..
- **Premolares:** Estos dientes tienen dos cúspides puntiagudas en su superficie de masticación. A veces son denominados bicúspides. La función de los premolares es aplastar y desgarrar.
- **Molares:** Utilizados para moler, estos dientes tienen varias cúspides en su superficie de masticación. ¹⁴



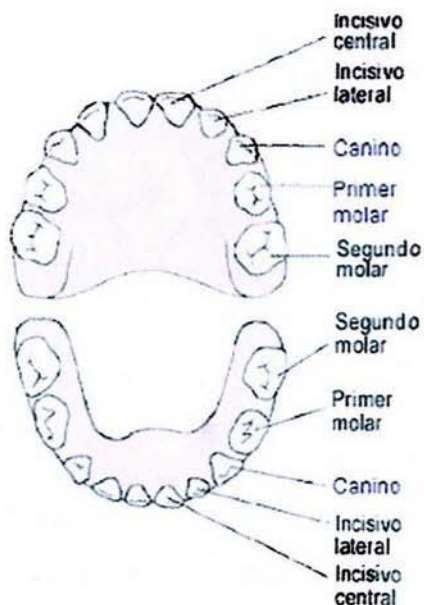
✱ DENTICIÓN TEMPORAL Y PERMANENTE

Dentición es el cúmulo de circunstancias que concurren para la formación, crecimiento y desarrollo de los dientes, en sus distintas etapas hasta su erupción, a fin de formar la dentadura.

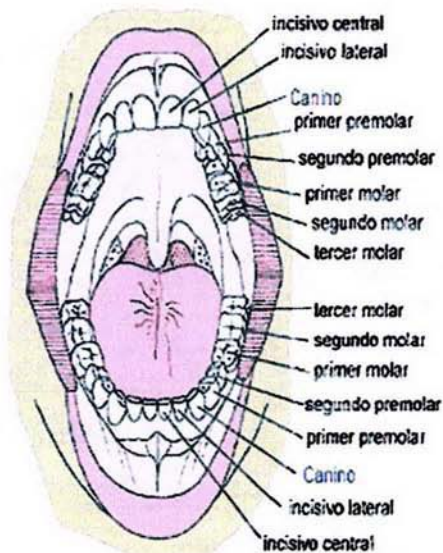


Existen dos denticiones en el hombre. La primera conforma la dentadura infantil, y consta de 20 pequeños dientes cuya forma y tamaño satisfacen las necesidades fisiológicas requeridas; a éstos se les llama dientes temporales. La segunda dentición es la que forma los dientes de adulto, los que sustituyen a los dientes temporales, en tiempo apropiado para cubrir necesidades mayores. La dentadura de adulto está conformada por 32 dientes y se le denomina dentición permanente.¹³

Dentición Temporal



Dentición permanente





DENTICION INFANTIL	MESES EN EL QUE ERUPCIONA	DENTICION PERMANENTE	AÑOS EN EL QUE ERUPCIONA
incisivos centrales sup.	8 a 10 meses	Incisivos centrales	6 a 8 años
Incisivos centrales inf.	5 a 9 meses	Incisivos laterales	7 a 9 años
incisivos laterales sup.	10 a 12 meses	Caninos	9 a 12 años
incisivos laterales inf.	12 a 15 meses	Primeros premolares	10 a 12 años
Caninos	18 a 20 meses	Segundos premolares	10 a 12 años
Primeros molares	10 a 16 meses	Primeros molares	5 a 7 años
Segundos molares	20 a 30 meses	Segundos molares	11 a 13 años
		Terceros molares	17 a 25 años

❖ DEFINICIÓN DE CARIES DENTAL, SU IMPORTANCIA Y ETIOLOGÍA

Definición de caries dental:

La caries dental es la destrucción localizada de los tejidos duros del diente, por la acción bacteriana. Shuster en 1990, propone que la caries dental se refiere a la enfermedad en la cual los tejidos duros del diente son modificados y eventualmente disueltos. Otros autores la definen como la descomposición molecular de los tejidos duros del diente que involucra un proceso histoquímico y bacteriano, el cual termina con descalcificación y disolución progresiva de los materiales inorgánicos y desintegración de su matriz orgánica.³





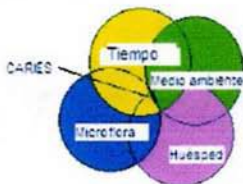
Su prevalencia aumenta con el grado de industrialización y desarrollo, afectando a más del 95% de la población. Alrededor del 2% de la población no desarrolla caries dental debido a los mecanismos de resistencia y susceptibilidad del huésped.¹

Importancia de la caries dental:

- 1.- Es la afección humana más frecuente.
- 2.- Se trata de un proceso crónico, recurrente, acumulativo e irreversible.
- 3.- Produce un gran dolor.
- 4.- Pérdida precoz de los dientes temporales y algunas veces de los permanentes
- 5.- La masticación, ya sea por falta de dientes o por el dolor, pierde eficacia y trastorna la digestión, desperdiciándose parte del valor nutritivo de los alimentos.
- 6.- Las anomalías bucales y pueden ocasionar dificultad respiratoria y fonatoria
- 7.- Representa una alteración estética.
- 8.- Puede originar abscesos dentales, fistulas, incluso casos de osteomielitis del maxilar inferior, celulitis, amigdalitis, y otras afecciones.
- 9.- Tiene una gran importancia económica.¹

Etiología de la caries dental:

La caries dental es una enfermedad multifactorial en la que existe interacción de tres factores: el huésped, la microflora y ambientales. Además de estos tres factores deberá tenerse en cuenta uno más, el tiempo, el cual deberá considerarse importante en la etiología de la caries dental.¹²





Factor huésped

a) Edad:

Al aumentar la edad, aumenta el número de dientes con caries dental.

b) Sexo:

Algunos investigadores refieren una mayor incidencia de caries dental en las niñas, lo que atribuyen a que los dientes de éstas erupcionan a edad más temprana que los varones.

c) Genética:

Hay familias con mayor o menor prevalencia de caries dental.

d) Constitución:

Depende del tipo de saliva (cantidad, flujo y composición química) y de las características de los dientes para presentar caries dental o no.

e) Estado nutritivo:

Los alimentos afectan a la cavidad bucal 2 veces: una localmente durante la masticación y otra con carácter sistémico después de que los nutrientes son digeridos y absorbidos, afectando a los dientes durante la preerupción y la posterupción.

Factor microflora

Dentro de esta estudiaremos a la placa dental y a los microorganismos.

a) Placa dental:

Es un conglomerado dinámico y complejo de bacterias, materia orgánica y sustancias inorgánicas, que constituye una película firmemente adherida a la superficie dental no eliminándose con enjuagues de agua ni con agua a presión. El crecimiento de este material de placa empieza preferentemente



en las fosas y fisuras de la superficie de los dientes, así como en otros lugares protegidos de la higiene fisiológica, como el margen gingival.

b) Microorganismos:

Se considera al *Streptococcus mutans* como el factor etiológico más importante en la caries dental del hombre, aunque es posible que otros microorganismos también puedan ser necesarios junto con él para producir lesiones o para su avance como son:

Lactobacillus, *Estreptococos*, *Bacilos grampositivos y gramnegativos*, *Neisseria*, *Veillonella*, *Fusobacterium*, *Roth*, *Streptococcus mutans*, *S.sanguis*, *S.salivarius*, *S. milleri*, *Actinomyces israeli*, *A. Viscosus*.¹

Factores ambientales

a) Distribución geográfica:

Aunque pueden encontrarse caries dental en cualquier parte del mundo, su prevalencia regional varía extremadamente. Estas diferencias se deben a la distinta cantidad de fluoruro existente en los suministros de agua, a variaciones del consumo de agua originadas por las diferencias climáticas, a diversidades en el contenido de otros oligoelementos en el agua y los alimentos, y a diferencias en los hábitos alimenticios, sobre todo en el consumo de sacarosa y su ingesta entre comidas.

b) Desarrollo industrial:

La incidencia y frecuencia de caries dental discurren paralelas al grado de desarrollo industrial.



Fuente directa



c) Dieta:

El aumento del consumo de sacarosa se relaciona directamente con un incremento de la prevalencia de caries dental. La adhesividad de los alimentos y su retención en la boca influye en el potencial cariogénico.

c) Higiene dental:

Estos hábitos influyen de modo importante en la frecuencia de la caries dental .

Tiempo

La caries dental clínica se forma sólo después de que una acción repetida y sin molestias ha producido la descalcificación suficiente para permitir la invasión bacteriana del diente y la eventual pérdida permanente de la sustancia dentaria.¹

*** PREVENCIÓN DE LA CARIES DENTAL**

a) Cepillado dental

La finalidad del cepillado dental es eliminar la placa dentobacteriana acumulada en la boca.

La mayoría de los profesionales de la odontología coinciden en que un cepillo de cerdas suaves es ideal para eliminar la placa dentobacteriana y los restos de alimentos de los dientes. Los cepillos de cabeza pequeña también son recomendables, puesto que llegan mejor a todas las zonas de la boca, incluso a los dientes posteriores de difícil acceso. Para muchos, un cepillo dental eléctrico es una buena alternativa, ya que hace un mejor trabajo de limpieza de los dientes, especialmente en aquellas personas que tienen dificultades para cepillarse.





Es importante utilizar un dentrífico adecuado. En la actualidad, existe una gran variedad de pastas dentales diseñadas para prevenir muchos trastornos, tales como caries dental, gingivitis, sarro, dientes manchados y sensibilidad. Se debe reemplazar el cepillo dental cuando muestre las cerdas abiertas o cada tres meses. También es importante cambiar los cepillos dentales después de un resfriado, puesto que las cerdas acumulan gérmenes que pueden provocar una nueva infección.¹⁴

Técnica de cepillado recomendada:



Incline el cepillo a un ángulo de 45° contra el borde de la encía y deslice el cepillo hacia el diente



Cepille suavemente el exterior e interior. Y con movimientos cortos hacia atrás cepille la superficie masticatoria.



Cepille suavemente la lengua para eliminar las bacterias y refrescar el aliento.



Fuente directa



b) Hilo dental:

El uso correcto del hilo dental elimina la placa dentobacteriana y las partículas de comida de lugares que el cepillo dental no puede alcanzar fácilmente: debajo de la encía y entre los dientes. Como la acumulación de placa puede provocar caries dental y enfermedades de las encías, se recomienda el uso diario de hilo dental.

- Tomando unos 30 a 45 cm de hilo dental, se enrollan sus extremos en los dedos medios



- Curve el hilo dental suavemente alrededor de la base de cada diente, asegurándose de que pase por debajo de la encía. Nunca se debe golpear ni forzar el hilo, ya que puede cortar o lastimar el delicado tejido gingival
- Se deben utilizar secciones de hilo limpio a medida que avanza de diente en diente



- Para extraer el hilo, se debe utilizar el mismo movimiento hacia atrás y hacia adelante, sacándolo hacia arriba y alejándolo de los dientes.¹⁴



✱ IMPORTANCIA DEL FLUORURO

El fluoruro posee la capacidad de modificar al huésped y en ciertas concentraciones a los microorganismos, por consiguiente es un modificador de la caries dental. La evidencia científica señala al fluoruro como el responsable de la disminución de los índices de caries dental en todos los países, independientemente de su grado de industrialización.

a) Mecanismo de acción del fluoruro

El mecanismo por el cual el fluoruro ejerce su acción cariostática depende de las condiciones en que se suministra (tópica o sistémica); la edad del diente (esmalte en etapa de maduración o esmalte maduro) y la concentración a la cual se suministra.³

El fenómeno de desmineralización-rem mineralización de la estructura dentaria es un ciclo continuo pero variable. Los carbohidratos que se metabolizan en la placa dental producen ácidos que reaccionan con la superficie dentaria, la cual cede iones de calcio y fosfato al medio ambiente desmineralizándola. Si no continúa la producción de ácidos, al cabo de un tiempo de 30 a 45 min debido a la capacidad amortiguadora de la saliva el pH sube y los minerales en forma iónica tienden a incorporarse de nuevo a la estructura dentaria, remineralizándola. Si existe una nueva ingesta de alimentos el proceso se repite.

Ten Cate y Arendes investigaron el mecanismo de remineralización. Ellos concluyen que en este proceso, la deposición inicial de minerales ocurre en o cerca de la capa externa de la lesión. El compuesto mineral que se deposita inicialmente es una forma soluble. Al transcurrir el tiempo, los minerales son transferidos dentro de la lesión, y eventualmente depositados en forma de compuestos insolubles en la parte más profunda del cuerpo de la lesión.³



b) Vías de administración:

❖ Sistémica:

Es el compuesto fluorado a una concentración baja, que es ingerido, deglutido y absorbido por el tracto gastrointestinal e incorporado al plasma sanguíneo; desde donde es distribuido a los tejidos, huesos, dientes y a fluidos corporales, como la saliva y el fluido gingival. Un efecto secundario de esta vía es el efecto tóxico pos eruptivo, por estar presente el fluoruro en la saliva y el fluido gingival, los cuales bañan al esmalte erupcionado manteniendo un contacto continuo de la estructura dentaria.

El fluoruro sistémico lo encontramos en:

. Agua de consumo: Las concentraciones utilizadas aproximadamente están entre 0.7 y 1.2 partes por millón(ppm) de fluoruro, de acuerdo a la temperatura anual media.



. Sal de mesa: Este método se utiliza en nuestro país y en Colombia, Costa Rica, Jamaica, Venezuela, Suiza, Francia y otros. La concentración mínima recomendada por la OMS es de 200 ppm de fluoruro por kg de sal.

. Tabletas y gotas: Son un método eficaz en la prevención de la caries dental, donde no exista la fluoración de las aguas, sal o de la leche. El método es efectivo si el suministro de la forma farmacéutica se consume diariamente desde el nacimiento hasta los 14 años de edad.³

❖ Tópica:

Es la aplicación de sistemas que tienen relativamente altas concentraciones de fluoruros y cuya acción en niños y adolescentes se realiza por contacto directo con la superficie del esmalte de un diente erupcionado.



. Aplicación profesional:

Existen varios sistemas para la aplicación tópica de fluoruros en el consultorio como son: soluciones, geles y barnices.



.De uso casero:

-Geles fluorados.- Estos se presentan en concentraciones de 0.5% de fluoruro de sodio y 0.4% de fluoruro estañoso. Esta técnica se recomienda en pacientes de alto riesgo a caries dental. No utilizarse en niños menores de 6 años.

-Enjuagues fluorados.- Se deben seguir las instrucciones anexas al enjuague. No utilizarse en niños menores de 6 años.

-Dentríficos.- Estos contienen fluoruro de sodio, monofluorurofosfato de sodio y fluoruro estañoso. La concentración estándar es de .1% equivalente a 1100 ppm. El uso de dentríficos con fluoruros es en parte responsable de la disminución de caries dental, tanto en comunidades con agua o sal fluorada, como en aquellas que carecen de estas medidas preventivas.³



c) Toxicidad del fluoruro:

El fluoruro utilizado en dosis exactas es beneficioso; sin embargo, en dosis altas puede causar una intoxicación aguda cuyo resultado puede ser la muerte y la exposición crónica a dosis superiores a las discutidas en el aporte de fluoración de las aguas de consumo puede producir fluorosis dental y esquelética.³



* ALIMENTACIÓN



La alimentación es uno de los factores etiológicos más importantes para el desarrollo de la caries dental.

Existen numerosas evidencias de que la ingesta de carbohidratos fermentables se encuentra asociada con la prevalencia de caries dental. Existe cada vez mayor evidencia en la literatura que demuestra una correlación

débil entre los hábitos de dieta y caries dental en los países industrializados. Mientras que en los países en vías de desarrollo, la correlación entre ambos fenómenos es aparentemente importante.

El principal mecanismo para la desmineralización de los tejidos duros de la cavidad bucal es la formación de ácidos por parte de los microorganismos a partir de diferentes sustancias o alimentos de nuestra dieta. Esto se traduce en una caída del pH en la superficie dentaria. Por esto aquellos productos alimenticios que causen una caída del pH por debajo del nivel crítico (4.5), son acidogénicos y potencialmente cariogénicos como son:

- Las sustancias que contienen azúcar tales como caramelos, galletas, frutas secas, bebidas gaseosas azucaradas, helados, resultan en una dramática caída del pH a niveles cercanos de 4.
- Las sustancias ingeridas durante las comidas (desayuno, comida y cena) pueden producir bajas en el pH que pueden durar horas.
- Productos naturales como leche y frutas frescas, también pueden bajar el pH por debajo del nivel crítico.
- Algunos productos con almidón como el pan, cereales comerciales, palomitas de maíz y papas fritas, pueden aumentar el pH desde niveles críticos.
- Productos que contienen ácidos, como jugos de frutas, por lo general producen caídas instantáneas en el pH.





Hay 2 factores en la dieta que afectan la prevalencia de la caries dental pero son, hasta cierto punto, independientes el uno del otro:

1) Factores relacionados al producto

- Tipo de carbohidrato
- Concentración de carbohidrato
- Pegajosidad, tiempo de retención del carbohidrato
- Compuestos protectores adicionales en la dieta

2) Factores relacionados al huésped

- Frecuencia de ingesta (mientras mayor sea la frecuencia de ingesta de carbohidratos fermentables, mayor será el riesgo de desarrollar caries dental)
- Tiempo de eliminación del compuesto de nuestra cavidad bucal

Por esto es necesario cambiar hábitos de alimentación en los niños, aunque esto no se lleva a cabo de un día a otro debemos implementar en estos nuevos hábitos con alimentos que les agraden.

Los principios para modificar la alimentación son:

1. Limitar el número de ingestas a tres comidas diarias, haciendo énfasis en evitar alimentos entre estas tres comidas.
2. Aumentar la ingesta de alimentos "protectores" como vegetales, queso, pescado y legumbres, los cuales son ricos en minerales, vitaminas y proteínas.
3. Disminuir la ingesta total de carbohidratos de manera que provean no mas de 50% y no menos de 30% de la ingesta total de calorías.
4. Tratar de restringir el consumo de alimentos con azúcar en las comidas. Es muy importante la completa eliminación entre las comidas de alimentos y sustancias dulces pegajosas y concentradas tales como caramelos, tortas, frutas secas, pasteles, etc.



5. Se recomienda el uso de alimentos "limpiadores" como vegetales y frutas fibrosas, así como la masticación de goma de mascar sin azúcar, en especial después de las comidas, para aumentar el flujo salival y acelerar la eliminación de los restos alimenticios de la cavidad bucal.
6. Cocinar con sal fluorada (en México) o agua fluorada (en otros países).³



Tercera etapa

En esta etapa se repitió el test de la primera etapa, para conocer si existió alguna modificación en cuanto a conocimientos de salud e higiene bucal, basándose en sus respuestas en el conocimiento adquirido por medio de la plática que recibieron en la segunda etapa.



6.2. TIPO DE ESTUDIO

Transversal descriptivo observacional

6.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Niños y niñas del municipio de Jiutepec, Morelos.

6.4. MUESTRA

La muestra se constituyó por los niños y niñas que acudieron al llamado de las autoridades y el número fue de 25.

6.5. CRITERIO DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Niños de 6 a 12 años del municipio de Jiutepec en el estado de Morelos que deseen participar.



CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Niños mayores y menores de 6 a 12 años

Niños que no deseen participar

6.6. SELECCIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

1. Conocimiento de salud y hábitos de higiene bucal.

VARIABLES DEPENDIENTES

1. Estado de salud bucal
2. Prácticas de higiene dental

6.7. DEFINICIÓN, OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

EDAD: En años cumplidos al día de la entrevista

SEXO: Masculino y Femenino

ESCOLARIDAD: La reportada al momento del test.

CPO-D: Serán los dientes permanentes cariados, perdidos u obturados que presente el paciente.

ceo-d: Serán los dientes temporales cariados, extraídos u obturados que presenta el paciente.

PLÁTICA DE SALUD E HIGIENE BUCAL: aquella que se realizó , después de aplicar el primer test y antes de aplicar el segundo.

CONOCIMIENTOS: A través e preguntas se conocieron los resultados del paciente y que tanto sabe sobre salud e higiene bucal.

PRÁCTICAS DE HIGIENE BUCAL: Son aquellas que incluyen técnica de cepillado, y auxiliares de la higiene.





6.8. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Test que abarca los siguientes aspectos(Anexo 3):

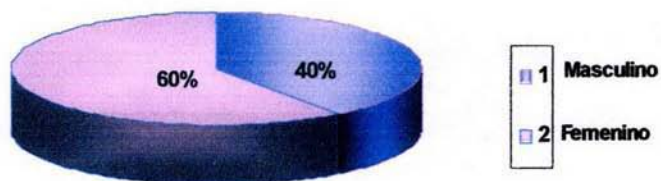
- Datos sociodemográficos
- Datos epidemiológicos
- Ítems de acuerdo a la escala de Likert.
- Odontograma para el índice CPO-D y ceo-d



6.9. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

El presente estudio se llevó a cabo en una comunidad rural de Jiutepec, Morelos donde participaron 25 niños de 6 a 12 años de edad, la distribución porcentual por sexo demostró que la mayor proporción correspondió al sexo femenino(15 niñas) y la menor proporción correspondió al sexo masculino(10 niños). (Gráfica 1)

GRÁFICA 1
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR SEXO DE 25
NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS DE UNA COMUNIDAD RURAL.
JIUTEPEC, MOR. 2004



Fuente directa



Del total de niños encuestados se observó que los grupos etáreos de 6 años constituyeron la mayor proporción así como los de 8, 9 10 y 12 años con el 16% respectivamente. (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución porcentual por edad de 25 niños residentes en una comunidad rural del Jiutepec. Morelos 2004.

Edad	No	%
6	5	20%
7	2	8%
8	4	16%
9	4	16%
10	4	16%
11	2	8%
12	4	16%
Total	25	100%

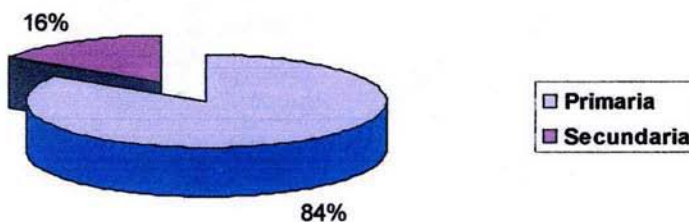
Fuente directa



En la siguiente gráfica se muestra que la mayoría de los niños(21 niños) encuestados cursan la primaria, mientras que sólo 4 niños cursan la secundaria.(Gráfica 2)

GRÁFICA 2

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NIÑOS QUE CURSAN LA PRIMARIA Y DE LOS QUE CURSAN LA SECUNDARIA, JIUTEPEC., MOR, 2004



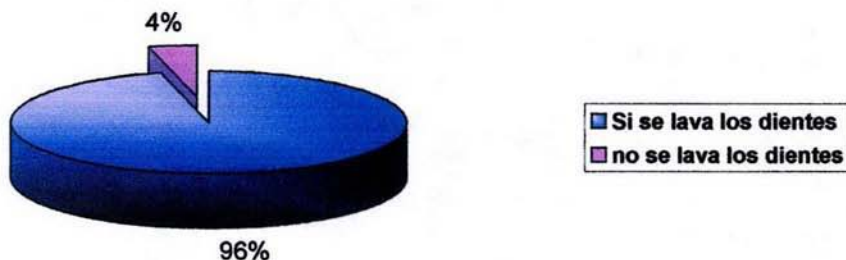
Fuente directa



Del total de niños se encontró que el 96%(24 niños) de ellos acostumbra lavarse los dientes, mientras que sólo el 4%(1 niño), no lo acostumbra.

(Gráfica 3)

GRAFICA 3
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NIÑOS QUE ACOSTUMBRAN LAVARSE LOS DIENTES Y LOS QUE NO, EN LA ZONA RURAL DE JIUTEPEC, MOR.,2004.

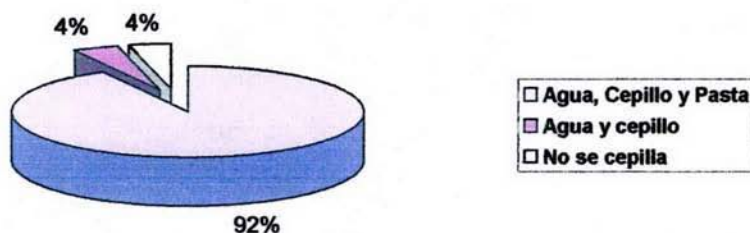


Fuente directa



Del total de los niños se observó que el 92%(23 niños) se cepillan los dientes con agua, cepillo y pasta dental, mientras que solo el 4% (1 niño) se cepilla con agua y cepillo, y el mismo porcentaje 4%(1 niño) no se cepilla. (Gráfica 4)

GRÁFICA 4
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LO QUE UTILIZAN LOS NIÑOS DE JIUTEPEC, MOR., PARA LAVARSE LOS DIENTES, 2004.



Fuente directa

Ocho pacientes del sexo femenino presentaron dentición permanente completa y en promedio cada uno de los integrantes de este grupo tuvo 4.3 dientes con experiencia presente o pasada de caries dental, con una $DE \pm$ de 3.5. (Tabla 2)

Tabla 2
PROMEDIO DEL CPO-D EN 8 PACIENTES DEL SEXO FEMENINO.
JIUTEPEC, MOR., 2004.

Promedio	4.3
Desviación estandar \pm	3.5



17 pacientes presentaron dentición mixta y como se observa en la tabla los valores promedio mas altos pertenecen al ceo, siendo el sexo masculino el que presentó un diente más con experiencia presente o pasada de caries dental con respecto al sexo femenino. Se sugiere en estudios futuros de ser posible aumentar el tamaño muestral.(Tabla 3)

La prevalencia de caries dental para estos 17 pacientes fue de 88.24 %

Tabla 3

DISTRIBUCIÓN PROMEDIO CPO-D y ceo-d EN 17 PACIENTES DE AMBOS GÉNEROS DE JIUTEPEC, MORELOS. 2004		
ÍNDICE	PROMEDIO	DE±
CPO-Dm	0.5	0.9
Ceo-dm	4.6	2.4
CPO-Df	0.8	1.1
Ceo-df	3.3	2.8

Fuente directa



Como se puede observar en la tabla los valores promedio de dientes cariados correspondieron a 2.2 para cada integrante mientras que el componente diente obturado el promedio fue de 1.5 respectivamente. (Tabla 4)

Tabla 4
DISTRIBUCIÓN PROMEDIO POR COMPONENTE CPO-D EN 8 PACIENTES DEL SEXO FEMENINO, JIUTEPEC.,MOR,2004.

Indice	Promedio	Desviación estandar
C	2.2	2.9
P	0.6	1.4
O	1.5	2.6

Fuente directa

Como podemos observar el valor promedio ceo-d es de 4 dientes con experiencia presente o pasada de caries dental con una desviación estandar de 2.7 , este valor es mas alto que el CPO-D ($\times 0.7 DE \pm 0.9$) ya que la población sujeta a estudio presentaba dentición mixta con una mayor presencia de dientes temporales. (Tabla 5)

Tabla 5
DISTRIBUCIÓN PROMEDIO DE CPO-D Y ceo-d EN 17 PACIENTES DE AMBOS SEXOS, JIUTEPEC.,MOR,2004.

INDICE	Promedio	Desviación Estandar
CPO-D	0.7	0.9
ceo-d	4	2.7

Fuente directa



Al comparar ambos indicadores por componente observamos que debido al mayor número de dientes temporales presentes. La tendencia promedio de los dientes cariados fue de 2.1 y de dientes obturados de 1.4 mientras que el índice CPO-D ni siquiera un diente con esta experiencia patológica. (Tabla 6)

Tabla 6
DISTRIBUCIÓN PROMEDIO POR COMPONENTES CPO-D y ceo-d
EN 17 PACIENTES DE AMBOS SEXOS, JIUTEPEC.,MOR,2004

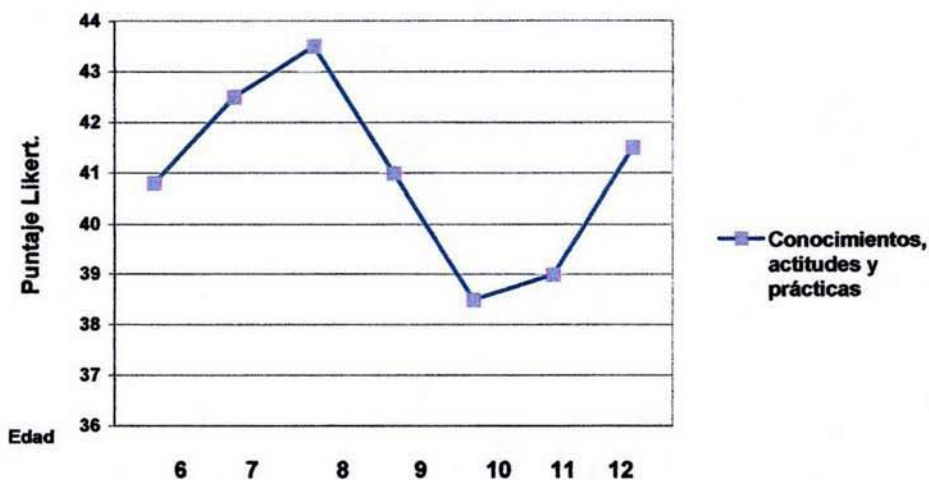
INDICE	PROMEDIO	DE	INDICE	PROMEDIO	DE
C	0.5	0.9	c	2.1	1.9
P	0.1	0.5	e	0.4	0.7
O	0	0	o	1.4	2.2

Fuente directa



En ésta gráfica podemos observar el puntaje que se obtuvo en el primer test por edad, los niños que mas puntaje obtuvieron fueron los de 7, 8 y 12 años de edad. Los niños de 6 y 9 años de edad obtuvieron puntajes regulares, mientras que los de 10 y 11 años obtuvieron el puntaje más bajo en la escala de Likert.(Gráfica 5)

GRÁFICA 5
CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD E HIGIENE BUCAL. JIUTEPEC, MOR.,
2004

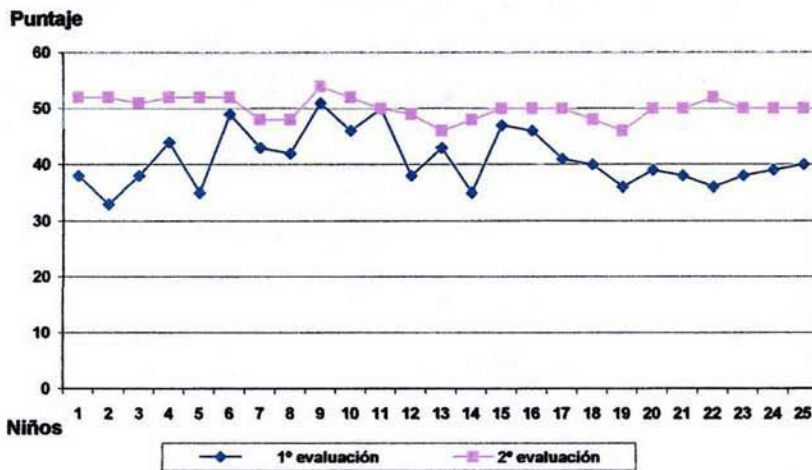


Fuente directa



Comparando el puntaje del primer test con el del segundo, este último realizado después de haber implementado la plática de salud bucal, demuestra que el conocimiento fue incrementado. (Gráfica 6)

GRÁFICA 6
PERFIL DE PUNTAJE DE LIKERT RESPECTO A LA PRE Y POST-
EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD E HIGIENE BUCAL
EN 25 NIÑOS DE JIUTEPEC, MOR., 2004.



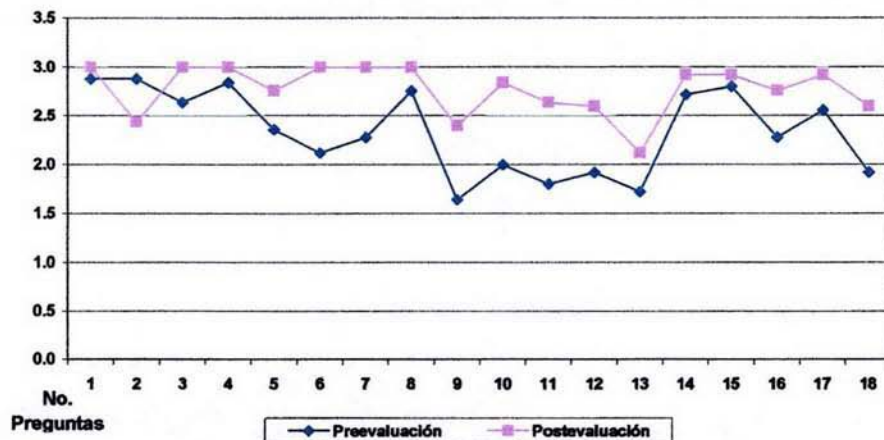
Fuente directa



Cada pregunta del primer y segundo test fueron analizadas, demostrando que el conocimiento en cada una de ellas, fue incrementado después de implementada la plática de salud e higiene bucal.(Gráfica 7)

GRÁFICA 7
PERFIL DE RESPUESTAS ANTES Y DESPUÉS DE IMPLEMENTADA LA PLÁTICA SOBRE SALUD E HIGIENE BUCAL EN CADA UNA DE LAS 18 RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO, JIUTEPEC., MOR,2004.

Puntaje (3)

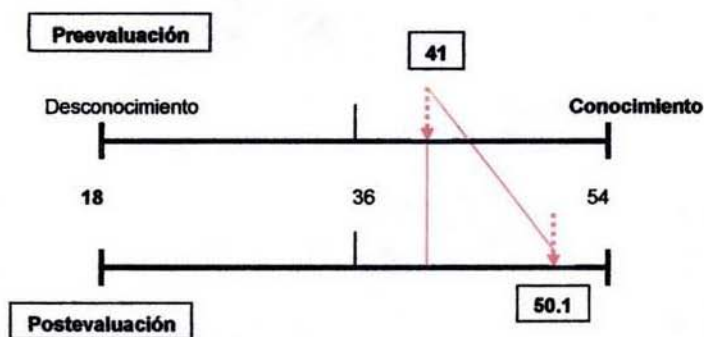


Fuente directa



En ésta gráfica se muestra la zona de apropiación de conocimientos(triángulo rojo) que nos indica que el conocimiento fue mayor en la segunda evaluación debido a la plática de salud e higiene bucal implementada. (Gráfica 8)

Gráfica 8
PUNTUACIÓN EN LA ESCALA DE LIKERT, PRE Y POST-EVALUACIÓN,
JIUTEPE,MOR., 2004.



Fuente directa

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA



7. ANEXOS

Anexo 1



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
JEFATURA DE ODONTOLOGÍA PREVENTIVA
Y SALUD PÚBLICA
ASUNTO: COMUNICACIÓN
OFICIO 30/07/04

Sra. Guadalupe Reyes
Presidenta del Sistema DIF Jiutepec
Municipio de Jiutepec, Morelos
Presente

Por este conducto, la que suscribe Dra. Arcelia Meléndez Ocampo, Jefe del Departamento de Odontología Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Odontología de la UNAM me dirijo a Ud. Para solicitar su apoyo con la pasante de la Carrera de Cirujano Dentista Laura Jocelyn Betancourt Gómez, alumna del Seminario de Titulación en Epidemiología y Salud Pública de esta Facultad para la realización de un estudio sobre los conocimientos que los niños del municipio de Jiutepec, Morelos, tienen sobre salud e higiene bucal. Además se determinará la prevalencia de caries dental en niños y niñas de 6 a 12 años en dicho municipio.

Lo anterior en virtud a que este estudio sería el contexto donde la citada alumna podría realizar un análisis real de la población para obtener información y realizar su trabajo de titulación.

Así mismo debo hacer mención que la revisión bucal no conlleva riesgo alguno para los niños y de ser favorecidos con su apoyo la alumna hará de conocimiento de ustedes los objetivos y metodología a seguir para la obtención de la información amén de solicitar el consentimiento por escrito de los padres de familia y el mismo niño.

Agradezco la atención que se sirva prestar a la presente y hago propia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

"Por mi raza hablará el espíritu"
Ciudad Universitaria, D.F., a 30 de julio del 2004.


Dra. Arcelia Meléndez Ocampo
Jefatura





Anexo 2

México D.F., a 5 de agosto del 2004

CARTA DE CONSENTIMIENTO

He sido informado(a) de las pláticas de prevención en el área de salud bucal y de las revisiones bucodentales que se realizarán en mi hijo ya que esto es necesario para incrementar la calidad de higiene en la boca del mismo.

Estoy enterado(a) del procedimiento que llevará a cabo esta labor social, iniciando con el llenado de un cuestionario y acudiendo a dichas pláticas. He aceptado las revisiones que se realizarán a mi hijo y colaboraré proporcionando información si es necesario.

Queda en mi entendimiento que todos los exámenes, consultas y material utilizadas no tendrán ningún costo. Con pleno consentimiento autorizo la toma de fotografías, u otros medios audiovisuales, mismos que servirán de apoyo para este trabajo.

Por lo tanto es de mi interés participar en este proyecto, firmo en la línea designada registrando el nombre de mi hijo. Pero si el niño no desea participar se le ha informado que podrá asistir a las pláticas sin compromiso alguno.

Nombre del paciente

Firma del padre o tutor

Atte: Laura Jocelyn Betancourt Gómez
Pasante de la carrera de Cirujano Dentista



Anexo 3

No.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
JEFATURA DE ODONTOLÓGIA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD BUCAL EN NIÑOS

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

NOMBRE:

SEXO: M F EDAD

ESCOLARIDAD

1) PRIMARIA 2) SECUNDARIA

GRADO ESCOLAR DE LOS PADRES

PADRE

1) PRIMARIA 2) SECUNDARIA 3) C. TÉCNICA 4) PREPARATORIA

MADRE

5) PROFESIONAL 6) OTRO

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

ACOSTUMBRAS LAVARTE LOS DIENTES? 1) SI 2) NO

QUE UTILIZAS PARA LAVARTE LOS DIENTES

1) AGUA Y CEPILLO 2) AGUA CEPILLO Y PASTA 3) CEPILLO, PASTA E HILO DENTAL
4) OTRO

CEPILLAR MIS DIENTES DESPUÉS DE COMER, AYUDA A QUE NO SE ACUMULE EL ALIMENTO ENTRE LOS DIENTES



EL CEPILLADO DIARIO RAYA LOS DIENTES



LA MASILLA QUE SE FORMA SOBRE LOS DIENTES SE LLAMA PLACA DENTOBACTERIANA



EL CEPILLADO DENTAL REMUEVE LA PLACA DENTOBACTERIANA



LA PASTA DENTAL CON FLUORURO DEBE SER USADA SOLAMENTE CON CEPILLO DENTAL



EL FLUORURO ES UN MEDICAMENTO QUE PRODUCE DOLOR ESTOMACAL





EL FLUORURO ES UN MEDICAMENTO QUE PRODUCE DIARREA



EL FLUORURO ES UNA SOLUCIÓN QUE PREVIENE LAS CARIES DENTALES



LA FALTA DE DIENTES NO ES MOLESTO PARA HABLAR Y COMER



ES NORMAL QUE LAS ENCÍAS SANGREN AL LAVARSE LOS DIENTES



NO ES NECESARIO LAVAR LAS SUPERFICIES DE LAS MUELAS



ES MALO CEPILLAR LAS ENCÍAS PORQUE SE INFLAMAN



LA CARIES DENTAL SE PRODUCE POR TOMAR LECHE Y PAN



LOS ALIMENTOS BLANDOS Y RICOS EN AZÚCARES SON PERJUDICIALES PARA LOS DIENTES



LA CARIES DENTAL ES UNA ENFERMEDAD DE LOS DIENTES PRODUCIDA POR BACTERIAS



LA CARIES DENTAL ES CONTAGIOSA



ES NECESARIO HACER UN BUCHE DE AGUA DESPUÉS DE COMER DULCES PARA PREVENIR LA CARIES DENTAL



ES MALO CEPILLAR LA LENGUA CUANDO TE LAVAS LOS DIENTES





8. CONCLUSIONES

En este estudio se pudo determinar que la prevalencia de caries dental, incluyendo CPO-D y ceo-d fue de 88.24% en una población cuyo promedio de edad fue de 9.4 años de edad, lo cual indica que independientemente de que la muestra es muy pequeña seguimos observando que la prevalencia de caries dental es alta.

Por lo tanto es importante que en poblaciones infantiles sean rurales o urbanas constantemente se este reforzando el conocimiento sobre salud bucal, así como la prevención de la caries dental. Ya que también se pudo observar que en esta población sujeta a estudio, existe un desconocimiento por parte de los padres y de los hijos de que la salud bucal implica una salud general también, existen malos hábitos alimenticios, y se desconoce que el estado de la dentición temporal repercutirá directamente sobre el estado de salud en la dentición permanente.

Los niños que fueron encuestados no tienen conocimiento acerca del fluoruro y sus usos. En cambio saben que deben cepillarse los dientes 3 veces al día y usar pasta dental, saben también que no deben comer entre comidas, ni alimentos cariogénicos, pero desconocen como afectan a sus dientes y cuando comerlos.

La implementación de la plática de salud e higiene bucal representó avances entre el primer y segundo test. Ya que en todas las respuestas excepto una se elevó el puntaje. Es por eso que se sugiere realizar un seguimiento ya que esto ayudaría en esta población a mejorar sus hábitos de higiene, sus conocimientos de salud bucal, y su estado de salud general.

El privilegio que tiene esta población es que cuentan con un DIF cerca, pero desconocen como trabaja este. Se les explicó que no es caro como ellos piensan y que no solo deben asistir por dolor dental o urgencia, sino por prevención, pues esta es el principio de una buena salud.



9. FUENTES DE INFORMACIÓN



1. Piedrola G. Medicina Preventiva y Salud Pública, Ed. Ediciones científicas y técnicas 1991, España
2. Irigoyen M. Prevalencia de caries dental en dos grupos de seis a 12 años de edad en Mérida. Revista ADM, Vol. LV: No.5, septiembre-octubre 1998
3. Tomás S. Cariología, Ed. Actualizaciones médico Odontológicas Latinoamérica 1997, Venezuela
4. Sánchez L. Análisis de las tendencias en la prevalencia de caries dental en dos delegaciones de la Ciudad de México. Revista ADM, Vol. L:No.2, marzo-abril 1993
5. Irigoyen M. Utilización de dentríficos y caries dental en escolares de educación media básica del Estado de México. Revista ADM, Vol. LIII: No.4, julio-agosto 1996
6. Irigoyen M. Caries dental en escolares del Estado de México y en escolares de origen hispano radicados en los Estados Unidos. Revista ADM, Vol. LV: No.1, enero-febrero 1998



7. Vallejos A. Prevalencia, severidad de fluorosis y caries dental en una población escolar de seis a doce años de edad en la Ciudad de Campeche, 1997-1998. Revista ADM, Vol. IV: No.6, noviembre-diciembre 1998
8. Irigoyen M. Prevalencia e Incidencia de caries dental y hábitos de higiene bucal en un grupo de escolares del sur de la Ciudad de México: Estudio de seguimiento longitudinal. Revista ADM, Vol. LVIII: No. 3, mayo-junio 2001
9. Aguilera L. Niveles de *Streptococcus Mutans* y prevalencia de caries dental en una población de escolares en la zona urbana de la ciudad de Zacatecas. Revista ADM, Vol. LXI: No. 3, mayo-junio 2004
10. Hernández R. Metodología de la Investigación, Ed. McGraw-Hill 2001, México
11. Organización Mundial de la Salud. Investigación de Salud Ora, Ed. Trillas 1990, México
12. Newbrun E. Cariología, Ed. Limusa, México
13. Esponda R. Anatomía dental, coordinación de Humanidades, Facultad de Odontología, México
14. http://www.colgate.es/oralcare/oralhygiene_basics/art_tooth_anatomy.shtml

