



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**PERFIL DE SALUD BUCODENTAL EN ESCOLARES
DE LA PRIMARIA BENITO JUÁREZ NAUCALPAN, EDO. DE
MÉXICO. 2011.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

ERICA MATAMOROS RAMÍREZ

TUTOR: Esp.: JESÚS MANUEL DÍAZ DE LEÓN AZUARA



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADEZCO:

A DIOS:

Por haberme permitido llegar a este momento, por muy difícil que fueron los tiempos, nunca me soltó de la mano, y en todo momento me acompañas, te agradezco señor, GRACIAS.....

A MIS PADRES ELBA Y CECILIO:

Quienes jamás me abandonaron y me apoyaron en todo momento pese al cáncer que tuviste madre jamás me abandonaste, y te quedaste con nosotros para acompañarme en este momento. A ti padre que aún luchando también con tu enfermedad confiaste en que lo lograría, GRACIAS.....

A MI FAMILIA:

Que indiscutiblemente me ayudaron a ver realizado este sueño, en ocasiones siendo mis pacientes y ayudando también a costear la carrera, gracias a ti.: Alicia, Brandon, Cecilia, Olga, Fabiola, Pedro, y también a ti que me apoyaste moralmente por la distancia que nos separa Silvia, Salvador, Diana, Mónica, Lupita, y también a ti Javier que me ayudaste a dar este gran paso en mi vida a todos, los que me brindaron su apoyo incondicional, y dios me permitió ser parte de esta familia GRACIAS.....

A MIS AMIGOS:

Quienes en realidad son pocos pero sé que son amigos verdaderos, y siempre me apoyarán, en mi vida, y de igual forma contarán conmigo GRACIAS.....

A MI TUTOR:

Quien con su paciencia y dedicación me permitió concluir esta etapa en mi vida, GRACIAS.....

A LA FACULTAD:

Por permitirme ser parte de la máxima casa de estudios y poder concluir aquí mis estudios y seré siempre orgullosamente UNAM, GRACIAS.....



INDICE:

1. INTRODUCCIÓN.....	05
2. ANTECEDENTES.....	06
2.1 Caries dental: definición, etiología, agente, huésped, dieta, características generales, factores de riesgo, clasificación.....	15
2.2 Placa dentobacteriana: definición, composición, desarrollo de la placa dentobacteriana, consecuencias.....	21
2.3 Maloclusiones dentales: clasificación, etiología, factores de riesgo Hábitos bucales como factor principal de riesgo para las Maloclusiones y sus implicaciones clínicas.....	24
2.4 Medidas preventivas: vigilancia en salud escolar, higiene bucal, cepillado dental, métodos de control de la placa dentobacteriana.....	30
2.5 Programa de acciones específico 2007-2012. Salud Bucal. Secretaria de Salud (Subsecretaria de Prevención y promoción De la salud).....	36
2.6 Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994 Para la prevención y control de enfermedades bucales, para quedar Como Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, para la Prevención y control de enfermedades bucales.....	40
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	42
4. JUSTIFICACIÓN.....	43
5. OBJETIVOS	
5.1 Objetivo General.....	44
5.2 Objetivos Específicos.....	44



6. METODOLOGÍA

6.1 Material y Método	45
6.2 Tipo de Estudio	55
6.3 Población de estudio y muestra	55
6.4 Criterios de inclusión	56
6.5 Criterios e exclusión	56
6.6 Variables de estudio	57
6.6.1 Variable dependiente	57
6.6.2 Variable independiente	58
6.6.3 Conceptualización	58
7. PLAN DE ANÁLISIS	59
8. RESULTADOS	60
9. DISCUSIÓN	96
10. CONCLUSIONES	98
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100
12. ANEXOS	104

ANEXO 1: Carta de presentación a la institución escolar.

ANEXO 2: Consentimiento informado.

ANEXO 3: Cuestionario con las variables de estudio.

ANEXO 4: Odontograma de evaluación.

ANEXO 5: Tríptico informativo.

ANEXO 6: Información a los padres sobre la salud bucal de sus hijos.



1. INTRODUCCIÓN.

En nuestro país el tema de la caries dental es un problema de salud pública, con un alto índice de prevalencia. Es bien sabido que esta enfermedad figura entre las más relevantes debido a la frecuencia de su aparición, su inicio y evolución desde edades muy tempranas.

Sin embargo existen otras enfermedades que aquejan a la población infantil que es punto clave para el desarrollo de otros problemas como lo son la enfermedad periodontal y las maloclusiones dentales consideradas como enfermedades multifactoriales.

Actualmente se considera que más del 90% de la población mexicana padece caries dental, y algún grado de maloclusiones ya sea por herencia o adquirida mediante la aparición de algún hábito pernicioso durante el crecimiento y desarrollo, afectando estos padecimientos a todos los niveles socioeconómicos y culturales, en diversos grupos étnicos y poblaciones.

Es de suma importancia que la promoción de la salud oral establezca metas claramente definidas, basándose en la prevención obligatoria y orientada a la erradicación del problema como en el caso de otros países desarrollados.

A partir de la importancia que tiene la caries dental, la placa dentobacteriana, la aparición de algunos hábitos perniciosos, fue que se realizó este estudio en una escuela primaria con niños escolares de 1º y 6º año en el estado de México, con el fin de aportar datos recientes y directos que puedan mostrar la necesidad de atención en este sector.



2. ANTECEDENTES

Desde la aparición del hombre civilizado hasta recién iniciado el siglo XVIII, el conocimiento cariológico se reducía a la creencia de que la caries dental, era el producto de la acción destructiva de un gusano que atacaba y destruía a los dientes: **el gusano dentífono**¹.

Sin embargo la historia del conocimiento cariológico se inicia apoyado en dos hechos fundamentales: el aporte científico del microscopio de Van Leeuwenhoek en el siglo XVII, el cual permite el nacimiento y posterior desarrollo de la bacteriología y la postulación de la teoría químico-bacteriana, la cual, descubre el origen infeccioso de la caries dental.

En la actualidad el término se utiliza indistintamente, para referirse a la lesión de caries y a la caries enfermedad².

La velocidad de progresión de caries dental en el niño es, generalmente más rápida que en el adulto. Esto es comprensible si se tiene en cuenta que además de los condicionantes morfológicos, y las dificultades para una higiene adecuada, los niños de las sociedades civilizadas consumen un elevado número de alimentos azucarados que agrede frecuentemente el tejido dentario sin darle tiempo a compensar la destrucción.

La mayor parte de las superficies naturales poseen su propia cubierta de microorganismos o biopelícula adaptada al hábitat particular. La formación de la placa dental de ninguna manera tiene característica única y solo refleja un caso aislado de un fenómeno natural muy difundido y antiguo. Uno de los primeros ejemplos conocidos de vida, corresponde a las bacterias o algas mineralizadas halladas en las rocas del periodo precámbrico. Ambas son bastante similares al cálculo dental. Las interacciones fisicoquímicas y bioquímicas de la adhesión bacteriana donde quiera que ésta se presente en



la naturaleza, son las mismas que las observadas en las formaciones de la placa dentobacteriana ³.

Por lo tanto no es coincidencia que las principales enfermedades basadas en la placa dentobacteriana, la caries dental y la enfermedad periodontal se originen en sitios en donde la placa dental abunda más y se encuentra más estancada.

Así mismo las enfermedades gingivales, en sus diversas formas de afectación, son un hallazgo habitual en niños y adolescentes ⁴.

En el niño sano, no suele ocurrir la típica evolución de gingivitis a periodontitis, por lo que a pesar de la elevada prevalencia de gingivitis, la incidencia de formas crónicas y agresivas de la enfermedad periodontal es baja. Estas últimas suelen ir asociadas a enfermedades sistémicas.

Por otra parte no se pueden aislar los problemas que ocasiona el complejo multifactorial de la caries dental, aunado a enfermedades inflamatorias propias de la encía sin que también se estudie la aparición de maloclusiones y hábitos perniciosos en el niño o adolescente.

Esta aparición de ciertos hábitos que podríamos considerar factores causales o no del desarrollo de determinadas maloclusiones, donde el crecimiento óseo y el desarrollo dentario se pueden ver influidos, si bien su desviación se producirá ante la persistencia de estos hábitos pudiéndose ver potenciada o aliviada por el tipo facial del individuo, por lo que una corrección temprana de estos hábitos evitara el desarrollo de anomalías oclusales como mordidas abiertas y cruzadas anteriores y posteriores.

Ahora bien se ha analizado que la caries dental es una de las enfermedades más comunes en el hombre. Tanto su prevalencia como su incidencia han avanzado con el proceso de la civilización. En 1970 el Instituto Nacional de Salud informó que el niño promedio tenía tres dientes cariados al entrar a la



escuela a los cinco años de edad y con el tiempo once dientes cariados a los quince años de edad. Los primeros preescolares, tenían una incidencia de caries menor, pero aun así, el 10 % de los niños de uno a dos años de edad y el 60 % de los de tres años a tres años y medio habían sufrido este padecimiento⁵.

Es bien establecido que en el Reino Unido, los niveles de caries dental son más elevados entre los miembros de la sociedad socioeconómica baja; de manera inversa los países en vías de desarrollo, la gente más pobre tiene los niveles más bajos de caries dental, ya que no puede comprar carbohidratos refinados, los cuales son un factor esencial para el desarrollo de caries dental⁶.

En una investigación realizada en el año 2001 Irigoyen y col, llevaron a cabo un trabajo sobre higiene bucal en una población de 84 niños de 6 a 12 años analizando el índice de placa dentobacteriana.

En las encuestas aplicadas se obtuvo que el 34.76 % se cepillaba tres veces al día; 41.67 % fueron enseñados por sus padres a cepillarse los dientes; 30.92 % no asisten al dentista; 70.24 % no sabe utilizar el hilo dental; 77.3 % no usa enjuague bucal. En relación a la placa dentobacteriana los niños de tercer grado obtuvieron un mayor porcentaje con un 29.92 % y los de sexto año con 44.3 % en el que las mujeres obtuvieron más porcentaje que los varones⁷.

La Academia Americana de Cirugía Dental Pediátrica reconoce la caries dental en niños como un problema de salud bucal, lo cual anima a los promotores de salud a que lleven a cabo prácticas preventivas simples que puedan disminuir los riesgos de que un niño pueda desarrollar esta enfermedad⁸.



Por su parte Bramnick Jeffrey, en 2004, nos explica que en Estados Unidos, desde los principios de la década en 1970, el número de niños con caries dental ha declinado de manera notoria. Antes de esa época más de la mitad de los niños de tres años de edad tenía caries mientras que hoy solo 20 % tiene al menos una caries. El conocimiento acerca de la salud oral, el uso difundido del fluoruro, las visitas más constantes a un odontólogo y las expectativas aumentadas entre padres mejor educados, han llevado a una disminución de caries dental entre personas muy jóvenes.

Aun así la mayoría de las personas cree que la caries dental no empieza sino hasta después de los diez años de edad, sin embargo la verdad consiste en que casi todas las caries dentales en personas ocurren durante la infancia ⁹.

Mientras tanto en México en el año 2004; Montiel examinó 135 niños mexicanos en donde evaluó los hábitos perniciosos como pueden llegar a afectar a las poblaciones de entre 6 y 12 años de edad en donde se llegó a la conclusión que al igual que la caries dental y la enfermedad periodontal, las maloclusiones afectan a un amplio sector de la población del mundo, constituyendo por ello un serio problema de salud pública aún en aquellas naciones de gran desarrollo económico y científico.

Por lo tanto, la prevención y tratamiento de los malos hábitos bucales tendrá que ser ubicado socialmente como un problema de conducta que afecta la cavidad bucal y que tendrá que ser abordado multidisciplinariamente, considerando que este problema es influido por factores familiares, sociales y ambientales ¹⁰.

Por otra parte en el año de 2006 Sánchez, Sáenz y col, realizaron una investigación acerca de la predicción de caries dental basado en los indicadores de riesgo en saliva y placa dental en niños sanos, obteniendo resultados tales como que el 35 % de niños sanos después de estudiarlos durante los tres años posteriores al estudio desarrolló caries dental, siendo



un porcentaje mayor al informado en niños suecos con un 8 %, finlandeses con un 10 %, chinos con un 17 %, canadienses con un 21 % y belgas con un 22 % concluyendo así que solamente dos coeficientes fueron positivos para el desarrollo de caries dental : 1) la infección de *E. mutans* en la placa dentobacteriana y 2) la velocidad de acidificación salival. Por lo que se entiende que unos cuantos minutos son necesarios para que la concentración del azúcar en la placa dental sea más alta que en la saliva y genere así la lesión cariosa o la concentración de sacarosa sea revertida y esta no permite desarrollar la lesión ¹¹.

En el mismo año Villalobos y col., estudiaban los factores asociados a la práctica de cepillado dental en escolares, en donde excluyeron algunos niños del estudio por diferentes causas que pudiesen alterar los resultados como: tener más de 12 años o menos de 6 años de edad, tener alguna enfermedad que comprometiera a la cavidad bucal, o tener aparatología ortodóntica fija.

Se obtuvo, que según el reporte de la madre el 53.6 % se comenzaron a cepillaba los dientes por lo menos una vez al día. La mayoría de los niños (77.7 %) comenzaron a cepillarse los dientes después de los dos años de edad y más del 20 % tuvo una visita dental preventiva en el último año.

Al igual que en el presente estudio otros autores como Paunio P. Rautav y col., han encontrado que los hijos de madres más jóvenes se cepillan los dientes con menor frecuencia que sus contrapartes mas adultas.

Finalmente este análisis se realizó para determinar desde el punto de vista epidemiológico cuales son las variables que se asocian al hábito de cepillarse los dientes, en ese sentido se notó que variables de diferente naturaleza, como sociodemográficas, socioeconómicas y conductuales se encuentran asociadas a esta práctica de salud ¹².



En investigaciones realizadas en el año 2007, Leonor Sánchez y col., se estudiaron muy diversos temas de interés como la influencia de estreptococos cariogénicos predominantes, en la cavidad bucal y los niveles de infección e incidencia de caries dental, en los cuales los resultados de dicho estudio mostraron que los estreptococos que se identificaron en las fisuras oclusales de los niños que desarrollaron nuevas lesiones cariosas a los meses siguientes del muestreo bacteriológico fueron el *S. sobrinus*, *S. mutans*, y en menor proporción *S. rattus*, *S. mitis* y *S. sanguis*, sin embargo se ha descrito que se puede desarrollar estas lesiones aun en ausencia de niveles detectables de las bacterias cariogénicas, lo que sugiere que es posible que otras bacterias de reservorios naturales infectan las fisuras oclusales y se desarrolle la enfermedad. La asociación de cepas de estreptococos con la incidencia de caries dental en niños es dependiente del nivel de infección ¹³.

Por su parte en ese año de la Cruz, Pinelo y col., analizaron la prevalencia y riesgo de caries dental en dientes temporales de escolares sujetos al régimen de fluoruro sistémico y tópico en niños de 6 y 12 años de edad en Ciudad Nezahualcóyotl. Estado de México encontrándose así que la prevalencia de caries dental en dientes temporales de población escolar fue de 63.84 % de un total de 520 niños. Por lo que los datos finales reflejaron una mejor salud bucal que la que se tenía antes de la implantación del programa de fluoración de la sal en México.

En el mismo artículo se hace el recuento que en el año 1984, Irigoyen reporta índices de ceod de 5.81 y 5.43 en niños de seis y siete años de edad, respectivamente, residentes en la Ciudad de México; 8 años después, los valores de los índices registrados en niños de seis y siete años, señalan un ceod menor al presentarse de 4,5 y 5.10 respectivamente. De esta manera, es posible sugerir, basados en estudios epidemiológicos un decremento de los valores de ceod registrados en diferentes estudios realizados en el país.



En 1993, en el Distrito Federal, Sánchez publica resultados de ceod de 4.71 en niños de siete a nueve años de edad; de igual manera, Irigoyen señala que para 1996, se encontraron resultados de 4.96 en niños de seis a nueve años de edad residentes en el Distrito Federal. Así mismo, en 1998, Osorio menciona que las ciudades de Mérida y Cancún presentaba un índice ceod de 4.18 y 3.06; respectivamente, en niños de seis y doce años de edad. Mientras que en Campeche el valor obtenido era de 2.80, en niños de seis a ocho años de edad. En el 2001, Nava se dedicó a examinar los niños de seis años en el Estado de México y establece un ceod de 2.80; así mismo, Velázquez obtiene el valor del índice de 2.0 en niños de nueve a doce años de edad en la misma entidad, mientras que para el año 2003 señalan un ceod de 2.34 en niños de seis a doce años.

El riesgo de caries dental no presentó ninguna variación en los niños de 1º a 6º año y el número de aplicaciones profesionales o de autoaplicaciones de fluoruro no tiene influencia sobre el riesgo del mismo ¹⁴.

Por otra parte Fuentes, Sánchez y col, en el año 2008 se dedicaron a estudiar la prevalencia y asociación epidemiológica de los protozoarios orales *Entamoeba gingivalis* y *Trichomonas tenax* en niños mexicanos. Se estudiaron 150 pacientes de tres a catorce años de edad que acudieron a la consulta externa de la Clínica de Maestría de Estomatología Pediátrica en San Luis Potosí, México. Se encontró 8.7 % con *E. gingivalis*, 12.7 5 con *T. tenax* y 1.3 % con ambos protozoarios, la prevalencia global fue de 22.7 %. Los resultados de la higiene oral muestran una fuerte asociación con la presencia tanto de *E. gingivalis* como de *T. tenax*, ya que 3 de las 13 muestras positivas para *E. gingivalis* tuvieron deficiente higiene oral y en 10 de estas fue mala. Así mismo, de las 19 muestras positivas con *T. tenax*, 7 niños tenían higiene deficiente y 12 mostraron mala higiene oral. Llamó la atención que todos los pacientes con protozoarios orales tuvieron clínicamente enfermedad periodontal.



Es evidente que se requiere más estudios sobre los protozoarios orales para entender mejor la epidemiológica y sus propiedades que puedan clasificarlos o no como patógenos u oportunistas. La alta prevalencia de *T. tenax*, la asociación de protozoarios orales con una inadecuada higiene oral o enfermedad periodontal y su ausencia en las bocas con buena higiene, subraya la importancia de correcta higiene dental en la profilaxis de la infección por protozoarios orales desde la edad pediátrica ¹⁵.

De igual manera en ese año García, Calderón y col, investigaron la asociación entre microorganismos y la capacidad amortiguadora de la saliva con la caries dental, en donde se encontró que la prevalencia de la caries dental para esa población fue del 86.6 %, y la capacidad amortiguadora fue semejante para hombres y mujeres.

Sin embargo en dientes temporales se observó que es más frecuente encontrar caries dental ya que la capacidad amortiguadora no es suficiente para contrarrestar el ácido producido por *S. mutans* y *Lactobacillus* produciendo desmineralización del diente y dando lugar a la formación de una cavidad de caries dental ¹⁶.

En investigaciones más recientes del 2009, Cázares, Ramos y Tijerina determinaban el incremento del riesgo de padecer caries dental por el consumo de hidratos de carbono con alto potencial cariogénico, obteniendo resultados que el 89 % de la población estudiada mostró la presencia de caries dental. Entre los factores de riesgo cariogénicos se encuentran, la dieta, la placa dentobacteriana y en investigaciones recientes también se considera el género femenino como un factor de riesgo

En dicho artículo, se menciona que para poder combatir este problema bucal no deberán olvidarse los hábitos alimentarios de los jóvenes (principalmente las mujeres) en especial el consumo de azúcares y tampoco de la higiene



bucal después del consumo de alimentos, evitando así el incremento de los índices negativos del estado de salud de los estudiantes ¹⁷.

Finalmente es de llamar la atención de un artículo del año 2010 de Zelocuatecatl, y col. en donde se analizó la experiencia de caries dental e higiene bucal en una comunidad indígena en Oaxaca. Los resultados obtenidos en la exploración bucal se identificó el 96 % de caries dental en ambas denticiones. El valor fue de 88 % en la dentición primaria y 71 % en la dentición permanente. Se encontró mayor frecuencia en el sexo masculino 89.3 % en dentición primaria y un 72.7 % en dentición permanente y en el femenino 85.3 % en dentición primaria y un 67.6 % en la permanente. Respecto a los componentes del índice CPO-D y el ceo-d. Se identificó que el componente cariado es el de mayor proporción en ambas denticiones.

Así pues concluye que la alimentación ha sufrido cambios debido a la pérdida de costumbres y a la entrada masiva de productos instantáneos, bebidas gasificadas y alimentos ricos en hidratos de carbono. Lo que conlleva a que la caries dental sea un problema de elevada prevalencia en las poblaciones marginadas no obstante el panorama a nivel local o estatal no difiere mucho de la realidad en donde la población del Distrito Federal o Estado de México encuentran la misma relación entre sus habitantes ¹⁸.

CARIES DENTAL:

DEFINICIÓN.

Es una enfermedad infecciosa y transmisible de los dientes, que se caracteriza por la desintegración progresiva de sus tejidos calcificados, debido a la acción de microorganismos sobre los carbohidratos fermentables provenientes de la dieta. Como resultado, se produce la desmineralización de la porción mineral y la subsecuente disgregación de la parte orgánica, fenómenos distintivos de la dolencia. Etimológicamente se deriva del latín caries, que implica putrefacción.

Dicho de otra forma es un proceso patológico, localizado de origen bacteriano, que determina la desmineralización del tejido duro del diente y finalmente su cavitación. Esta se inicia como una lesión microscópica, que alcanza finalmente las dimensiones de una cavidad macroscópica.



Fuente directa.

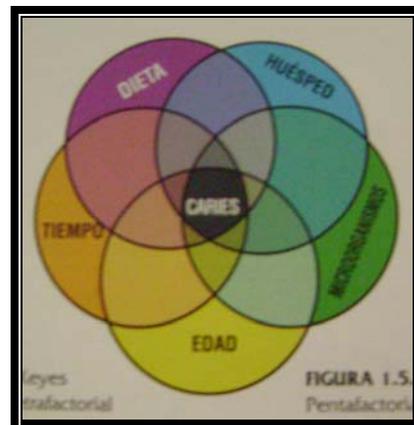
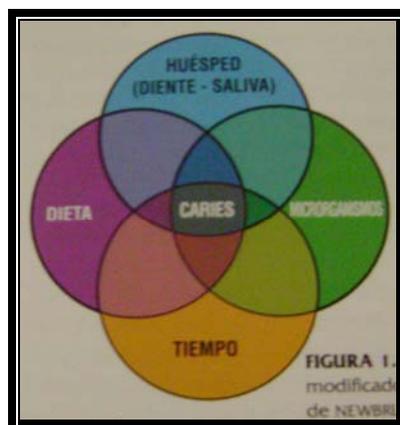
ETIOLOGÍA.

De acuerdo con los conocimientos actuales, la formación, composición y metabolismo de la placa dentobacteriana son esenciales para la aparición de reacciones en el periodonto marginal y la formación de lesiones cariosas.

Se origina cuando la interrelación entre los microorganismos y su retención en la superficie dentaria (huésped) se mantiene en un tiempo suficiente, ya que los productos metabólicos desmineralizantes (ácidos) alcanzan una concentración elevada en la placa por excesivo aporte de azúcares en la alimentación (sustrato) ¹⁹.

Sobre la base de la triada ecológica formulada por Gordon, para la elaboración del modelo causal en Epidemiología, Paul Keyes estableció que la etiología de la caries dental obedecía a un esquema compuesto por tres agentes (**huésped, microorganismos y dieta**) que deben interactuar entre sí. Dicha relación fue resumida en una gráfica que trascendió el siglo XX, con la denominación de la triada de Keyes.

Sin embargo Newbrun en 1978, ante la evidencia proporcionada por nuevos estudios al respecto, y con el afán de hacer más preciso el modelo de Keyes, añadió el factor **tiempo** como un cuarto factor etiológico, requerido para producir caries dental. Así mismo, basándose en la importancia de la **edad** en la etiología de la caries dental, documentada por Miles en 1981, Uribe-Echeverría y Priotto propusieron en 1990, la llamada gráfica pentafactorial.



Fuente: Henostroza. Caries dental



AGENTE:

El papel esencial de los microorganismos de la etiología de la caries dental fue instituido por Miller en 1980. A ello se le sumó la identificación como las principales: el *Lactobacillus* por Kligler en 1915 y los *Streptococcus mutans* por Clarke en 1924. En salud las respuestas inmunes del huésped son suficientes para detener el potencial patogénico, tanto de la microflora normal como de los patógenos exógenos.

HUESPED:

Corresponde a todo órgano dentario o superficie dental expuesta y susceptible por diferentes motivos. También es relevante la presencia de saliva; pues esta desempeña una función fundamental en neutralizar la acidez de 5.2 como producto de la alteración del pH al igual que inhibe la actividad cariogénica y barre algún detritus alimenticio a través de los flujos.

DIETA:

El aporte de la dieta a la instauración y desarrollo de la caries dental constituye un aspecto de capital importancia, puesto que los nutrientes indispensables para el metabolismo de los microorganismos provienen de los alimentos. Entre ellos los carbohidratos fermentables son considerados como los principales responsables de su aparición y desarrollo, pues sirven de sustrato para el metabolismo bacteriano que generan como producto final ácidos orgánicos que son los causantes de la desmineralización, debe tomarse en cuenta la frecuencia de consumo y su capacidad adhesiva o retentiva que estos puedan adquirir²⁰.



CARACTERÍSTICAS GENERALES:

La clasificación Internacional de las Enfermedades aplicadas a Odontología y Estomatología CIE-OEM tercera revisión, 1996, Organización Panamericana de la Salud, agrupa dentro del rubro K02 de caries dental a²¹.

- 1) K02 Caries dental.
- 2) K02.0 Caries limitada al esmalte.
- 3) K02.1 Caries de la dentina.
- 4) K02. 2 Caries del cemento.
- 5) K02. 3 Caries dentaria detenida.
- 6) K02. 4 Odontoplasia.
- 7) K02.5 Otras caries dentales especificadas.
- 8) K02.6 Caries dental no especificada.

FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR CARIES DENTAL

Factores locales

- a) Composición química del esmalte.
- b) Disposición de los prismas.
- c) Malformaciones anatómicas.
- d) Abrasión.
- e) Malposicion dental.
- f) Obturaciones mal adaptadas.



- g) Higiene bucal deficiente.
- h) Composición de la saliva.

Factores generales

- a) Nutrición.
- b) Herencia biológica (amelogénesis y dentinogénesis imperfecta).
- c) Funcionamiento endócrino.
- d) Estrés.
- e) Factores socioeconómicos.
- f) Factores culturales²².

CLASIFICACIÓN DE CARIES DENTAL.

Respecto a su localización creada por el Dr. Greene Vardiman Black:

- Clase I
- Clase II
- Clase III
- Clase IV
- Clase V

Clasificación de acuerdo con su extensión:

- Cavidades Simples
- Cavidades Compuestas
- Cavidades Complejas



Clasificación de acuerdo a los tejidos que abarca la lesión:

- Lesiones de esmalte
- Lesiones de esmalte y dentina
- Lesiones de esmalte, dentina y cemento
- Lesiones de cemento y dentina (caries radicular).

Clasificación según su finalidad:

- Terapéuticas
- Protéticas
- Estéticas

Clasificación según sus causas:

- Infecciosa
- Traumática
- Anomalías de estructura
- Mecánicas o químicas ²³.

Clasificación por causa dominante:

- Caries por alimentación infantil
- Caries irrestricta o rampante
- Caries recidivante, secundaria o recurrente
- Policaries
- Caries radicular ²².

PLACA DENTOBACTERIANA (BIOPELÍCULA DENTAL).

DEFINICIÓN.

“Deposito blando, no mineralizado que se forman cuando los dientes no se limpian adecuadamente,” ó “capa de células bacterianas constituida por microorganismos organizados, de forma cocoide, filamentosa o bacilar, embebidos en una matriz intermicrobiana que se acumula sobre las estructuras del diente”.

La placa dental es el término que se aplica al agregado de bacterias, glucoproteínas salivales y sales inorgánicas adyacente a la superficie del diente, es una película transparente, una masa blanda tenaz de colonias de bacterias, que se adhieren a la superficie de los dientes, encía y otras superficies bucales.

La composición de este material esta dado por bacterias aerobias y anaerobias rodeadas por una matriz acelular de polímeros de origen microbiano y salival y está presente siempre si no se evita por medio de la higiene oral, aunque no se acumula en las superficies sometidas a la fuerza de masticación.



Fuente: <http://www.google.com.mx/imgre?imgurl>.

La placa dentobacteriana se divide en dos:



1. Placa supragingival: se extiende desde el margen libre de la encía hasta la corona clínica del diente, su composición varía de un individuo a otro, está constituida por microorganismos y matriz orgánica intercelular.
2. Placa subgingival: se localiza a partir del margen gingival en dirección apical, su formación se favorece cuando el pH del surco es más alcalino que el de la saliva y el líquido gingival tiene mayor cantidad de sales ²⁴.

COMPOSICIÓN DE LA PLACA BACTERIANA.

La placa bacteriana está formada por:

80% de agua

20% restante:

- Proteínas: 40 a 50%.
- Lípidos: 10 a 15%.
- Hidratos de Carbono: 10 a 20%.
- Iones inorgánicos: Ca y P: 5 a 10%.

DESARROLLO DE LA PLACA BACTERIANA.

Sobre una superficie dental limpia comienza la fase de colonización.

Película adquirida: las glucoproteínas de la saliva se depositan sobre la superficie del diente, formándose una capa orgánica y acelular, poco estructurada de un grosor de 0,1 a 0,5 mm, parecida a un barniz.

Funciones: la composición de las glucoproteínas determina la colonización de diferentes bacterias.

- Acción protectora contra el ataque ácido a la superficie dental.

- Sirve de alimento a las bacterias.

Colonización de la película adquirida: las bacterias se adhieren a la superficie de la película adquirida, formando colonias compuestas de cocos positivos, bacilos Gram positivos en 60% y Gram negativos en un 30%.

Formación de la matriz extracelular: formada por glucosacáridos que emiten la segunda colonización bacteriana, formada por bacilos fusiformes y filamentosos, por último aparecen espirilos y espiroquetas anaerobios predominantemente.

Formación de cálculo: depósitos de cristales de sales de calcio y fosfato en la placa bacteriana ²⁵.

PLACA BACTERIANA Y SUS CONSECUENCIAS.

La progresión de una enfermedad depende de varios factores. La gingivitis relacionada con la formación de la placa dental es la forma más frecuente de enfermedad gingival es producto de la interacción entre los microorganismos que se hallan en la biopelícula de la placa dental y los tejidos y células inflamatorias del huésped.

No obstante la periodontitis se define como una enfermedad inflamatoria de los tejidos de soporte de los dientes causados por microorganismos específicos que producen la destrucción progresiva del ligamento periodontal y del hueso alveolar con la formación de bolsa, recesión o ambas.

La característica clínica que distingue la periodontitis de la gingivitis es la presencia de pérdida ósea detectable ²⁶.



Fuente: <http://colgateprofesional.com.mx>
23



Fuente: <http://www.32tdental.com./periadvanced>.

MALOCLUSIONES DENTALES.

La maloclusión es un término universalmente aceptado fácilmente comprensible, pero que no hay que interpretar como la antítesis de la normooclusión.

El término de la maloclusión es genérico y debe aplicarse, sobre todo, a aquellas situaciones que exigen intervención ortodóncica más que a cualquier desviación de la oclusión ideal.

Actualmente, la definición de maloclusión va más allá de una situación en la que hay unos dientes situados irregularmente, o la definición de Angle en la que la maloclusión se define por unas relaciones anormales entre los primeros molares definitivos superiores e inferiores. Hoy día, cualquier anomalía ósea, dentaria, ya sea funcional o estética, que se beneficie del tratamiento ortodóncico, puede ser considerada como maloclusión.



Fuente directa.

CLASIFICACIÓN DE LAS MALOCLUSIONES.

CLASES DE ANGLE:

CLASE I: Maloclusiones caracterizadas por una relación anteroposterior normal de los primeros molares permanentes: la cúspide mesiovestibular del primer molar superior esta en el mismo plano que el surco vestibular del primer molar inferior.



CLASE II: Maloclusiones caracterizadas por la relación sagital anómala de los primeros molares: el surco vestibular del molar permanente inferior hasta por distal de la cúspide mesiovestibular del molar superior.

Clase II división 1: se caracteriza por estar los incisivos en protrusión, y aumentando el resalte.

Clase II división 2: los incisivos centrales superiores están retroinclinados, y los incisivos laterales con una marcada inclinación vestibular, existe una disminución del resalte y un aumento de la sobremordida interincisiva.

CLASE III: El surco vestibular del primer molar inferior hasta por mesial de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. La relación incisiva suele estar invertida con los incisivos superiores ocluyendo por lingual de los inferiores.

OTRAS CLASIFICACIONES CLÍNICAS:

Clasificación de Lisher (1912). En base a la clasificación de Angle.

CLASE I (neutroclusión). Es la que muestra una relación normal o neutra de los molares.

CLASE II (distoclusión). El molar inferior ocluye por distal de la posición normal.

CLASE III (mesioclusión). El molar inferior ocluye por mesial de la posición normal.

CLASIFICACIÓN ETIOPATOGÉNICA:

1. Maloclusión ósea.
2. Maloclusión muscular.
3. Maloclusión dentaria.



DE ACUERDO CON LA EXTENSIÓN DE LA ANOMALÍA:

1. Maloclusión local.
2. Maloclusión general ²⁷.

ETIOLOGÍA DE LAS MALOCLUSIONES.

Intervienen factores genéticos y ambientales en una proporción variable. Algunas están enteramente condicionadas por factores genéticos y forman parte de la constelación sintomática de síndromes complejos. Otras guardan una relación clara con alteraciones en el desarrollo embrionario y en esos casos la relación causa-efecto resulta evidente.

FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR MALOCLUSIONES.

Factores generales.

- Herencia
- Malformaciones durante el desarrollo.
- Enfermedades generales y deficiencias nutricionales.

Factores locales.

- Problemas óseos.
- Anomalías de los dientes.
- Pérdida prematura de los dientes.
- Frenillos.
- Hábitos.
- Bruxismo-bruxomanía ²⁸.



HÁBITOS BUCALES COMO FACTOR PRINCIPAL DE RIESGO PARA LAS MALOCLUSIONES.

Según el diccionario de la Real Academia Española, la palabra hábito significa “modo especial de proceder o conducirse, adquirido por repetición de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias instintivas”. Los hábitos bucales son precisamente actos repetitivos realizados, la mayoría de las veces, instintivamente. Son conductas repetitivas y estereotipadas que tienen efectos físicos (daño en los tejidos) o sociales (vergüenza, estigma social) negativos para el individuo.

Josell (1995) divide los grupos en tres grupos:

Hábitos neuróticos.

- Morderse el labio o el carrillo.
- Deglución atípica
- Empuje lingual
- Onicofagia.
- Mordedura de lapicero.
- Bruxismo.

Hábitos profesionales.

- Sostener objetos con la boca.
- Presión con instrumentos musicales.

Hábitos ocasionales.

- Respiración bucal.
- Succión del labio o el dedo.

Básicamente se sabe que los hábitos bucales pueden producir daños físicos o sociales. Cuando el hábito bucal se manifiesta con alta frecuencia, se produce mayor riesgo de alteraciones en las estructuras dentofaciales. Se considera como un comportamiento común y típicamente inocuo en la infancia y en la niñez. Si se mantiene hasta la aparición de los dientes permanentes, es posible que se produzcan efectos físicos irreversibles en las estructuras dentofaciales, y por lo tanto requerirán un tratamiento ²⁹.



Fuente: <http://imágenes.google.com.mximgres?imgurl//ortodoncia.com>

IMPLICACIONES CLÍNICAS

La presencia y el grado de severidad de los efectos nocivos de los hábitos dependerán de algunos parámetros, tales como:

- DURACIÓN: periodo de actividad;
- FRECUENCIA: número de veces por día;
- INTENSIDAD: definida por la duración de cada succión, así como el grado de actividad de los músculos envueltos;
- POSICIÓN DEL DEDO EN LA BOCA;
- EDAD DE TÉRMINO DEL HÁBITO;
- PATRÓN DE CRECIMIENTO DEL NIÑO;
- GRADO DE TONICIDAD DE LA MUSCULATURA BUCOFACIAL.



Los problemas bucales más frecuentes a consecuencia de los hábitos bucales son:

- Mordida abierta anterior, normalmente con contorno circular;
- Inclínación vestibular y diastema entre los incisivos centrales superiores y retroinclinación de los incisivos inferiores;
- Mayor incidencia de tráumas en los incisivos superiores por causa de la hipotonocidad del labio superior y por la falta de protección debido a su inclinación;
- Mordida cruzada posterior;
- Reducción en la anchura de la arcada dentaria superior por la alta actividad muscular en la región de molares durante la succión;
- Interposición lingual y alteración en el patrón de deglución;
- Alteración en la articulación de las palabras.

Como parte del tratamiento de esos hábitos bucales puede emplearse el método de la vanidad por ejemplo en niñas con el hábito de onicofagia pueden pintarse las uñas y así evitar que estas las coman frecuentemente; o pintarle los labios para evitar morder los mismos o tener objetos en la boca ya que se quitan el labial o brillo.

También pueden emplearse soluciones amargas o picantes para erradicar el hábito de succión de dedo, utilización de trampas de dedo, de labio, en aparatos ortodóncico,

El Cirujano Dentista debe tener conciencia de sus limitaciones, siendo muchas veces necesario recurrir a otros profesionales de áreas afines, debido a la complejidad del proceso³⁰.



MEDIDAS PREVENTIVAS: VIGILANCIA EN SALUD ESCOLAR:

Originalmente sería lo adecuado que conforme a la norma NOM-009-SSA2-1993; que fomenta la salud escolar, se estableciera un régimen de estricta promoción de la salud en todo momento; cómo lo sería la vigilancia en salud escolar no obstante en los colegios y escuelas en los inicios del año lectivo se solicita un certificado médico de “buena salud” que en la mayoría de los casos para su expedición no ha estado sujeto a un riguroso examen físico y una revisión de antecedentes adecuada. En ocasiones el alumno ni siquiera ha estado presente y tampoco se revisan los carnets de vacunación.

En algunas instituciones hay un médico que atiende a los alumnos enfermos durante algunas horas o algunos días a manera de consulta de emergencia. Pero estas acciones distan mucho de ser actos de verdadera vigilancia en salud.

Un efectivo equipo de salud escolar idealmente podría ser externo debido a su complejidad y especialización, que requiere además buena experiencia en el área. No obstante en la mayoría de las escuelas es más práctico aprovechar el recurso existente y complementar algunas áreas de necesidad.

Para educar en salud a escolares deben tenerse en cuenta los factores condicionantes en el área, entre los más importantes Medio Ambiente y Estilos de vida, a fin de basar la educación en la intervención sobre aquellos determinantes, con objeto de modificar comportamientos adversos e inducir estilos de vida saludables ³¹.

HIGIENE BUCAL.

Higiene: del griego hygies= “parte de la medicina que tiene por objeto la conservación de la salud y los medios de precaver las enfermedades: la limpieza es la primera regla de la higiene”.

CEPILLADO DENTAL:

El cepillo de dientes es utilizado por más del 90% de la población en muchos países occidentales, en parte como resultado de un mercado agresivo. En promedio, las personas utilizan el cepillo de dientes treinta segundos diariamente. Esta cantidad de tiempo resulta en un cepillado cosmético, el cual deja durante corto tiempo, una sensación agradable de limpieza.

El cepillado de los dientes terapéutico, profiláctico, encaminado a una remoción apropiada de los depósitos dento-bacterianos, requiere mucho tiempo, hasta diez minutos, lo cual no es fácil de obtener en el acoso de la vida diaria moderna ³².



Fuente directa

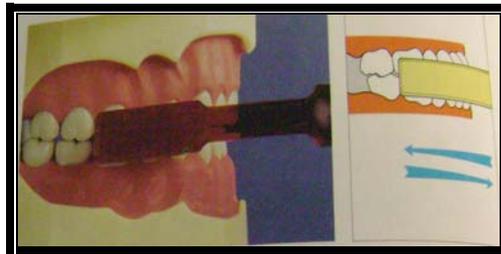
MÉTODOS DE CONTROL DE LA PLACA BACTERIANA.

Control mecánico:

Se realiza fundamentalmente mediante el cepillado dental.

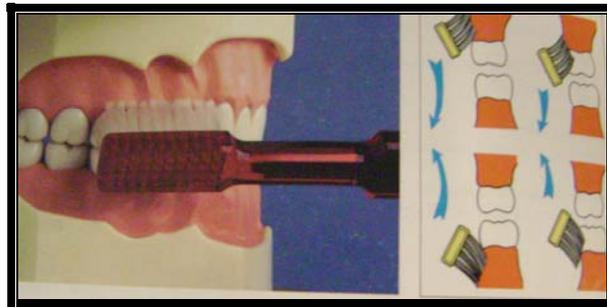
Las diversas técnicas de cepillado se pueden clasificar en:

- a) *Horizontal o de restregado*; es la más recomendada en niños y adolescentes por ser más fácil de realizar, las cerdas se colocan con una angulación de 90° respecto a la superficie dentaria.



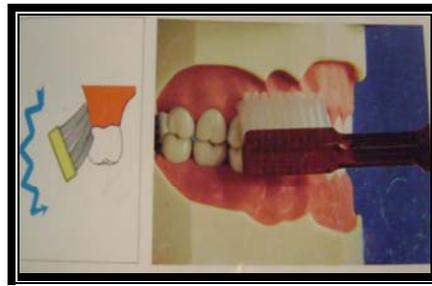
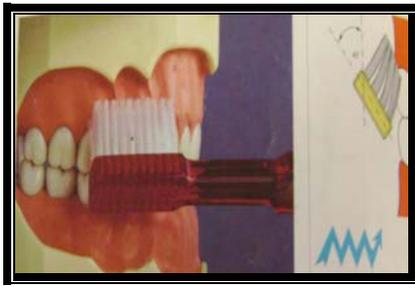
Fuente: Riethe. Atlas de profilaxis de la caries y Tratamiento conservador.

- b) *Vertical*; igual a la anterior pero con movimientos de arriba hacia abajo y viceversa.



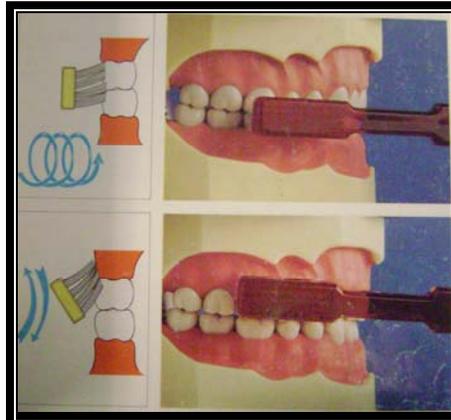
Fuente: Riethe. Atlas de profilaxis de la caries y Tratamiento conservador.

- c) *Vibratorias*, entre ellas la técnica de Bass, que es muy útil para el control de la placa dento-bacteriana del surco gingival, por lo que se recomienda en pacientes con daño periodontal. La cerdas del cepillo se colocan suavemente en el surco gingival formando un ángulo de 45° respecto al eje mayor del diente y se realizan movimientos vibratorios o de vaivén de 2 mm, 10 a 15 movimientos en cada sector. Posteriormente, se desplaza el cepillo hacia oclusal para limpiar las caras vestibulares y linguales, y a continuación, las superficies oclusales ³³.



Fuente: Riethe. Atlas de profilaxis de la caries y Tratamiento conservador.

- d) *Rodatorias*; se coloca el cepillo sobre la encía con un ángulo de 45°, las cerdas son giradas firmemente contra la encía y el diente en dirección coronaria.



Fuente: Riethe. Atlas de profilaxis de la caries y Tratamiento conservador.

La mejor técnica es aquella que elimina más placa dento-bacteriana y debe cumplir con las siguientes características: ser efectiva, segura, así como fácil de aprender y de llevar a la práctica. Debemos evaluar a cada paciente y comprobar si realiza un adecuado control de placa dento-bacteriana. Si esto es así, el método no se debe cambiar, aunque puede perfeccionarse³³.

Una técnica de cepillado incorrecta, es la utilización de cepillos duros y extraduros, así como pastas dentífricas muy abrasivas, pueden producir efectos secundarios perjudiciales en dientes, como abrasiones, y en tejidos



blandos, en forma de úlceras traumáticas del epitelio de la encía o recesiones gingivales.

CEPILLOS ELÉCTRICOS:

Los nuevos diseños de cepillos eléctricos, especialmente los que tienen movimientos contrarrotatorios y rotatorio-oscilante, parecen ser superiores a los manuales en términos de reducción de placa supragingival en pacientes sanos o con gingivitis y especialmente en zonas de difícil acceso, se aconsejan en personas con poca destreza manual como ancianos, niños, discapacitados físicos y psíquicos, así como en pacientes que necesitan de cuidadores para realizar su higiene oral.

CONTROL DE PLACA INTERPROXIMAL.

La elección del método de higiene interdental adecuado para cada persona dependerá de distintos factores: tamaño de los espacios interdenciales, preferencias del individuo y habilidad, pudiendo utilizar los cepillos interproximales.

SEDA DENTAL.

Existe una gran variedad en el mercado de seda dental como:

- a) Según su forma serán redondos o acintados.
- b) Con cera o sin cera.
- c) Con principios activos como flúor o clorhexidina y sustancias saborizantes.

Algunos tienen diseños especiales para el control de placa, bajo puentes fijos y furcaciones expuestas, por ejemplo Superfloss^R, que incluyen un extremo firme y duro, así como un área de mayor espesor constituida por una malla cilíndrica de nylon ³³.

La técnica más utilizada es la manual, denominada convencionalmente o del carrete, en la que el hilo se enrolla alrededor de los dedos medios de ambas manos, dejando unos 2.5 cm de hilo entre el dedo pulgar de una mano y el índice de la otra. Manteniendo tirante la seda dental se introduce con suavidad en el espacio interproximal deslizándola hasta el surco gingival con movimientos vestibulo linguales. Posteriormente, se desliza hacia oclusal apoyándola sobre la superficie proximal de uno de los dientes y, sin sacarla de ese espacio, se repite el mismo procedimiento apoyándose en la superficie del otro diente adyacente.



Fuente: Rieth. Atlas de profilaxis de la caries y Tratamiento conservador.

OTROS ELEMENTOS AUXILIARES DE LIMPIEZA:

Tienen una acción limitada en el control de placa dento-bacteriana, y entre ellos se incluye:

- a) *Irrigadores dentales o hidropulsores*, dispositivos que mandan un chorro de agua a presión y mejoran la remoción de placa y se utilizan junto a un antiséptico como clorhexidina.
- b) *Estimuladores interdentarios*, puntas de goma o caucho útiles en sanas de fulcro expuesto y en pacientes con problemas periodontales.
- c) *Cuñas de madera o palillos interdentarios*, que son los instrumentos de higiene oral más antiguos y pueden ser de sección triangular o redondeada ³³.



CONTROL DE PLACA POR EL PROFESIONAL.

En adultos se ha demostrado el beneficio del control profesional de placa dento-bacteriana sobre la salud gingival y la incidencia de caries, cuando este control incluye la motivación del paciente, y el raspado y alisado radicular si es necesario³³.

PROGRAMA DE ACCIONES ESPECÍFICAS 2007-2012. SALUD BUCAL. SECRETARIA DE SALUD (SUBSECRETARIA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD).

Ante estas necesidades de atención del programa de salud bucal a realizado diversas acciones que le han permitido los últimos 10 años ser un programa en crecimiento a un programa en consolidación según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ya que se presentó evidencia donde se demuestra que los escolares de doce años de edad presentan un índice CPOD-12 menor a 3 (la meta que se tendría que cubrir).

La información disponible de 1989 para México muestra un índice CPOD-12 de 4.4 y para el año 2001 un promedio nacional de 1.9. Lo que demuestra un gran avance durante este periodo, (según las cifras del programa federal) pero que aun no es suficiente.

La estrategia Semanas Nacionales de Salud Bucal y el componente de Salud bucal de preescolar y el Escolar, son parte central del programa, ya que es importante lograr un cambio favorable a la salud bucal en edades tempranas por lo que deberán mantenerse y fortalecerse para impactar en la salud bucal en general de las próximas generaciones³⁴.



MARCO INSTITUCIONAL:

NOM-009-SSA2-1993. Para el fomento de la salud del escolar:

Establece las actividades, criterios y estrategias de operación del personal de salud para realizar acciones de educación, prevención, atención a la salud y rehabilitación, el apoyo y participación social, lo contempla.

SUSTENTACIÓN CON BASE AL PROSESA 2007-2012.

En el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA), responde a los retos que enfrenta el Sistema Nacional de Salud y pone en marcha mecanismos que fortalecerán las actividades de protección contra riesgos sanitarios, promoción de salud y prevención de enfermedades; dentro de los últimos se encuentran inmersos el rubro estratégico de salud bucal y sus componentes de promoción, prevención y atención de salud bucal como ejes principales del programa.

DIAGNÓSTICO DE SALUD:

La Organización Panamericana de Salud señala que las familias de bajos recursos, los grupos con menor desarrollo social y aislados geográficamente además de los migrantes y los individuos, con capacidades diferentes son los que menor cuidado reciben y se encuentran con mayor riesgo de enfermedades bucales.

La OPS desarrollo en el Plan Regional Decenal sobre la Salud Bucodental, del cual México forma parte.

Se estableció una clasificación internacional para establecer el perfil de CPOD, se dividió en 3 etapas, las cuales corresponden a la gravedad de la caries dental ³⁴.



- Emergente: CPOD de más de 5 y ausencia de un programa nacional de fluoración.
- De crecimiento: CPOD de entre 3 y 5 y ausencia de un programa nacional de fluoración.
- De consolidación: CPOD de menos de 3 y existencia de un programa nacional de fluoración de la sal.

De acuerdo con los resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales 2007 (SIVEPAB), con información de usuarios que acuden a los servicios de salud odontológicos, 100% padece de caries dental y 53% presenta algún grado de enfermedad periodontal, por lo que se requiere conocer el comportamiento de estas patologías en el resto de la población. Las Semanas Nacionales de Salud Bucal han permitido intensificar las acciones del programa para promover la participación social, crear una conciencia en la población de los beneficios de conservar la salud bucal. En ellas participan el Sector Salud, así como los sectores público, social y privado relacionados con la salud bucal.

La falta de aplicación continua de las estrategias enfocadas de grupos de riesgo específicos, como son escolares, embarazadas, adultos mayores, pacientes con enfermedades crónico degenerativas, personas que viven con VIH/ SIDA y con capacidades diferentes, se traduce en mayor incidencia de enfermedades bucales, lo que implica una menor calidad de vida. Además, en el grupo de escolares se ha detectado insuficiente promoción de la salud, irregularidad en la aplicación del esquema básico de prevención, así como escasa atención curativa para la limitación de recursos humanos, materiales y financieros ³⁴.



AVANCES 2000-2006.

De acuerdo con la meta de la OMS para el año 2000, de lograr que el 50% de escolares se encuentren libres de caries dental a los 6 años de edad, en 2001 México reporta un alcance de 59%, nueve puntos porcentuales más que los señalado por dicha organización. En los niños de doce años de edad, la meta para el 2000 fue de reducir el índice de caries dental a un máximo de tres dientes afectados, y en México el 2001 se obtuvo un índice de 1.91.

Gracias al trabajo gerencial, dirigido principalmente a la aplicación de de indicadores de proceso con los que son evaluados los servicios odontológicos de los servicios de salud en los estados, en el periodo 2001-2006 se muestra un incremento en la productividad de consultas otorgadas de 81.5% para 2006 respecto al inicio de sexenio. En este mismo periodo se logró aumentar en 82.1% la oferta de los servicios odontológicos responsabilidad de la Secretaria de Salud.

RESULTADO FINAL: mantener para el año 2012 en escolares de 12 años de edad, el índice CPOD menor o igual a 2, en promedio nacional.

La caries dental sigue siendo el problema prevalente en la población infantil, es necesario tener claro que las estrategias de salud pública deberían abordar los determinantes sociales básicos adoptando un enfoque centrado en los riesgos comunes. Las enfermedades bucales son un elemento crucial en el estado general de salud en la región de América Latina y el Caribe, pues mantienen en ella una prevalencia alta e implican costos de tratamiento muy elevados. En general, la caries dental se considera un problema de salud pública, que aqueja en especial a los preescolares y escolares³⁴.



MODIFICACIÓN A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-013-SSA2-1994, PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES BUCALES, PARA QUEDAR COMO NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-013-SSA2-2006, PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES BUCALES.

Esta modificación de la norma mencionada es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para los establecimientos de salud y prestadores de servicios de los sectores público, social y privado que realicen acciones para la promoción de la salud bucal, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades bucales.

➤ Por lo que se define los siguientes conceptos:

4.1.22. Población de riesgo: al grupo de individuos que por sus características de edad, sexo, raza, problemas sistémicos, ocupación, condición económica, zona geográfica donde radica u otras variables, se encuentra mayormente expuesta a presentar determinada patología. En relación a la caries dental, la población de alto riesgo está principalmente representada por los menores de 0 a 15 años de edad y las embarazadas.

4.1.26. Prevención: a todas aquellas acciones de fomento y educación para la salud, detección, protección específica, diagnóstico, tratamiento, limitación del daño, rehabilitación y control, realizadas en beneficio de la salud bucal del individuo, la familia y la comunidad.

4.1.27. Promoción de la salud: al proceso que tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.



- Ahora bien para la prevención de enfermedades bucales debe saberse que:

7.3.4. El estomatólogo y el personal de salud deben promover la protección específica individual contra la caries dental mediante el control de placa bacteriana a través del cepillado dental, limpieza interdental y el uso de otros auxiliares, antienzimáticos, mineralizantes, remineralizante y fluoruros de uso tópico.

- Para prevenir las enfermedades periodontales:

7.3.8.1.2. Motivación e instrucción sobre los métodos y técnicas de control de placa bacteriana.

7.3.8.1.3. Aplicación de métodos y técnicas de atención y control de placa bacteriana.

- Para la prevención de maloclusiones:

7.5.1. El estomatólogo debe orientar a la población sobre la detección y control de hábitos nocivos bucales para evitar las maloclusiones³⁵.

3.2. NOM-009-SSA2-1993. Para el fomento de la salud del escolar.

Es importante mencionar que una norma que también establece la promoción en la población infantil es la anterior; ya que el campo laboral en esta población es todavía fundamental.



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En la actualidad se sabe que los niños en edad escolar al no tener buenos hábitos de higiene bucal son susceptibles a acumular placa dentobacteriana, lo cual se traduce a través del tiempo en caries dental y enfermedad periodontal; esto se debe a una alta ingesta de carbohidratos en su alimentación y aunado a esto, hábitos nocivos que de no corregirlos a tiempo pueden provocar maloclusiones, ocasionando así serios problemas de salud bucal a futuro.

En nuestro país el tema de caries dental, enfermedad periodontal y problemas de maloclusión constituyen un serio problema de salud pública, con un alto índice de incidencia y prevalencia, afectando gran parte de la población infantil, que hasta estos días pese a las campañas de prevención, todavía insuficientes siguen presentándose nuevos casos.

Está bien fundamentado y se tiene el conocimiento previo, que la población escolar se encuentra afectada por una alta prevalencia de caries dental, y algún grado de maloclusión frecuente a esta edad, aunado a esto existe una gran ausencia de programas de salud bucal, educativos y preventivos dentro de las instituciones escolares, que si bien son las encargadas de la formación del alumno, hacen evidentes su necesidad, en esta población.

Por lo anterior surgen los siguientes cuestionamientos:

- 1) ¿Cuál es la frecuencia de la caries dental y la prevalencia de la placa dentobacteriana en escolares de 1º y 6º año de la escuela Licenciado Benito Juárez?
- 2) ¿Cuál es la prevalencia de la relación molar en los escolares?



4. JUSTIFICACIÓN.

En México la educación es un tema de interés social, en donde las instituciones públicas adquieren mayor peso al ser estas las que refuercen o en donde se adquieren ciertos hábitos los cuales pueden ser positivos o negativos; sin embargo es importante mencionar que en estas instituciones es más fácil obtener resultados positivos, si se incluyen en un trinomio funcional padre-alumno-maestro a trabajar conjuntamente, logrando así una educación integral.

Por lo tanto realizar un estudio en estos grupos etéreos enriquecerá los aspectos epidemiológicos de la prevalencia en esta muestra sujeta de estudio, directas; e implementar pláticas de salud bucal que interesen a esta población de estudio para estos padecimientos.



5. OBJETIVOS.

5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el perfil de salud bucodental en escolares de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo. de México. 2011.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

5.2.1 Determinar el porcentaje y la prevalencia de caries dental en escolares de 6 y 12 años de edad por género mediante el índice CPOD y ceod.

5.2.2 Identificar la frecuencia de la relación molar por la presencia de hábitos perniciosos (clase de Angle).

5.2.3 Determinar la presencia de placa dentobacteriana mediante el índice de IHOS.

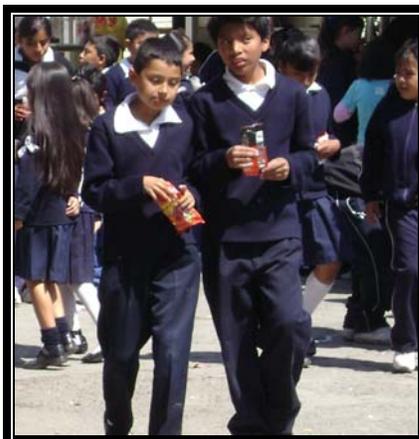
5.2.4 Evaluar la frecuencia de higiene bucal y uso de auxiliares de higiene oral.

5.2.5 Diseñar e implementar una plática de salud bucal.

6. METODOLOGÍA.

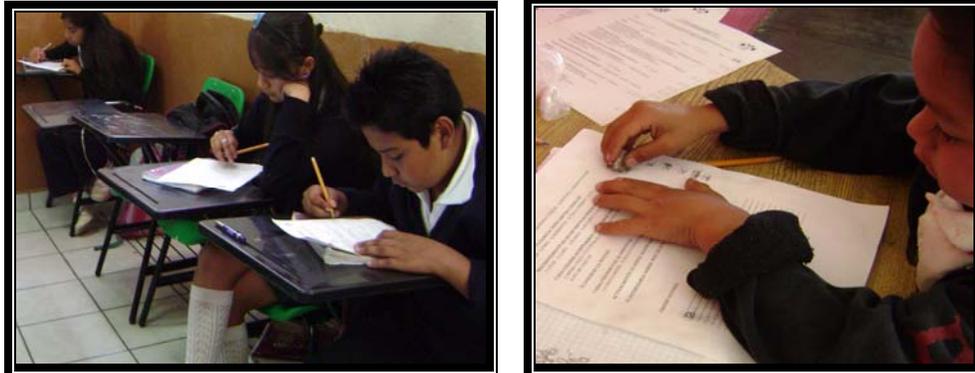
6.1 MATERIALES Y MÉTODOS

1. Se estableció la comunicación formal con la directora de la escuela Licenciado Benito Juárez (anexo 1).
2. Se entregó formalmente una carta de consentimiento informado para los padres de familia (anexo 2).
3. La población de estudio estuvo constituida por escolares de 6 y 12 años de edad de género femenino y masculino de 1º y 6º año, identificando la prevalencia de caries dental, la presencia de placa dentobacteriana y la frecuencia de maloclusiones dentales.



Fuente directa

4. Se diseñó un cuestionario con las variables de estudio (anexo 3) se contestó grupalmente, se leía la pregunta y si alguien no entendía se le explicaba con la finalidad de que contestaran lo más acertado posible, esto se realizó con el grupo de primer año y de igual forma con el grupo de sexto año.



Fuente directa

5. Se realizó la exploración bucal apoyándonos de la luz natural del día entre las 9 am y las 12 pm, con sillas que los alumnos utilizan en el aula de clases; para esto se quitaron las cortinas de los salones para facilitar la exploración, con la ayuda de abatelenguas, bata quirúrgica como barrera de protección, guantes, cubrebocas y lentes de protección. Para el levantamiento de los índices bucales, se considerarán los siguientes códigos y criterios, previa calibración, para el levantamiento epidemiológico obteniéndose una prueba de Kappa del 97% del pasante calibrado, para el registro se utilizaron los criterios de los índices CPOD y ceod para la determinación de caries dental, para la estimación de la placa dentobacteriana se utilizó el índice IHOS y finalmente para el conocimiento de algunas maloclusiones dentales se utilizó únicamente la clase molar de Angle para la facilitación del mismo (anexo 4), ya que el tiempo brindado por la escuela fue relativamente corto.



Fuente directa

6. Se llevó a cabo una plática de salud bucal, y se otorgaron trípticos de apoyo para los escolares (anexo 5) del 1º y 6º A, mientras que para el resto de la escuela se diseñaron papeles murales con la finalidad de dejar un beneficio ahora para con los alumnos de la institución, en donde se abordaron los temas de interés como caries dental, placa dentobacteriana y maloclusiones dentales.



Fuente directa

7. Finalmente al término del estudio se les envió a los padres un reporte sobre la salud bucal de sus hijos (anexo 6).

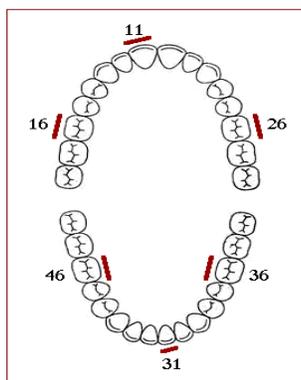


Fuente directa

PLACA DENTOBACTERIANA (INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO)³⁸.

Para medir la extensión de placa dentobacteriana y la presencia de cálculo dentario un auxiliar es el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS), diseñado por Greene y Vermillion.

Para su obtención deben evaluarse 6 dientes llamados índices y existe un código para su interpretación.



C		
P		
17 -16(V)	11-21 (V)	26-27 (V)
47-46 (I)	41-31 V)	36-37 (I)
P		
C		
IP=	IC=	IHOS=

Fuente: Tomado de Manual de prácticas del Seminario de Titulación en Epidemiología y Salud Pública. FO.UNAM.



Para el levantamiento de los dientes índices se comenzó por la cara vestibular del 1er molar superior derecho, después la cara vestibular del incisivo central derecho, y finalmente la cara vestibular del 1er molar superior izquierdo, se continúa con el 1er molar inferior izquierdo, por cara lingual el incisivo inferior izquierdo, por su cara vestibular y se termina con el 1er molar inferior derecho, por su cara lingual.

PLACA	CODIGO	CALCULO
No hay presencia de restos y manchas.	0	No hay presencia calculo
Restos blandos no mas de un tercio de la superficie dental examinada	1	Calculo supragingival que cubre no más de una tercera parte de la superficie dental
Restos blandos que cubren más de un tercio pero no más de dos tercios de la superficie dental expuesta	2	Calculo supragingival: cubre más de un tercio pero menos de dos tercios de la superficie dental expuesta o hay presencia individual de calculo subgingival alrededor del cuello del diente o ambos.
Restos blandos que cubren más de dos tercios de la superficie dental expuesta	3	Calculo supragingival: cubre más de dos tercios de la superficie dental o hay una banda gruesa continua de cálculo subgingival alrededor de la parte cervical del diente, ambas.
No registrado	9	No registrado

Fuente: Tomado de Manual de prácticas del Seminario de Titulación en Epidemiología y Salud Pública. FO.UNAM.

Pará el registro deben estar completamente erupcionados los dientes a evaluar y por lo menos contar con 2 dientes de los indicados, mientras que en la dentición primaria no se obtiene.

El índice de cada individuo se obtuvo realizando la sumatoria de índice de placa y se divide entre el número de piezas evaluadas, de igual forma para el índice de cálculo, ya para obtener el IHOS se suma el total de placa y de cálculo obtenidos.



Para determinar el índice grupal se suman los valores de cada individuo y se divide entre el número total de evaluados.

Para la interpretación se utilizan los criterios establecidos como:

0= excelente condición de higiene oral.

0.1-1.2= condición buena de higiene oral.

1.3-3.0= condición regular de higiene oral.

3.1-6.0= condición pobre o deficiente de higiene oral.

Ahora bien para el estudio y detectar la placa dentobacteriana se utilizaron pastillas reveladoras de placa, se le indica al paciente triturarlas con las superficies oclusales y después con la lengua expandirlas por todas las superficies dentales, y enseguida escupir.

Con la ayuda de un abatelenguas se determinan las caras de los dientes que han sido pigmentadas por la sustancia reveladora.

Se utilizó una pastilla por cada alumno, de igual forma el abatelenguas y fueron llamados en grupos de 5 alumnos para la facilitación del estudio.

CARIES DENTAL (INDICE CPOD E INDICE ceod)³⁸.

Para evaluar la experiencia de caries dental en los escolares se utilizaron los índices epidemiológicos CPOD y ceod que actualmente son los más utilizados. Para el registro de la información se utiliza el Odontograma de la Federación Dental Internacional (FDI), y se utilizan códigos que evalúan el estado de salud de cada diente; estos criterios van del 0 al 10.

Los criterios para el diagnóstico y la codificación (claves de los dientes primarios entre paréntesis) son:



0 (A) Corona sana. Una corona se registra como sana si no muestra signos de caries clínica tratada o sin tratar. Así, una corona que presenta los siguientes defectos, en ausencia de otros criterios positivos, debe codificarse como sana:

Manchas blancas o yesosas;

Manchas decoloradas o ásperas, que no resultan blandas al tacto con una sonda IPC metálica;

Hoyos o fisuras teñidos en el esmalte;

Zonas oscuras, brillantes, duras o punteadas en el esmalte de un diente que presenta signos de fluorosis moderada a intensa;

Lesiones que, basándose en su distribución, sus antecedentes o el examen visual/táctil, parecen deberse a la abrasión.

1 (B) Corona cariada. Se registra la presencia de caries cuando una lesión presente en un hoyo o fisura, o en una superficie dental suave, tiene una cavidad inconfundible, un esmalte socavado o un suelo o pared apreciablemente ablandado. También debe incluirse en esta categoría un diente con una obturación temporal o un diente que esta obturado pero también cariado.

2 (C) Corona obturada con caries. Se considera que una corona esta obturada con caries cuando tiene una o más restauraciones permanentes y una o más zonas que están cariadas. No debe diferenciarse la caries primaria de la secundaria (esto es, se aplica la misma clave independencia de que las lesiones de caries estén físicamente asociadas a restauraciones).

3 (D) Corona obturada, sin caries. Se considera que una corona esta obturada, sin caries, cuando se hallan una o más restauraciones



permanentes y no existe ninguna caries en la corona. Se incluye en esta categoría un diente con una corona colocada debido a una caries anterior.

4 (E) Diente perdido como resultado de caries. Se utiliza esta clave para los dientes permanentes o primarios que han sido extraídos debido a la presencia de caries, incluyendo el registro en el estado de la corona. Para los dientes primarios perdidos, este grado debe emplearse solo si el sujeto presenta una edad en la que la exfoliación normal no sería explicación suficiente de la ausencia.

5 (-) Diente permanente perdido, por cualquier otro motivo. Esta clave se utiliza para los dientes permanentes que se consideran ausentes de modo congénito o que se han extraído por motivos ortodónticos o por periodontopatías, traumatismos, etc.

6 (F) Obturación de fisura. Se utiliza esta clave para los dientes en los que se han colocado una oclusión de fisura en la superficie oclusal o para los dientes en los que la fisura oclusal se ha ensanchado con una fresa redondeada “en forma de flama”, colocando un material compuesto.

7 (G) Soporte de puente, corona especial o funda. Se incluye esta clave en el estado de la corona para indicar que un diente forma parte de un puente fijo, esto es, un soporte de puente. Esta clave puede emplearse para coronas colocadas por motivos distintos de la caries y para fundas y láminas que cubren la superficie labial de un diente en el que no hay signos de caries o de restauración. Los dientes perdidos sustituidos por pónicos de puente se codifican como 4 ó 5.

8 (-) Corona sin brotar. Esta clasificación está limitada a los dientes permanentes y se utiliza solo para un espacio dental en el que hay un diente permanente sin brotar, pero en ausencia de un diente primario.



T (T) Traumatismo (fracturas). Se clasifica una corona como fracturada cuando falta una parte de su superficie como resultado de un traumatismo y no hay signos de caries.

99 (-) No registrado. Esta clave se utiliza para cualquier diente permanente brotado que por algún motivo no se puede examinar (por ej., presencia de bandas ortodónticas, hipoplasia intensa, etc.)

CODIGO	CRITERIO
0	SATISFACTORIO
1	CARIADO
2	OBTURADO CON CARIES
3	OBTURADO SIN CARIES
4	PERDIDO POR CARIES
5	PERDIDO POR OTRAS CAUSAS
6	FISURA OBTURADA
7	SOPORTE DE PUENTE O CORONA
8	DIENTE NO ERUPCIONADO
9	EXTRACCION INDICADA
10	TRAUMATISMO
99	NO REGISTRADO

Fuente: Tomado de Manual de prácticas del Seminario de Titulación en Epidemiología y Salud Pública. FO.UNAM.

El levantamiento de la información se realizó del 1º o 2º Molar Superior derecho al 1º o 2º Molar Superior izquierdo, continuando con el 1º o 2º Molar Inferior izquierdo hasta terminar con el 1º o 2º Molar Inferior derecho, de igual forma se realizó en dentición temporal.

Con la ayuda de un abatelenguas se revisaron los órganos dentales de los alumnos y se capturó la información, fueron llamados en grupos de 5 alumnos para la facilitación del estudio.



Para obtener el resultado individual de CPOD se realiza la sumatoria de los valores correspondientes a C= cariados, P= perdidos por caries exclusivamente, O= obturados por caries; así obtenemos el CPOD= # de piezas afectadas por caries dental presente o pasada. Para el Índice ceod se realiza la misma sumatoria únicamente se cambia la clave P por la clave e= extracción indicada en caso que la pieza dental este muy afectada por caries y así se obtiene el índice ceod.

Para obtener el índice CPOD grupal se realiza la sumatoria del CPOD de cada uno de los integrantes y se divide por el número total de la población, lo mismo se realiza con el índice ceod.

MALOCCLUSIONES DENTALES (CLASE MOLAR DE ANGLE) ²⁷.

En este caso en particular únicamente nos basamos en la clase molar de Angle, y en dentición temporal no se registró cuando los primeros molares permanentes no se encontraban presentes.

Clase I: la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco bucal del primer molar inferior permanente.

Clase II: la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye por delante del surco bucal del primer molar inferior permanente.

Clase II división 1: se caracteriza por estar los incisivos en protrusión, y aumentando el resalte.

Clase II división 2: los incisivos centrales superiores están retroinclinados, y los incisivos laterales con una marcada inclinación vestibular, existe una disminución del resalte y un aumento de la sobremordida interincisiva.

Clase III: la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye por detrás del surco bucal del molar inferior permanente.

6.2 TIPO DE ESTUDIO

- Transversal.

6.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Escolares del turno matutino pertenecientes a la escuela primaria Licenciado Benito Juárez Naucalpan Edo. de México en el periodo escolar 2010-11.



Fuente directa

6.4 MUESTRA

65 alumnos encuestados de los cuales 45 escolares fueron explorados bucalmente de género indistinto de 6 y 12 años de edad pertenecientes al 1º y 6º año de primaria.



Fuente directa

6.5 CRITERIOS

6.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- A. Edad comprendida de los alumnos entre 6 y 12 años de edad.
- B. Escolares pertenecientes a 1º y 6º A.
- C. Escolares que presenten la carta de consentimiento informado.
- D. Escolares que deseen participar en el estudio.
- E. Escolares que se encuentren sanos de salud.
- F. Sexo indistinto.

6.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- A. Escolares que tengan menos de 6 años y más de 12 años de edad.
- B. Escolares de 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º de los grupos: B, C, D, E y F.
- C. Escolares que sus padres no aceptaron en el consentimiento informado.



D. Escolares que no quieran participar en el estudio.

E. Escolares que se encuentren enfermos.

6.6 VARIABLES DE ESTUDIO

1. Edad.
2. Género.
3. Placa dentobacteriana.
4. Caries dental.
5. Maloclusiones dentales.
6. Higiene bucal.
7. Conocimientos.

6.6.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

- Hábitos higiénicos.
- Hábitos bucales.
- Edad.
- Sexo.

6.6.2 VARIABLE DEPENDIENTE

- Placa dentobacteriana.



- Caries dental.
- Maloclusiones dentales.

6.6.3 CONCEPTUALIZACIÓN

1. EDAD: Edad de una persona expresada en términos del periodo transcurrido desde el nacimiento. Duración de la existencia de un individuo medida en unidades de tiempo³⁶.

2. GÉNERO: sexo; categoría a la cual se asigna un individuo según el sexo al que pertenecen³⁶.

3. PLACA DENTOBACTERIANA: Dawes en 1963 describe la placa bacteriana como una colección de colonias bacterianas adheridas firmemente a la superficie de dientes y encías y que no puede ser removida con un simple enjuague con agua. Es un depósito de microorganismos y por tanto una acumulación local de consistencia blanda, con una adherencia firme y estructurada²⁵.

4. CARIES DENTAL: La caries es una enfermedad infecciosa de origen microbiano, localizada en los tejidos duros dentarios, que se inicia con una desmineralización del esmalte por ácidos orgánicos producidos por bacterias orales específicas que metabolizan a los hidratos de carbono de la dieta³.

5. MALOCLUSIONES DENTALES: Malposición y contacto deficiente de los dientes maxilares superiores e inferiores que interfieren con la mayor eficiencia durante los movimientos de desplazamiento del maxilar inferior, que son esenciales para la masticación³⁶.



6. HIGIENE BUCAL: Ciencia de la salud y su conservación. Asistencia adecuada de la boca y los dientes para conservar la salud y prevenir enfermedades ³⁶.

7. CONOCIMIENTOS: Es una operación intelectual, mediante la cual se establece una relación entre un sujeto y un objeto de forma que el primero dispone y utiliza en relación con el segundo, técnicas encaminadas a determinar su naturaleza ³⁷.

7. PLAN DE ANÁLISIS.

Para las variables epidemiológicas como la edad se reportó el promedio, en relación al índice CPOD y ceod también IHOS se reportó el promedio y la desviación estándar.



8. RESULTADOS:

El presente estudio, consta de una muestra de 65 encuestados, de los cuales 29 pertenecen al 6º año y 16 de estos al género femenino y 13 al género masculino.

Con respecto al grupo de 1º A encuestamos una muestra de 36 alumnos, de las cuales obtuvimos 23 personas del género femenino y 13 del género masculino.

Es importante señalar que para la realización de la encuesta, se llevo a cabo sin previo aviso a los alumnos para evitar así modificaciones en los resultados de dicha encuesta; como lo sería con el previo aviso, el informarse acerca del tema y esto podría afectar los resultados esperados.

Cabe mencionar que para dicha encuesta se nos autorizó un tiempo de 30 minutos en cada grupo y en ambos el género que más predominó fue el femenino.

Tabla 1: Descripción de la población encuestada.

Distribución porcentual de la muestra de escolares del grupo 1º A de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo.de México.2011		
SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	23	63.88%
Masculino	13	36.12%
TOTAL	36	100%

Fuente directa del Grupo 1º A



Tabla 2: Descripción de la población encuestada.

Distribución porcentual de la muestra de escolares del grupo 6º A de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo.de México.2011		
SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	16	55.18%
Masculino	13	44.82%
TOTAL	29	100%

Fuente directa del Grupo 6º A

La exploración bucal se realizó a 45 alumnos de los cuales, 14 alumnos son del género femenino del Grupo de 1º A quienes cumplieron con todos los criterios de inclusión, y 6 del género masculino quienes también contaron con todos los criterios de inclusión, para realizar dicha exploración que nos da un total de 20 personas exploradas en ese grupo.

Por su parte el grupo de 6ºA la exploración se realizó en 14 alumnos del género femenino quienes cumplieron con los criterios de inclusión y 11 del género masculino, lo cual nos da un total de 25 personas exploradas en dicho grupo.

Respecto a la edad promedio del grupo de 6º año fue de 12 con una desviación estándar de 0, recordemos que de igual forma que con 1er año, toda la población de estudio cumplió con los criterios de inclusión para poder ser explorados bucalmente y no afectar en los resultados finales en dicho estudio.



1. ESCOLARIDAD DE LA MADRE.

Tabla 3: Resultado de la encuesta

Distribución porcentual de la respuesta 1 en una muestra de escolares del Grupo 1 ^o A de la Primaria Berito Juárez Naucaipan, E do. de México 2011		
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No sabe leer ni escribir	1	2.77%
Primaria completa	7	19.45%
Primaria incompleta	9	25%
Secundaria completa.	2	5.55%
Secundaria incompleta	5	13.89%
Bachillerato incompleto	1	2.77%
profesional	4	11.12%
Nose	7	19.45%
TOTAL	36	100 %

Fuente directa del Grupo 1^o A.

En las respuestas obtenidas en la pregunta anterior puede apreciarse que los escolares contestaron que la madre tiene una escolaridad máxima de la primaria incompleta, la cual obtuvo un porcentaje del 25%, mientras que por el contrario solo el 2.77% tuvo el bachillerato incompleto, por lo cual asumimos que en su minoría son madres con mayor grado de escolaridad.



Tabla 4: Resultados de la encuesta.

Distribución porcentual de la respuesta 1 en una muestra de escolares del grupo 6º A de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo.de México.2011		
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No se	10	34.3%
Primaria completa	3	10.2%
Primaria incompleta	4	13.8%
Secundaria completa	6	20.7%
Secundaria incompleta	2	7%
Bachillerato completo	2	7%
Profesional	2	7%
TOTAL	29	100 %

Fuente directa del grupo 6º A.

Por su parte el grupo de 6º contestó en su mayoría desconocer la escolaridad de la madre, obteniendo así un porcentaje de 34.3%, lo cual es de llamar la atención que no sepan contestar la pregunta ya que en la mayor parte del tiempo son ellas las encargadas de la formación de sus hijos.



PREGUNTA 2. ESCOLARIDAD DEL PADRE.

Tabla 5: Resultados de la encuesta

Distribución porcentual de la respuesta 2 en una muestra de escolares del grupo 1º A de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo.de México.2011		
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No se	28	77.70%
Primaria completa	3	8.5%
Primaria incompleta	0	0%
Secundaria completa	1	2.75%
Secundaria incompleta	1	2.75%
Bachillerato incompleto	2	5.55%
No sabe leer ni escribir	1	2.75%
TOTAL	36	100 %

Fuente directa del Grupo de 1º A

Se observó que en la pregunta anterior el porcentaje más elevado fue el de 77.70% cuya respuesta fue el desconocimiento de la mayoría de los escolares en cuanto a la escolaridad del padre, puede entenderse que se deba principalmente a que es el padre de familia quien trabaja la mayor parte del tiempo, por lo cual no supieron contestar dicha pregunta.



Tabla 6: Resultados de la encuesta.

Distribución porcentual de la respuesta 2 en una muestra de escolares del grupo 6º A de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo.de México.2011		
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No se	13	44.85%
Primaria completa	1	3.46%
Primaria incompleta	2	6.8%
Secundaria completa	7	24.16%
Secundaria incompleta	4	13.81%
Bachillerato incompleto	1	3.46%
Bachillerato completo	1	3.46%
TOTAL	29	100 %

Fuente directa del Grupo 6º A.

De igual forma que como ocurrió con los escolares de primer grado los alumnos de 6º contestaron en su mayoría desconocer la escolaridad del padre, con un porcentaje del 44.85% fue la más elevada.



PREGUNTA 3. TE HAN DADO PLÁTICAS DE CÓMO CUIDAR TU BOCA.

Tabla 7: Resultados de la encuesta.

Distribución porcentual de la respuesta 3 en una muestra de escolares del grupo 1º A de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo.de México.2011		
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	36	100%
TOTAL	36	100 %

Fuente directa del Grupo 1º A

Tabla 8: Resultados de la encuesta.

Distribución porcentual de la respuesta 3 en una muestra de escolares del grupo 6º A de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo.de México.2011		
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	26	89.65%
No	3	10.35%
TOTAL	29	100 %

Fuente directa del Grupo 6º A

En esta respuesta no cabe la menor duda que todos los escolares respondieron que si les habían dado pláticas de salud en el caso de los alumnos de 1º, mientras que en el caso de los alumnos de 6º año la mayoría con un porcentaje del 89.65% también había recibido pláticas de salud y solo el 10.35% de ellos no.



PREGUNTA 4. CON QUE FRECUENCIA TE LAVAS LOS DIENTES.

Tabla 9: Resultados de la encuesta.

Distribución porcentual de la respuesta 4 en una muestra de escolares del Grupo 1º A de la primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo.de México.2011		
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
3 veces al día	18	50%
2 veces al día	6	16.69%
No me los lavo	5	13.89%
1 vez al día	4	11.12%
Más de 3 veces	3	8.3%
TOTAL	36	100 %

Fuente directa del Grupo 1º A

Tabla 10: Resultados de la encuesta.

Distribución porcentual de la respuesta 4 en una muestra de escolares del Grupo 6º A de la primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo.de México.2011		
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
3 veces al día	10	34.51%
2 veces al día	12	41.42%
No me los lavo	2	6.8%
1 vez al día	5	17.27%
TOTAL	29	100 %

Fuente directa del Grupo 6º A

En esta respuesta de los alumnos se observa que los alumnos de 1º se cepillan los dientes 3 veces al día con un porcentaje del 50%, mientras que los alumnos de 6º año el 41.42% se cepillan únicamente 2 veces al día.



PREGUNTA 5. TE HAN ADMINISTRADO FLUORURO.

Tabla 11: Resultados de la encuesta.

Distribución porcentual de la respuesta 5 en una muestra de escolares del Grupo 1º A de la primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo.de México.2011		
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	29	80.56%
No	7	19.44%
TOTAL	36	100%

Fuente directa del Grupo 1º A

Tabla 12: Resultados de la encuesta.

Distribución porcentual de la respuesta 5 en una muestra de escolares del Grupo 6º A de la primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo.de México.2011		
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	24	82.76%
No	5	17.24%
TOTAL	29	100%

Fuente directa del Grupo 6º A

En esta pregunta es importante mencionar que aún cuando la mayoría de los alumnos reportó el que si les había aplicado, obtuvimos para la aplicación de fluoruro el 1er grado el 80.56% respondió que si le habían colocado y el 6º grado fue el 82.76%.



PREGUNTA 6. EN QUE FORMA SE TE APLICO FLUORURO.

Tabla 13: Resultados de la encuesta.

Distribución porcentual de la respuesta 6 en una muestra de escolares del Grupo 1 ^o A de la primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo.de México.2011		
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
En enjuague	36	100%
TOTAL	36	100%

Fuente directa del Grupo 1^o A

Tabla 14: Resultados de la encuesta.

Distribución porcentual de la respuesta 6 en una muestra de escolares del Grupo 6 ^o A de la primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo.de México.2011		
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
En enjuague	19	65.52%
En gel	5	17.24%
No respondieron	5	17.24%
TOTAL	29	100%

Fuente directa del Grupo 6^o A

Lo que se puede observar en las respuestas de ambos grupos fue que en su totalidad del grupo de 1^o se les había aplicado en forma de enjuague, mientras que en 6^o también el enjuague predominaba en la forma de aplicación con un porcentaje del 65.52% aunque el 17.24% no respondió y de igual forma algunos se les había aplicado en forma de gel.



PREGUNTA 7. DONDE SE TE APLICÓ EL FLUORURO.

Tabla 15: Resultados de la encuesta.

Distribución porcentual de la respuesta 6 en una muestra de escolares del Grupo 1º A de la primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo.de México.2011		
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
escuela	36	100%
TOTAL	36	100 %

Fuente directa del Grupo 1º A.

Tabla 16: Resultados de la encuesta.

Distribución porcentual de la respuesta 7 en una muestra de escolares del Grupo 6º A de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo de México.2011.		
LUGAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sector salud, escuela	11	37.94 %
En su casa	9	31.03 %
En UNAM	4	13.79 %
No respondieron	5	17.24 %
TOTAL	29	100 %

Fuente directa del Grupo 6º A.

Llama la atención que en el grupo de 1º al 100% se les aplicó fluoruro en la escuela, mientras que en el grupo de 6º a la mayoría se les aplicó en el sector salud o en la escuela, con un porcentaje del 37.94%, mientras que el 17.24% no respondió.



PREGUNTA 8. CADA CUANDO CAMBIAS TU CEPILLO DENTAL.

Tabla 17: Resultados de la encuesta.

Distribución porcentual de la respuesta 8 en una muestra de escolares del Grupo 1º A de la primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo.de México.2011		
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No saben	36	100%
TOTAL	36	100 %

Fuente directa del Grupo 1º A

Tabla 18: Resultados de la encuesta.

Distribución porcentual de la respuesta 8 en una muestra de escolares del Grupo 6º A de la Primaria Benito Juárez, Naucalpan. Edo de México .2011		
CADA CUANDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cada mes	11	37.95 %
Cada tres meses	12	41.45 %
Dos veces al año	2	6.8 %
No se	1	3.45 %
nunca lo cambio	3	10.35 %
TOTAL	29	100 %

Fuente directa del Grupo 6º A

Los escolares de 1º no sabían cada cuando sus mamás o un adulto cambiaban el cepillo en su totalidad del 100% mientras que en los alumnos de 6º obtuvieron el porcentaje más elevado fue de 41.45% con la respuesta cada 3 meses, siendo ellos mismos en su mayoría los que cambiaban el cepillo dental.



PREGUNTA 9. REALIZAS TÚ SOLO EL CEPILLADO DENTAL.

Tabla 19: Resultados de la encuesta.

Distribución porcentual de la respuesta 9 en una muestra de escolares del Grupo 1º A de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo.de México.2011		
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	29	80.55%
Mamá me ayuda	4	11.12%
Papá me ayuda	2	5.55%
Mi tutor me ayuda	0	0%
No me los lavo	1	2.78%
TOTAL	36	100 %

Fuente directa del Grupo 1º A

Tabla 20: Resultados de la encuesta.

Distribución porcentual de la respuesta 9 en una muestra de escolares del Grupo 6º A de la Primaria Benito Juárez, Naucalpan Edo.de México.2011.		
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	23	79.34 %
Mamá me ayuda	1	3.44 %
Papá me ayuda	1	3.44%
Mi tutor me ayuda	1	3.44 %
No me los lavo	3	10.34 %
TOTAL	29	100 %

Fuente directa del Grupo 6º A

Se observa que en el grupo de 1º la mayoría de ellos realizan solos el cepillado dental con un porcentaje del 80.55% mientras que en 6º obtuvo un total de 79.34%, encontrando también que un porcentaje de 3.44% es asistido por un adulto, mientras que un porcentaje de 2.78% no se lavan los dientes.



PREGUNTA 10. CUANDO COMES DULCES.

Tabla 21: Resultados de la encuesta.

Distribución porcentual de la respuesta 10 en una muestra de escolares del grupo 1º A de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo.de México.2011		
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
En la mañana	17	47.23%
Mañana y tarde	13	36.12%
Mañana, tarde y noche	5	13.88%
No respondió	1	2.77%
TOTAL	36	100 %

Fuente directa del Grupo 1º A

Tabla 22: Resultados de la encuesta.

Distribución porcentual de la respuesta 10 en una muestra de escolares del Grupo 6º A de la Primaria Benito Juárez, Naucalpan Edo.de México .2011.		
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
En la mañana	16	55.26%
Mañana y tarde	10	34.40%
Mañana, tarde y noche	3	10.34%
TOTAL	29	100 %

Fuente directa del Grupo 6º A

Se observó que la mayoría de los alumnos de 1º solo consumen dulces en la mañana, lo cual podría ser porque se encuentran en la hora del recreo, y esto facilita su consumo además de que en la escuela sus padres no les llaman la atención, y de igual forma se presentó con los del 6º grado.



PREGUNTA 11. ALGUIEN DE TU FAMILIA TIENE DIENTES CHUECOS.

Tabla 23: Resultados de la encuesta.

Distribución porcentual de la respuesta 11 en una muestra de escolares del Grupo de 1º A de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo.de México.2011		
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mamá	7	19.49%
Papá	5	13.88%
Hermanos	15	41.67%
Tíos o primos	6	16.66%
yo	3	8.3%
TOTAL	36	100%

Fuente directa del Grupo 1º A

Tabla 24: Resultados de la encuesta.

Distribución porcentual de la respuesta 11 en una muestra de escolares del Grupo de 6º A de la Primaria Benito Juárez, Naucalpan Edo de México .2011		
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mamá	2	6.8%
Papá	1	3.40%
Hermanos	3	10.40%
Tíos o primos	18	62.10%
Yo	5	17.30%
TOTAL	29	100 %

Fuente directa del Grupo 6º A

En esta pregunta podían existir varias respuestas para el alumno pero finalmente nuestro objetivo era el de reconocer si el alumno podía tener en casa algún tipo de factor que pudiese existir para determinar si por herencia ellos podrían llegar a tener maloclusiones dentales.



En el grupo de 1º la mayoría contestó que sus hermanos tenían dientes chuecos, con un porcentaje del 41.67% mientras que en el grupo de 6º la mayoría contestó que sus tíos o primos tenían dientes chuecos con un porcentaje del 62.10%.

Lo que nos hace pensar en el caso de 6º año que la herencia genética no tiene mayor frecuencia, mientras que en el caso de 1º mamá y papá tienen un porcentaje considerable para poder ser tomado un factor de riesgo para los alumnos.

PREGUNTA 12. FRECUENTEMENTE SIN ESTAR NERVIOSO MUERDES ALGUN OBJETO.

Tabla 25: Resultados de la encuesta.

Distribución porcentual de la respuesta 12 en una muestra de escolares del grupo 1º A de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo.de México.2011		
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Rechino los dientes	19	52.78%
Muerdo las uñas	10	27.78%
Muerdo las plumas	5	13.88%
Muerdo el labio	2	5.56%
TOTAL	36	100 %

Fuente directa del Grupo 1º A

Llama la atención que en la mayoría de los escolares de 1º contestaron con un porcentaje de 52.78% que rechinan los dientes, lo cual puede entenderse como una respuesta al proceso de recambio dental por el cual atraviesan en esa edad, al modificarse la dimensión vertical puede provocarse este suceso.



Tabla 26: Resultados de la encuesta.

Distribución porcentual de la respuesta 12 en una muestra de escolares del grupo 6º A de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo.de México.2011		
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Muerdo las uñas	20	68.98%
Rechino los dientes	6	20.68%
No tienen hábitos	3	10.34%
TOTAL	29	100 %

Fuente directa del Grupo 6º A

Con los alumnos de 6º año el porcentaje mayor lo obtuvo la respuesta de poseer el hábito de morder las uñas con un 68.98%.

PREGUNTA 13. CADA CUANDO ACOSTUMBRAS A CONSUMIR GOLOSINAS Y REFRESCOS.

Tabla 27: Resultados de la encuesta.

Distribución porcentual de la respuesta 13 en una muestra de escolares del grupo 1º A de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo.de México.2011		
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mucho (+ de 3 veces)	16	44.45%
Medio (1 o 2 veces)	11	30.56%
No me gustan	8	22.22%
No respondió	1	2.77%
TOTAL	36	100 %

Fuente directa del Grupo 1º A

En la mayoría de los escolares de 1er año se registró una mayoría del porcentaje de 44.45% con la respuesta mucho (+ de 3 veces), lo cual puede



interpretarse a que en esta población no conoce todavía la consecuencias del daño a la primera dentición ya que consideran que “se les van a caer esos dientes y les saldrán nuevos”.

Tabla 28: Resultados de la encuesta

Distribución porcentual de la respuesta 13 en una muestra de escolares del grupo 6 ^o A de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo.de México.2011		
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mucho (+ de 3 veces)	5	17.23%
Medio (1 o 2 veces)	23	79.33%
No me gustan	1	3.44%
TOTAL	29	100 %

Fuente directa del Grupo 6^o A

En la población de 6^o año se puede observar que la mayoría contestó considerar que ellos comen un grado medio (1 a 2 veces), de estos productos, ya que existe el interés de tener una boca sana, más por estética que por salud, lo cual fue manifestado en todo momento por los alumnos, que consideran que los dientes “picados” lucen feos.



PREGUNTA 14. TE SANGRAN LAS ENCIAS.

Tabla 29: Resultados de la encuesta.

Distribución porcentual de la respuesta 14 en una muestra de escolares del grupo 1º A de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo.de México.2011		
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No me sangran	21	58.34%
Algunas veces	8	22.22%
Sí me sangran	7	19.44%
TOTAL	36	100 %

Fuente directa del Grupo 1º A

Tabla 30: Resultados de la encuesta.

Distribución porcentual de la respuesta 14 en una muestra de escolares del grupo de 6 ºA de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo.de México.2011		
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No me sangran	11	37.93%
Algunas veces	16	55.17%
Sí me sangran	2	6.9%
TOTAL	29	100 %

Fuente directa del Grupo 6º A

Es importante señalar que en el grupo de 1º obtuvimos un 58.34% con la respuesta no me sangran las encías, mientras que en el grupo de 6º encontramos resultados como el 55.17% con la respuesta algunas veces.



PREGUNTA 15. CADA CUANDO VAS AL DENTISTA.

Tabla 31: Resultados de la encuesta.

Distribución porcentual de la respuesta 15 en una muestra de escolares del grupo 1º A de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo.de México.2011		
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Solo cuando me duelen	18	50%
Cada 6 meses	9	25%
No me gusta ir	8	22.23%
No contestaron	1	2.77%
TOTAL	36	100 %

Fuente directa del Grupo 1º A

Tabla 32: Resultados de la encuesta.

Distribución porcentual de la respuesta 15 en una muestra de escolares del grupo 6º A de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo.de México.2011		
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Solo cuando me duelen	13	44.84%
Cada 6 meses	7	24.13%
No me gusta ir	9	31.03%
TOTAL	29	100 %

Fuente directa del Grupo 6º A

En la pregunta que se realizó no cabe la menor duda que ambos grupos de 1º y 6º acuden al dentista solo por necesidad y dolor principalmente, ambos tuvieron un porcentaje alto de 50% para 1º y el 44.84% para 6º.



PREGUNTA 16. ACTUALMENTE TE DUELE ALGÚN DIENTE.

Tabla 33: Resultados de la encuesta.

Distribución porcentual de la respuesta 16 en una muestra de escolares del grupo 1º A de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo.de México.2011		
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	22	61.12%
Si	12	33.33%
No respondieron	2	5.55%
TOTAL	36	100 %

Fuente directa del Grupo 1º A

Tabla 34: Resultados de la encuesta.

Distribución porcentual de la respuesta 16 en una muestra de escolares del grupo 6º A de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo.de México.2011		
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	23	79.32%
Si	6	20.68%
TOTAL	29	100 %

Fuente directa del Grupo de 6º A

Definitivamente en ambos grupos en el momento de aplicarles la encuesta no manifestaron dolor de algún diente en ese momento reportando así un porcentaje de 61.12% para el grupo de 1º, mientras que para el grupo de 6º se reportó un 79.32%.



PREGUNTA 17. TE INTERESARÍA SABER MÁS DE ESTE TEMA.

Tabla 35: Resultados de la encuesta.

Distribución porcentual de la respuesta 17 en una muestra de escolares del grupo 1º A de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo.de México.2011		
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	32	88.88%
No	2	5.56%
No respondieron	2	5.56%
TOTAL	36	100 %

Fuente directa del Grupo 1º A

Tabla 36: Resultados de la encuesta.

Distribución porcentual de la respuesta 17 en una muestra de escolares del grupo 6º A de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo.de México.2011		
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	29	100%
TOTAL	29	100 %

Fuente directa del Grupo 6º A

Para esta pregunta nos dimos cuenta que la mayoría de la población de 1º respondió que si le interesaría saber más acerca del tema, con un porcentaje del 88.88%, mientras que para 6º año el 100% si se interesó profundamente.



RESULTADOS DE LA EXPLORACIÓN BUCAL EN LA POBLACIÓN DE 1º Y 6º AÑO.

En esta parte del estudio se captó una población total estudiada de 45 escolares de ambos grupos, de los cuales pertenecientes al grupo 1º A encontramos un total de 20 personas exploradas: 14 pertenecientes al género femenino y 6 pertenecientes al género masculino, quienes todos cumplieron con los criterios de inclusión para dicho estudio. Por su parte el grupo de 6º A tuvo 25 personas exploradas de las cuales encontramos 14 pertenecientes al género femenino y 11 pertenecientes al género masculino. Respecto a la edad promedio del grupo de 6º año fue de 12 con una desviación estándar de 0, recordemos que de igual forma que con 1er año, toda la población de estudio cumplió con los criterios de inclusión para poder ser explorados bucalmente y no afectar en los resultados finales en dicho estudio.

Tabla 37: Resultados de la exploración bucal.

Distribución porcentual del total de la población explorada bucalmente en una muestra de escolares del grupo 1º A de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo.de México.2011		
SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	14	70%
Masculino	6	30%
TOTAL	20	100%

Fuente directa del Grupo de 1º A



Tabla 38: Resultados de la exploración bucal.

Distribución porcentual del total de la población explorada bucalmente en una muestra de escolares del grupo 6º A de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo.de México.2011		
SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	14	56%
Masculino	11	44%
TOTAL	25	100%

Fuente directa del Grupo de 6º A

RESULTADOS DEL INDICE ceod Y CPOD DEL SEXO FEMENINO DE AMBOS GRUPOS.

Tabla 39: Resultados de la exploración bucal.

Distribución promedio de ceod en el sexo femenino una muestra de escolares de 1º A de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo. de México.2011		
n	PROMEDIO	DESVIACIÓN ESTANDAR
14	6.41	+ - 3.55

Fuente directa del Grupo 1º A

Tabla 40: Resultados de la exploración bucal.

Distribución promedio de CPOD en el sexo femenino una muestra de escolares de 1º A de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo. de México.2011		
n	PROMEDIO	DESVIACIÓN ESTANDAR
14	1.5	+ - 0.70

Fuente directa del Grupo 1º A



Encontramos que en esta muestra del género femenino de 1º A se observa que el ceod en la primera dentición es la que más se ve afectada por la experiencia presente o pasada de caries dental, con un promedio de hasta 6.41 lo cual nos habla de que la población no tiene el mayor cuidado en la salud bucal, mientras que en el CPOD tiene menor promedio, debido a que los dientes están erupcionando, y todavía no experimentan la aparición de caries dental y en dado caso que se presente este promedio es bajo pero eso no quiere decir que la población esté libre de la enfermedad.

Tabla 41: Resultados de la exploración bucal.

Distribución promedio de CPOD en el sexo femenino en una muestra de escolares de 6º A de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo.de México.2011		
n	PROMEDIO	DESVIACIÓN ESTANDAR
14	2.85	+ - 3.05

Fuente directa del Grupo 6º A

Mientras que en el grupo de 6º A se obtuvo un promedio de CPOD del sexo femenino de 2.85 asumimos que aun que esta cifra tiende a ser menor con respecto a sus homologas de 1er año no quiere decir que la excluyan sino más bien que se tomen las medidas necesarias de atención y prevención para disminuir estas cifras de la experiencia pasada o presente de caries dental. Cabe mencionar que en este grado no se encontró alguna pieza temporal en ningún alumno por lo cual no se obtuvo el índice ceod.

La prevalencia para caries dental para primer año en ambos géneros fue del 80%.

Y para el sexto grado la prevalencia de caries dental fue del 88% para ambos géneros.



RESULTADOS DEL ÍNDICE IHOS DEL SEXO FEMENINO DE AMBOS GRUPOS:

Tabla 42: Resultados de la exploración bucal.

Distribución promedio de IHOS en el sexo femenino en una muestra de escolares de 1º A de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo.de México.2011		
n	PROMEDIO	DESVIACIÓN ESTANDAR
14	1.3	+ - 0.4

Fuente directa del Grupo 1º A

Tabla 43: Resultados de la exploración bucal.

Distribución promedio de IHOS en el sexo femenino en una muestra de escolares de 6º A de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo.de México.2011		
n	PROMEDIO	DESVIACIÓN ESTANDAR
14	1.07	+ - 0.31

Fuente directa del Grupo 6º A

Se observa que el grupo de 1º A presentó un IHOS de 1.3, lo que se interpreta como una condición regular de higiene oral en el sexo femenino.

Por otra parte es el grupo de 6º A quien presentó un IHOS de 1.07 lo que se interpreta como el grupo femenino tiene una condición buena de higiene oral.

Siendo así el grupo de 6º año quien mejor higiene oral posee.



RESULTADOS DEL ÍNDICE ceod Y CPOD DEL SEXO MASCULINO DE AMBOS GRUPOS.

Tabla 44: Resultados de la exploración bucal

Distribución promedio de ceod en el sexo masculino una muestra de escolares de 1º A de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo.de México.2011		
n	PROMEDIO	DESVIACIÓN ESTANDAR
6	3.4	+ - 2.8

Fuente directa del Grupo 1º A

Tabla 45: Resultados de la exploración bucal

Distribución promedio de CPOD en el sexo masculino una muestra de escolares de 1º A de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo.de México.2011		
n	PROMEDIO	DESVIACIÓN ESTANDAR
6	2	+ - 0

Fuente directa del Grupo 1º A

Se obtuvo un promedio de ceod de 3.4 en el género masculino lo cual podemos asumir que se debe a que la población tiene libre demanda de una dieta alta en carbohidratos (dulces), mientras que en el promedio de CPOD obtuvo un promedio de 2 lo que representa que la población no está libre de la enfermedad de la caries dental aun cuando se encuentra en la etapa del recambio dental ya se observa un promedio considerable.

Tabla 46: Resultados de la exploración bucal

Distribución promedio de CPOD en el sexo masculino en una muestra de escolares de 6º A de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo.de México.2011		
n	PROMEDIO	DESVIACIÓN ESTANDAR
11	3.36	+ - 2.87

Fuente directa del Grupo 6º A

En el caso de sexto año puede observarse que el promedio de CPOD en la población, masculina es de 3.36 lo cual puede confirmarnos el posible hecho que respecto a sus compañeras este es mayor debido a que los hombres tienen menor importancia en su aspecto físico.

RESULTADOS DEL IHOS DEL SEXO MASCULINO DE AMBOS GRUPOS.

Tabla 47: Resultado de la exploración bucal.

Distribución promedio de IHOS en el sexo masculino en una muestra de escolares de 1º A de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo.de México.2011		
n	PROMEDIO	DESVIACIÓN ESTANDAR
6	1.6	+ - 0.4

Fuente directa del Grupo 1º A

Tabla 48: Resultado de la exploración bucal.

Distribución promedio de IHOS en el sexo masculino en una muestra de escolares de 6º A de la Primaria Benito Juárez, Naucalpan, Edo.de México.2011		
n	PROMEDIO	DESVIACIÓN ESTANDAR
11	1.32	+ - 0.46

Fuente directa del Grupo 6º A



En relación al IHOS de ambos grupo se observa que en el caso de 1º A se obtuvo un Índice IHOS de 1.6 lo cual corresponde a una condición regular de higiene oral en el sexo masculino.

En el caso de 6º A se obtuvo un IHOS de 1.32 lo cual se interpreta como una condición regular de higiene oral.

RESULTADOS DEL CPOD Y ceod GRUPAL DE 1º Y 6º A.

Tabla 49: Resultado de la exploración bucal.

Distribución promedio grupal de ceod en una muestra de escolares de 1º A de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo.de México.2011		
n	PROMEDIO	DESVIACIÓN ESTANDAR
20	5.52	+ - 3.57

Fuente directa del Grupo 1º A

Tabla 50: Resultado de la exploración bucal.

Distribución promedio grupal de CPOD en una muestra de escolares de 1º A de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo.de México.2011		
n	PROMEDIO	DESVIACIÓN ESTANDAR
20	1.75	+ - 0.5

Fuente directa del Grupo 1º A

Se observa que respecto a la experiencia grupal de caries dental en la primera dentición se obtuvo un promedio ceod de 5.52 lo cual confirma que su frecuencia en esta población es demasiada, posiblemente a la libre demanda que los escolares pueden tener en todo momento.



Respecto al CPOD obtuvimos un 1.75 lo que nos advierte que la población de seguir así tempranamente tendrá experiencia de caries dental, de igual forma que se consideraría un factor de riesgo el haber tenido un promedio tan elevado en la primera dentición.

Tabla 51: Resultado de la exploración bucal.

Distribución promedio grupal de CPOD en una muestra de escolares de 6º A de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo.México.2011		
n	PROMEDIO	DESVIACIÓN ESTANDAR
25	2.83	+ - 2.92

Fuente directa del Grupo 6º A

Respecto al grupo de 6º el promedio CPOD obtenido fue de 2.83 lo que nos habla que la población puede ser más susceptible en este periodo también. Finalmente nos dimos cuenta que pese al programa de acciones específicas 200-2012 de la Secretaria de Salud, en donde aseguran que los niños mexicanos lograron la meta de mantener un CPOD menor o igual a 2, en promedio nacional, difícilmente en el estudio se pudo demostrar lo anterior.



RESULTADOS DEL IHOS GRUPAL.

Tabla 52: Resultado de la exploración bucal.

Distribución promedio grupal de IHOS en una muestra de escolares de 1º A de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo.de México.2011		
n	PROMEDIO	DESVIACIÓN ESTANDAR
20	1.45	+ - 0.42

Fuente directa del Grupo de 1º A

Tabla 53: Resultado de la exploración bucal.

Distribución promedio grupal de IHOS en una muestra de escolares de 6º A de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo.de México.2011		
n	PROMEDIO	DESVIACIÓN ESTANDAR
25	1.18	+ - 0.40

Fuente directa el Grupo 6º A

Observamos que respecto al índice IHOS obtuvimos 1.45 para 1er año lo cual se interpreta como el grupo presenta una condición regular de higiene oral.

Para el 6º año se encontró un IHOS de 1.18 lo cual se interpreta como el grupo cuenta con una condición buena de higiene oral.

Sin embargo hay que seguir trabajando para que estos números tiendan a bajar en toda la población infantil y promover la salud teniendo como motor principal siempre la prevención.



RESULTADOS DE MALOCLUSIONES DENTALES CON BASE A LA RELACIÓN MOLAR EL GRUPO DE 1º A.

Tabla 54: Resultado de la población explorada

Distribución porcentual de la muestra de escolares de 1º A de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo. de México.2011		
SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	14	63.88%
Masculino	6	36.12%
TOTAL	20	100%

Fuente directa el Grupo 1º A

Tabla 55: Resultado de la población explorada

Distribución porcentual de las maloclusiones con base en la relación molar en una muestra de escolares de 1º A de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo. de México.2011		
SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	8 clases I	40%
Masculino	3 clases I	15%
TOTAL	11	55%

Fuente directa el Grupo 1º A



Como se observa en la tabla 54 de un total de población del grupo de 1º A de 20 personas exploradas bucalmente, se encontraron resultados respecto a las maloclusiones dentales de 11 casos de ambos sexos lo cual representa un 55% en la población total con una clase molar I, cabe mencionar que de ese total obtenido no se encontraron en dicho grupo maloclusiones dentales que afecte a los escolares, tomando en cuenta que se encuentran en la fase de recambio dental, es importante señalar que el total fue de 11 personas, ya que los demás escolares contaban con dentición temporal o no estaban suficientemente erupcionados los molares para su estudio y establecimiento de la clase molar.

Tabla 56: Resultado de la población explorada

Distribución porcentual de las maloclusiones con base en la relación molar en una muestra de escolares de 1º A de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo. de México.2011		
n	FRECUENCIA	PORCENTAJE
11	Personas con dentición mixta	55%
9	Personas con 1ª dentición	45%
TOTAL	20	100%

Fuente directa el Grupo 1º A

Ahora bien como apreciamos en la tabla 56 respecto al porcentaje el 55% obtuvo una clase I molar, mientras que el 45% no pudo ser determinada por motivos que ya se explicaron anteriormente.



RESULTADOS DE LA POBLACIÓN EXPLORADA DE 6º A

Tabla 57: Resultados de la población explorada.

Distribución porcentual de la muestra de escolares de 6º A de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo. de México.2011		
SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	14	56%
Masculino	11	44%
TOTAL	25	100%

Fuente directa del Grupo 6º A.

Se aprecia en la tabla 57 que la población estudiada del grupo de 6º A fue de 25 personas, los cuales es de saberse cumplieron con los criterios de inclusión.

Tabla 58: Resultados de la población explorada.

Distribución porcentual de las maloclusiones con base en la relación molar en una muestra de escolares de 6º A de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo. de México.2011		
SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	12 clases I	85.71%
	2 clases II	14.29%
TOTAL	14	100%

Fuente directa del Grupo 6º A.



En la exploración realizada a las mujeres en dicho grupo se presentaron 12 personas con una clase molar lo cual nos dice que el 85% no tiene problemas de maloclusión, mientras que solo 2 personas presentaron una clase II con un porcentaje del 14.29%.

Tabla 59: Resultados de la población explorada.

Distribución porcentual de las maloclusiones con base en la relación molar en una muestra de escolares de 6º A de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo. de México.2011		
SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	10 clases I	90.91%
	1 clases III	9.09%
TOTAL	11	100%

Fuente directa del Grupo 6º A.

Respecto al porcentaje presentado por los hombres en dicho grupo sólo el 9.09% que corresponde a una clase III molar, encontrando así una minoría en las maloclusiones dentales.



RESULTADOS DE LA PREVALENCIA DE LA RELACIÓN MOLAR DE AMBOS GRUPOS

Finalmente en la comparación del porcentaje de las maloclusiones encontradas en el grupo es el sexo femenino quien reportó una prevalencia de la relación molar fue del 6.6% para ambos géneros en los alumnos de 6^o año y para el 1er año el 100% presentó clase I molar.

Tabla 60: Resultados de la población explorada.

Distribución porcentual de las maloclusiones con base en la relación molar en una muestra de escolares de de la Primaria Benito Juárez Naucalpan, Edo. de México.2011		
n	FRECUENCIA	PORCENTAJE
45	2 clases II y 1 clase III	6.6%
TOTAL	3	6.6%

Fuente directa de ambos grupos.



9. DISCUSIÓN.

En el presente estudio encontramos que de igual forma que las investigaciones realizadas por Montiel en el año 2004 obtuvimos que los hábitos perniciosos en un 24% de clases II, y un 10% para las clases III en ambos casos predominando en el género masculino, que el sexo femenino, en donde pueden llegar afectar a la población infantil y no solo el tema de caries dental y enfermedades periodontales deberían enfocar toda nuestra atención ya que estos repercuten en la vida diaria del infante. Por lo tanto la prevención y el conocimiento de las consecuencias pueden ser ubicados como un problema de conducta y tiene que ser abordado multidisciplinariamente en todos los rubros de la sociedad para entender mejor su frecuencia de aparición y su posible tratamiento, en nuestro estudio encontramos un porcentaje de maloclusiones respecto a la relación molar del 6.6% para ambos géneros en los alumnos de 6º año y para el primer año el 100% presento clase I molar.

Encontramos coincidencias con la publicación de Cázares en el 2009 en donde concluyen que son las mujeres quienes tienen mayor riesgo a padecer caries dental, ya que efectivamente fue la más afectada con un promedio de ceod de 6.41 en la primera dentición, mientras que en la población masculina se obtuvo un ceod de 3.4.

Para finalizar esta discusión cabe mencionar que los resultados obtenidos distan mucho de la realidad, en donde la Secretaria de Salud asegura que México tuvo en el año 2001 un índice de 1.91 ya que en el presente estudio la población de 6 años de edad resultó ser la más afectada en términos de experiencia presente o pasada de caries dental.

En términos de la práctica de salud como el cepillado dental obtuvimos que los factores socioeconómicos, sociodemográficos y conductuales se encuentran asociados e influyen directamente en este tema, paradójicamente



encontramos que son las mujeres quienes tienen más inculcado el hábito de higiene dental que los hombres, posiblemente se deba a diferentes causas entre ellas sino más bien la principal sería la percepción de la estética en las mujeres.



10. CONCLUSIONES.

En esta investigación, nos dimos cuenta que gran parte de la población de estudio pertenecía a escolares del sexo femenino con un porcentaje del 70% para el grupo de primer año, mientras que obtuvo el 56% para el grupo de sexto año.

Así mismo obtuvimos que el grupo de 1º A presentaron un alto porcentaje de placa dentobacteriana de 1.45 respecto a sus contrapartes de 6º año con un promedio de 1.18 en el cual se encontró que siendo los escolares del sexo masculino de 1.32 los que presentaron más placa dentobacteriana con una mínima diferencia con los escolares del sexo femenino de 1.07, esto posiblemente se deba a que las mujeres cuidan un poco más su estética y la salud bucal de las mismas; cosa que no sucede en el sexo contrario. Mientras que en el grupo de escolares de 1º A, el sexo masculino fue el más afectado con un promedio de 1.6, respecto a sus homólogas con un promedio de 1.3. Recordemos que en cuanto a la prevalencia de caries dental para el primer año en ambos géneros fue del 80%. Y para el 6º grado la prevalencia de caries dental fue del 88% para ambos géneros.

Encontramos también que en cuanto a caries dental llama la atención que los alumnos de 1º A presentaron un promedio ceod de 5.52, y los alumnos de 6º presentó un promedio CPOD de 2.83 por lo que concluimos que si esta población en la primera dentición tuvo o tiene una experiencia de caries dental muy posiblemente presentaran como los alumnos de 6º caries dental a futuro. Así mismo pudo observarse que la población de 1er año en el género femenino fue la más afectada con un promedio de 6.41, mientras que los hombres de dicho grupo presentaron un promedio de 3.4, en cuanto a los alumnos de 6º año el género masculino fue el más afectado con un promedio de 3.36 mientras que el género femenino presentó un promedio de 2.85 lo



cual nos hace pensar que las mujeres poseen el hábito de cepillarse los dientes al menos 2 veces al día

En cuanto a las maloclusiones respecto a la clase molar que algunas de ellas se producían por el factor de riesgo que consideramos era la aparición de ciertos hábitos perniciosos nos dimos cuenta que en nuestro estudio encontramos un porcentaje de maloclusiones en base a la relación molar del 6.6% para ambos géneros en los alumnos de 6º año y para el 1er año el 100% presentó clase I molar.

En resumen podríamos decir que ambos grupos de primer año asisten a consulta solo cuando les duele algún órgano dental con un porcentaje del 50%, mientras que los de 6º año obtuvieron un 44.84% con la misma respuesta, no acuden al Cirujano Dentista por prevención, únicamente por necesidad, en cuanto al consumo de dulces la mayoría consume más de 3 veces al día con un porcentaje del 44.45% para primer año, mientras que el grupo de 6º año obtuvo un 79.33% con la respuesta 1 o 2 veces al día.

Finalmente podemos concluir que el implementar a nivel nacional programas educativos y preventivos de salud bucal de manera continua constituye un factor primordial para que estos grupos etáreos logren consolidar sus hábitos higiénicos y dietéticos de manera constante y en forma correcta, para lo cual, el apoyo de las instituciones de educación superior como es nuestra Facultad constituye uno de los pilares fundamentales para poder llevar a cabo estas acciones con un recurso humano capacitado y en condiciones de responder las necesidades que la sociedad mexicana demanda.



11. BIBLIOGRAFÍA.

1. Seif R. Cariología: Prevención, diagnóstico y tratamiento contemporáneo de la caries dental. 1ª Edición, Editorial Actualidades Médico Odontológicas-Latinoamérica, 1997. C.A. pp.: 18-24.
2. Barbería. L. Odontopediatría. 3ª Edición; Editorial Masson, S.A. 2005. pp.: 173-178.
3. Boj R. Odontopediatría. 3ª Edición; Editorial Masson. S.A. 2004 pp.: 367-368.
4. Norman O. Odontología Preventiva Primaria. 2ª Edición; Editorial el Manual Moderno. 2005 pp.: 18-21.
5. Charbeneau B. Operatoria dental principios y prácticas. 2ª Edición; Editorial Panamericana Buenos Aires 1992 pp.: 61-65.
6. Roberto I, Higiene dental y tratamientos. 1ª Edición; Editorial Manual Moderno 2008 pp.: 90-91.
7. Irigoyen y Cols."Prevalencia e incidencia de caries dental y hábitos de higiene bucal en un grupo de escolares del Sur de la Ciudad de México". Revista ADM 2001 Vol. LVIII; No 398-104 pp.: 28-31.
8. Academia Americana de Cirugía Dental "Policy on Early Childhood caries (ECC), Revista ADM 2004 pp.: 31-33.
9. Bramminck J: extraído de Well advice, second, edition Text cupiring Park Nicollet Institute: 2004 pp: 12-20.
10. Montiel J. Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos de una población de niños mexicanos de 6 a 12 años de edad. Revista ADM 2004 Vol. LXVI No 6 pp.: 209-214



11. Sánchez P. Predicción de caries, indicadores de riesgo en saliva y placa dental en niños sanos. Revista Mexicana de Pediatría Vol. 73 Núm. 3, 2006 pp.: 112-118.
12. Villalobos R. Factores asociados a la práctica de cepillado dental entre escolares. Revista Mexicana de Pediatría Vol. 73 Núm. 4. 2006 pp.: 167-171.
13. Sánchez. P. Estreptococos cariogénicos predominantes, niveles de infección y de incidencia de caries en 1 grupo de escolares Estudio exploratorio. Revista ADM Vol. LXIV Núm. 2. 2007 pp.: 45-51.
14. De la Cruz C. Análisis de la prevalencia y riesgo de caries dental de dientes temporales de escolares sujetos al régimen de fluoruro sistémico y tópico. Revista ADM Vol. LXIV No.5 2007 pp.: 192-196.
15. Fuentes C. Prevalencia y asociación epidemiológica de los protozoarios orales Entamoeba gingivalis y Trichomonas tenax en niños mexicanos. Revista ADM Vol. LXV. No 5.2008 pp.: 259-262.
16. García L. Asociación entre microorganismos y la capacidad amortiguadora de la saliva con la caries dental en escolares. Revista Odontológica Mexicana Vol. 12. No 14. 2008 pp.: 173-176.
17. Cázares M. Incremento del riesgo de padecer caries dental por consumo de hidratos de carbono con alto potencial cariogénico. Revista Salud Pública y Nutrición. Vol. 10 No 3. 2009.
18. Zelocuatecatl A. Experiencia de caries dental e higiene bucal en escolares de 1 comunidad indígena del estado de Oaxaca. Revista Odontológica Mexicana Vol. 14 Núm. 1. 2010 pp.: 32-37.
19. Riethe P. Atlas de profilaxis de la caries y tratamiento conservador. 1ª Edición; Editorial Salvat Editores, S.A.1990 pp.: 69-75.



20. Henostroza. H. Caries dental: principios y procedimientos para el diagnóstico. 1ª Edición; Editorial Universidad Peruana Cayetano Heredia Lima-Perú 2007 pp.: 17-22, 106-115.
21. Leyne. O. Epidemiología, enfermedades transmisibles y crónico degenerativos. 2ª Edición; Editorial el Manual Moderno 2006 pp.:56.
22. Higashida. B. Odontología preventiva. 1ª Edición; Editorial McGraw-Hill Interamericana, 2004 pp.: 130-132.
23. Lanata, J. Operatoria dental estética y adhesión. 1ª Edición; Editorial Grupo Guía S, A. 2003 pp.: 36-38.
24. Lindhe. J. Periodontología clínica e Implantología. 2ª Edición; Editorial Odontológica Panamericana 1997 pp.: 16-20.
25. López G. Salud bucodental en la atención primaria. 1ª Edición; Editorial Altaban Ediciones, 2004. pp.: 172-174.
26. Carranza. Periodontología clínica. 9ª Edición; Editorial McGraw-Hill Interamericana 2000, pp.: 66-69.
27. Canut B. Ortodoncia clínica y terapéutica. 1ª Edición; Editorial Masson, 2000 pp.: 95-103.
28. Varela M. Problemas bucodentales en pediatría. 1ª Edición; Editorial Ediciones Ergon S.A 1999 Madrid España pp.: 180-1993.
29. Escobar. B. Odontología pediátrica. 1ª Edición; Editorial Panamericana. 2010 pp.: 657-674.
30. Salete. N. Odontopediatría en la primera infancia. 1ª Edición; Livraria Santos Editora Ltda. 2009 Grupo Editorial Nacional. pp.: 558-573.



31. Jáuregui S. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. enfoque en salud familiar. 2ª Edición; Editorial Médica Panamericana 2004. pp.: 326-329.
32. Cárdenas J. Odontología pediátrica. Fundamentos de odontología. . 4ª Edición; Editorial Corporación para investigación biológica. 2009. pp.: 116-118.
33. Cuencas S. Odontología preventiva y comunitaria. Principios Métodos y Aplicaciones. 4ª Edición; 2005 Editorial Masson S.A. pp.: 88-92.
34. PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012. Secretaria de Salud pp.: 12-24.
35. MODIFICACIÓN A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-013-SSA2-1994, para la prevención y control de enfermedades bucales, para quedar como norma oficial mexicana NOM-013-SSA2-2006, para la prevención y control de enfermedades bucales.
36. Dorland. Diccionario medico de bolsillo 1989 Editorial Interamericana McGraw-Hill pp.: 267, 384, 424.
37. Diccionario de Psicología. 1991. Ediciones Mensajero. S.A pp. 67.
38. Meléndez. Manual de prácticas del seminario de titulación en epidemiología y salud pública. FO.UNAM. pp.: 2-10.
39. Fuente: <http://www.google.com.mx/imgre?imgurl>.
40. Fuente: <http://colgateprofesional.com.mx>.
41. Fuente: <http://www.32tdental.com./periadvanced>.



ANEXOS.

ANEXO 1: Carta de presentación a la institución escolar.

ANEXO 2: Consentimiento informado.

ANEXO 3: Cuestionario con las variables de estudio.

ANEXO 4: Odontograma de evaluación.

ANEXO 5: Tríptico informativo.

ANEXO 6: Información a los padres sobre la salud bucal de sus hijos.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
JEFATURA DE ODONTOLOGIA
PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA
Oficio: 02/02/2011
Asunto: Solicitud de apoyo

Mtra. ISELA CAMACHO FUENTES
DIRECTORA ESC. PRIMARIA LICENCIADO BENITO JUÁREZ
PRESENTE

Por este conducto, la que suscribe Dra. Arcelia Meléndez Ocampo, Jefe del Departamento de Odontología Preventiva y Salud Pública de la Facultad me dirijo a ud para solicitar su apoyo a fin de que la pasante de Odontología Erika Matamoros Ramírez quien está inscrita en el Seminario de Titulación en Epidemiología y Salud Pública, pueda realizar su trabajo de tesis en la institución a su digno cargo levantando información sobre diferentes aspectos de caries, enfermedad de las encías y malposición dentaria en los menores de 2ª y 6ª año.

Asimismo le informo que la citada alumna entregaría un formato para que los padres permitan o no, la revisión bucal de sus hijos y puedan firmarlo de conformidad o inconformidad., el cuestionario como la revisión bucal no representa riesgo alguno para los chicos y se haría bajo las más estrictas medidas preventivas, los resultados se harían del conocimiento de ud. y si lo desea, de los padres de familia.

Sin otro particular, 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, DF a 3 de febrero del 2011.

Dra. Arcelia Meléndez Ocampo
Jefatura



SECRETARÍA
"LIC. BENITO JUÁREZ"
C.C.T. ISEPA 102VI
Recibí:



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
COORDINACION EPIDEMIOLOGIA Y SALUD PÚBLICA



México, D.F., a 2 de Marzo del 2011.

C. PADRES DE FAMILIA:

Por medio de este conducto se le informa a ustedes para hacer de su conocimiento que la pasante Erica Matamoros Ramírez, se encuentra realizando un estudio de la salud bucodental de su hijo y la relación con caries y problemas de oclusión, por lo que se solicita de su autorización para que en el mes de Marzo del presente año, su hijo (a) sea revisado (a).

Es importante mencionar que este examen bucal no produce daño a su salud ya que se realizará con las medidas de higiene y seguridad individual para cada alumno

En este estudio se empleará la total confidencialidad en los resultados obtenidos.

Así mismo le informo que al término del estudio se le enviará a su hijo (a), los resultados obtenidos en dicha exploración para que sea de su conocimiento.

GRADO:

GRUPO:

SI ACEPTO

NO ACEPTO



PERFIL DE SALUD BUCODENTAL EN ESCOLARES DE LA PRIMARIA BENITO JUAREZ,
 NAUCALPAN DEL 1º Y 6º AÑO. DF. 2011.

FECHA: IDEN.

GRADO ESCOLAR: EDAD:

SEXO: 1) MASCULINO 2) FEMENINO

ESCOLARIDAD MAMÁ:

- 1) NO SABE LEER NI ESCRIBIR 2) PRIMARIA INCOMPLETA 3) PRIMARIA COMPLETA
 4) SECUNDARIA COMPLETA 5) SECUNDARIA INCOMPLETA
 6) BACHILLERATO COMPLETO 7) BACHILLERATO INCOMPLETO
 8) PROFESIONAL 9) NO SE.

ESCOLARIDAD PAPÁ:

- 1) NO SABE LEER NI ESCRIBIR 2) PRIMARIA INCOMPLETA 3) PRIMARIA COMPLETA
 4) SECUNDARIA COMPLETA 5) SECUNDARIA INCOMPLETA
 6) BACHILLERATO INCOMPLETO 7) BACHILLERATO COMPLETO
 8) PROFESIONAL 9) NO SE.

TE HAN DADO PLATICAS DE CÓMO CUIDAR TU BOCA? 1) SI 2) NO

CON QUE FRECUENCIA TE LAVAS LOS DIENTES?

- 1) 1 VEZ AL DIA 2) 2 VECES AL DIA 3) 3 VECES AL DIA 4) MAS DE 3 VECES
 5) NO ME LOS LAVO

TE HAN ADMINISTRADO FLUORURO? 1) SI 2) NO

EN QUE FORMA SE TE APLICO EL FLUORURO? 3) ENJUAGUE 4) GEL 5) GOTAS

DONDE?

- 1) CASA 2) ESCUELA 3) CONSULTORIO 4) SECTOR SALUD 5) UNAM

CADA CUANDO CAMBIAS TU CEPILLO DENTAL?

- 1) CADA MES 2) CADA 3 MESES 3) 2 VECES AL AÑO 4) NO SE
 5) NUNCA LO CAMBIO

REALIZAS TU SOLO EL CEPILLADO DENTAL?

- 1) SIEMPRE 2) MAMA ME AYUDA 3) PAPA ME AYUDA
 4) MI TUTOR ME AYUDA 5) NO ME LOS LAVO

CUANDO COMES DULCES?

- 1) EN LA MAÑANA 2) MAÑANA Y TARDE 3) MAÑANA, TARDE Y NOCHE

ALGUIEN DE TU FAMILIA TIENE DIENTES CHUECOS?

- 1) MAMA 2) PAPA 3) HERMANOS 4) TIOS O PRIMOS 5) YO

FRECUENTEMENTE SIN ESTAR NERVIOSO MUERDES:

- 1) UÑAS 2) LABIO 3) PLUMAS 4) RECHINO LOS DIENTES

CADA CUANDO ACOSTUMBRAS A CONSUMIR GOLOSINAS Y REFRESCOS?

- 1) MEDIO: SOLO 1 A 2 VECES AL DIA 2) MUCHO: MAS DE 3 VECES AL DIA
3) NO ME GUSTAN

TE SANGRAN LA ENCIAS?

- 1) SI 2) NO 3) ALGUNAS VECES

CADA CUANDO VAS AL DENTISTA?

- 1) CADA 6 MESES 2) SOLO CUANDO ME DUELEN 3) NO ME GUSTA IR

ACTUALMENTE TE DUELE ALGUN DIENTE?

- 1) SI 2) NO

TE INTERESARIA SABER MAS DE ESTE TEMA?

- 1) SI 2) NO

OBSERVACIONES:

IDEN

			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

c	e	o	d
□ =			

CÓDIGO	CRITERIO
0	SATISFACTORIO
1	CARIADO
2	OBTURADO CON CARIES
3	OBTURADO SIN CARIES
4	PERDIDO POR CARIES
5	PERDIDO POR OTRAS CAUSAS
6	FISURA OBTURADA
7	SOPORTE DE PUENTE O CORONA
8	DIENTE NO ERUPCIONADO
9	EXTRACCION INDICADA
10	TRAUMATISMO
99	NO REGISTRADO

C	P	O	D
□ =			

PLACA	CODIGO	CALCULO
No hay presencia de restos y manchas.	0	No hay presencia calculo
Restos blandos no mas de un tercio de la superficie dental examinada	1	Calculo supergingival que cubre no mas de una tercera parte de la superficie dental
Restos blandos que cubren mas de un tercio pero no mas de dos tercios de la superficie dental expuesta	2	Calculo supragingival: cubre mas de un tercio pero menos de dos tercios de la superficie dental expuesta o hay presencia individual de calculo subgingival alrededor del cuello del diente o ambos.
Restos blandos que cubren mas de dos tercios de la superficie dental expuesta	3	Calculo supragingival: cubre mas de dos tercios de la superficie dental o hay una banda gruesa continua de calculo subgingival alrededor de la parte cervical del diente, ambas.
No registrado	9	No registrado

C		
P		
17 – 16 (V)	11-21 (V)	26-27 (V)
47-46 (I)	41-31 (V)	36-37 (I)
P		
C		
IP=	IC=	IHOS=

QUE TIPO DE MALOCLUSION PRESENTA EL PACIENTE?

PRESENTA DESGASTES?

1) SI

2) NO

EN QUE ZONAS?

1) ANTERIOR

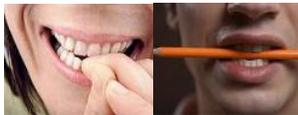
2) POSTERIOR

3) AMBAS



DIENTES CHUECOS ; SON O YO LOS PROVOCO?

- Si la mayoría de las veces cuando estés o no nervioso muerdes: lápices, el labio, las uñas, o chupas el dedo u objetos o respiras por la boca ¡¡cuidado!!



- Se conoce como hábitos bucales y son los responsables de ocasionar las **maloclusiones dentales**.



- Analiza, es mejor ir al dentista para un correcto tratamiento.

¿POR QUÉ SE INFLAMAN LAS ENCÍAS Y SANGRAN?

- Cuando tu encía sangra y esta inflamada es por falta de cepillado cotidiano lo que se conoce como **gingivitis**.



- Si esta inflamación no es tratada por un dentista entonces puede progresar y ocasionar la pérdida del diente lo que se conoce como **periodontitis**.



- Ahora sabes porque la mayoría de los dientes se aflojan y se caen solitos.

¿QUÉ ES LA CARIES DENTAL?

- Las caries se desarrollan, cuando los dientes se deterioran, y se forma un agujero que se hace en un diente y que, con el tiempo, puede hacerse más grande y profundo.



- Se desarrollan por falta de higiene, acompañado de una mala alimentación a base de alimentos chatarra (dulces, refresco, altos en azúcar).



- la caries dental puede llegar a doler mucho.



TECNICA DE CEPILLADO:

- Puedes empezar con esta: empieza por colocar tu cepillo en el cuello del diente a una angulación de 45°.



- Después debes de seguir con los demás dientes siempre de arriba hacia abajo y de preferencia abarcando 3 dientes. No olvides cepillar las muelas en forma circular.



- No debes olvidar cepillar tus dientes de arriba y abajo por detrás, ya que también es importante, porque se pueden formar las caries.



- Para los dientes de abajo cepillaremos de abajo hacia arriba, de igual forma que en los dientes superiores.



- Es importante cepillar también los dientes inferiores por detrás, igual que los superiores; porque recuerda que es ahí donde se forma la placa dentobacteriana.



USO DEL HILO DENTAL

- Enrolla 45 cm de hilo dental entre tus dedos, dejando entre 2 o 3 cm de largo entre un dedo y otro.



- Ahora apóyate con los dedos índices para guiar al hilo.



- Desliza suavemente de abajo hacia arriba como si boleabas tus zapatos, para no lastimar la encía.



- Ahora para los dientes de abajo hacemos lo mismo, esto se realizara en cada diente tanto superior como inferior.



VISITA REGULARMENTE A TU DENTISTA

- No tengas miedo, es mejor ir a esperar que la caries dental, la gingivitis, periodontitis, y maloclusiones acaben con tu boca.





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
COORDINACIÓN DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD PÚBLICA.



Sr Padre de familia.

Por medio de este conducto le informamos que su hijo (a) que muy cordialmente participó gracias a su aceptación previa en nuestra investigación, se le detectaron las siguientes alteraciones en su salud bucal.

1) Dientes cariados (con caries):

2) Presencia de placa dentobacteriana:

3) Presencia de maloclusiones (dientes chuecos):

Por lo tanto:

- Su hijo debe ir al dentista para solucionar el problema de caries.
- En caso que no presentó caries debe continuar con su adecuada higiene dental cepillándose 3 veces al día y después de consumir alimentos.
- Su hijo debe acudir con el especialista para corregir su problema de maloclusión.

DE ANTEMANO AGADECEMOS SU COLABORACION