



318322

UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA

18
2ej

ESCUELA DE ODONTOLOGIA
INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO EN ESCOLARES
DE 5 A 7 AÑOS EN LA DELEGACION
VENUSTIANO CARRANZA**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
VERONICA MELO VALADEZ



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 está 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.

UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

INDICE :

INTRODUCCION.....	1
ANTECEDENTES.....	3
MATERIAL Y METODOS.....	43
RESULTADOS.....	45
DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	48
TABLAS Y GRAFICAS.....	51
BIBLIOGRAFIA.	

INTRODUCCION:

La caries constituye uno de los problemas de mayor importancia dentro de la cavidad oral y no se le presta la atención debida, sobre todo en la edad infantil, así mismo la enfermedad periodontal, puede tener sus inicios en la infancia, la aparición de esta ha hecho que se considere limitada a esa edad. Sin embargo se ha observado que sus efectos terminales generalmente tienen manifestaciones en la madurez y pueden haber tenido origen desde etapas tempranas de la vida.

También es de suma importancia recordar que algunas enfermedades sistémicas, y deficiencias nutricionales tienen manifestaciones en boca.

Gran parte de la problemática encontrada en este estudio se basa en los hábitos de los padres y los hijos, al no darle la importancia necesaria a la higiene corporal y mucho menos a la higiene oral.

Actualmente la odontología presta sus servicios a la población, principalmente en caso de urgencias o bien en restauraciones dentales, y en muy pocas ocasiones para prevenir y tratar oportunamente alguna enfermedad Bucodental.

La falta de orientación para resolver problemas en cuanto a la Salud e Higiene oral ocasiona una gran prevalencia de Caries Dental y Parodontopatías.

Es importante considerar la necesidad de llevar a cabo una orientación médica-odontológica para prevenir y tratar oportunamente cualquier alteración, en especial a las clases sociales más desprotegidas.

ANTECEDENTES

Se realizó la investigación buco-dental en una población de niños de primer año de primaria, los cuales encuadran en una edad cronológica entre los cinco y siete años. Se realizó en cinco escuelas localizadas en la colonia Moctezuma Segunda sección. El periodo de esta investigación fué del 1 de agosto de 1990 al 30 de agosto de 1991, y se llevó a cabo gracias a la colaboración y apoyo del Centro de Salud Comunitario Dr. Juan Duque de Estrada. El cual se encuentra ubicado en Oriente 170 No.154, en la jurisdicción política Venustiano Carranza.

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ZONA

Es una región que pertenecía al lago de Texcoco, solo era tierra firme en el cerro de Tepotzinco, así llamado por los aztecas, era el lugar donde se realizaban ritos y leyendas, en la conquista los españoles lo llamaron Peñon.

ASPECTOS GEOGRAFICOS

El estudio que nos ocupa se realizó en 13 colonias ubicadas al noroeste de la Delegación Venustiano Carranza, con una superficie aproximada de 12.78 Km². Su área de influencia esta limitada al norte por Av. del Peñon, al sur con la Calzada Ignacio Zaragoza, al Oeste con el antiguo cruce de Rio Churubusco y al Este con la Av. Ocenia.

Es importante mencionar otros aspectos generales ya que la población estudiada pertenece a esta zona y es atendida en los servicios que presta este Centro de Salud, que tiene a su cargo las siguientes colonias:

Moctezuma Primera Sección

Moctezuma Segunda Sección

Federal

Aviación civil

Santa Cruz Aviación

Ampliación Aviación Civil

Como es uno de los más completos por tener integrados varios módulos, y además tiene servicio de radiografías en general y laboratorio de análisis químicos, es considerado dentro de la categoría de T III A, por lo mismo tiene a su cargo los centros que pertenecen a la categoría T III y T I, los cuales son más pequeños y no tienen los servicios antes mencionados por lo tanto, atiende a la población de las siguientes colonias:

Adolfo Lopez Mateos

Cuatro Arboles

Caracol

Arenal 1a, 2a, 3a, y 4a Seccion

Cuchilla Pantitlan

Pensador Mexicano

Ampliación Caracol

Peñon de los baños

EDUCACION:

Dentro de esta zona se encuentran 15 escuelas primarias, 4 secundarias, 4 Cendis, 6 Jardines de niños y un centro de Enseñanza Ocupacional, y 2 bibliotecas. El 98.7% de la población sabe leer y escribir y el 1.3% es analfabeta.

NIVEL ESCOLAR

Analfabetas.	1.3%
Sin grado escolar (saben leer y escribir).	2.3%
Primaria curzados 3 años.	8.8%
Primaria curzados 3-5 años.	16.6%
Primaria terminada.	36.9%
Secundaria.	24.2%
Preparatoria.	4.5%
Normal.	.4%
Técnica.	1.5%
Profesional.	3.5%

T O T A L**100.00%**

De las 15 escuelas enclavadas en la Jurisdicción se eligieron cinco y son las siguientes:

N O M B R E	REGISTRO MATUTINO
Dra. Margarita Chorné	21-078-75-VI-X
Angel del Campo.	21-046-75-VI-X
Heroes de 1914.	21-045-75-VI-X

Heroes de Zacapoaxtla. 21-035-74-VI-X

24 de Febrero.

21-042-74-VI-X

Para poder llevar a cabo este estudio, nos apoyamos en el Programa Salud Bucal al Escolar, implementado por la Secretaria de Salud, el cual consta de las siguientes etapas:

PRIMERA ETAPA.- Presentación con los directores y maestras correspondientes a los grados de primer año para crear conciencia en las autoridades sobre el problema bucal de los niños; esta etapa obtuvo una respuesta satisfactoria y de gran interés.

SEGUNDA ETAPA.- Se resume en tres pasos:

- 1) Plática con los niños, apoyada con material didactico (un rotafolio proporcionado por el departamento dental del Centro de Salud), en dichas pláticas se trató lo siguiente:
 - a) Técnica de cepillado.
 - b) Técnica de hilo dental.
 - c) Importancia de acudir cada seis meses con el Cirujano Dentista.
 - d) Habitos de buena alimentación.
 - e) Higiene corporal y oral.
 - f) Importancia de las aplicaciones de fluor, etc.

2) Se oscultó niño por niño, y se observó: dientes temporales, permanentes, con caries, supernumerarios, problemas de parodonto, el estado de las mucosas, lengua etc.

3) Una vez evaluados se formuló una ficha odontológica a cada niño y fué canalizada a los padres de familia invitandolos a asistir a una junta informativa.

TERCERA ETAPA.- Se realizó una junta con los padres de familia de cada grupo, en la que se explicó los problemas bucales de los niños. Debido a que el presente estudio se realizó con una población socio-económica desfavorable, fué importante hacerles notar que la odontología preventiva es más económica que la odontología restaurativa misma que generalmente está fuera de sus alcances financieros. También se les dió técnica de cepillado y de hilo dental. Se detecto en varias familias el hecho de que utilizan un cepillo dental para todos los integrantes. Se explicó la necesidad de que cada persona tenga su propio cepillo dental.

CUARTA ETAPA.- A cada niño se le dió una cita en el Centro de Salud para su atención. Posteriormente se programaron 4 citas adicionales, obteniendose gran respuesta de los padres de familia. Dentro del programa se realizaron doce secciones

de colutorios a cada niño de primero a sexto de primaria,
durante un año, con intervalos de 15 días.

IDENTIFICACION DEL PRINCIPAL AGENTE CAUSAL

La mayoría de las patologías encontradas en las bocas de los niños, se debía principalmente a la presencia de la Placa dentobacteriana, en la enfermedad periodontal están involucradas la presencia de colonias de bacterias sobre la superficie de los dientes y en el surco gingival, la cual puede observarse con el inicio de una inflamación, debido a los productos tóxicos de las bacterias.

La placa es una película derivada de la saliva o líquido gingival, se forma primero sobre los dientes, esta película tiene la forma de una cutícula delgada, clara y está compuesta principalmente de glucoproteínas, poco después de su formación, las bacterias del tipo cocos, principalmente estreptococos son atraídos a la película, que tiene una superficie pegajosa, la cual permite el anclaje e instalación de las colonias de organismos, estos a su vez, se dividen y forman colonias, más tarde otro tipo de microorganismos son atraídos a la masa y se logra formar una flora densa, mixta, conteniendo además de estas formas una nueva que son las formas filamentosas. La placa puede lograr adherirse al diente de dos maneras con respecto al margen gingival.

Supragingival

Subgingival

Ambos tipos de placa pueden variar debido a las diferentes entradas de sustancias, así como de la saliva, y de las dietas en cuanto se refiere a la placa supragingival, en cambio la placa subgingival, se encuentra muy relacionada con el exudado crevicular, el cual se encuentra contenido en el surco gingival y es derramado por el tejido conectivo gingival a través de la delgada pared del surco.

Desde hace mucho tiempo se tiene conocimiento de que la enfermedad periodontal en edad temprana es en gran parte evitable, ya que en este periodo el tratamiento puede ser muy simple, al ir progresando la enfermedad logra producir destrucción grave, creciente y destructiva de los tejidos de soporte, para esto es necesario una terapia más complicada, aunque muchas veces en este proceso tan avanzado logra predominar el éxito en la detención de la enfermedad logrando mantener los dientes en posición, con buena función y gozando de salud.

Fuera de la población estudiada, en especial con los pacientes adultos atendidos en el módulo de dental, se logra apoyar la idea de que los dientes completamente libres de placa, se elimina la inflamación de las encías y de esta misma manera puede prevenirse, por lo contrario en los pacientes tanto adultos, como en los niños pertenecientes al grupo de estudio que presentaban pobre o nula higiene, la

placa logro acumularse en los intersticios gingivales apareciendo como respuesta esperada, la inflamación, y como consecuencia gingivitis. La recolonización se logra observar hasta las 48 horas.

REVELADO DE LA PLACA

El único medio por el cual se demostró a los niños su pobre higiene oral fué utilizando pastillas reveladoras, aparentemente los dientes se observaban limpios, pero al utilizar el medio revelador se observaron grandes depósitos que solo fueron visibles en ese momento, por este medio se logro:

1.- Demostrar que no se cepillaban bien

2.- Confirmar que la superficie del diente esta limpio.

Dentro de todos los medios reveladores se tenfa que utilizar uno que contara con las siguientes condiciones:

a) Capacidad para teñir selectivamente la placa, de modo que ésta resalte de las porciones más limpias los dientes y sus alrededores.

b) Ausencia de retención prolongada del colorante del resto de las estructuras bucales.

c) No debe de teñir las resinas.

d) No tenga efectos perjudiciales sobre la mucosa, y no provocar alergia.

AGENTES REVELADORES:

Apesar de que existen diferentes tipos de reveladores, el que se utilizó en este estudio fueron "las tabletas rosas reveladoras", las cuales cuentan en su contenido con eritrosina. Aunque existen varios tipos más de agentes reveladores como la solución a base de yodo, el problema es que algunos pacientes presentan alergia, y otros desaprueban el sabor. También se habla del aparato Plaklite, que consta en una lámpara manual que da luz blanca a través de un filtro microico, y se pone una substancia fluorescente.

CONTENIDO DE LAS PASTILLAS REVELADORAS:

Cloruro de Sodio	0.747 %
Sucaril de Sodio	0.747 %
Estearato Cálcico	0.995 %
Sacarina soluble	0.186 %
Aceite blanco	0.124 %
Saborizante	2.239 %
Sorbitol, para hacer	7.0 mg
Rojo FDC (eritrosina)	15 mg

MINIMIZACION DE LA FORMACION DE LA PLACA

Habiendo demostrado la presencia de la placa en los dientes de estos niños, la responsabilidad consistía en:

- * Eliminarla
- * Asegurarse de que cada niño pueda quitarla y prevenir su nueva formación
- * Devolver la salud a cada diente, y a cada boca en general.

En la mayoría de los niños se lograron estos tres puntos, incluyendo el último ya que la gran parte de ellos fueron atendidos por los cirujanos dentistas del modulo de dental, y otros en consulta privada.

AGENTES QUE FAVORECEN LA RETENCION DE PLACA

- 1.- Obturaciones defectuosas
- 2.- Contacto amplio o escaso entre los dientes
- 3.- Coronas con contornos desfavorables
- 4.- Cavidades cariosas
- 5.- Problemas en las encías por enfermedades gingivales
- 6.- Inserciones de frenillo alto, que se encuentre interfiriendo la acción del cepillado
- 7.- Dientes mal alineados
- 8.- Aparatos ortodonticos mal cepillados
- 9.- Respiradores bucales (labios entreabiertos)
- 10.- Ingestión excesiva de sacarosa

Del apoyo de los agentes reveladores se obtuvo un medio para lograr que todos los niños se cepillaran, de la mejor manera posible.

MÉTODOS DE CONTROL DE PLACA:

Dentro de los métodos de control de placa se conocen los siguientes:

- 1.- Químico
- 2.- Irrigación
- 3.- Mecánico

QUIMICO: Aunque algunos antibióticos usados en forma tópica, pueden lograr la disminución de placa, en forma considerable, el problema es que se puede desarrollar cepas resistentes de microorganismos, sensibilización, candidiasis.

IRRIGACION: Son aparatos muy costosos, los cuales no pueden utilizarse en casos generales como medio para eliminar la placa. Con esto no se quiere decir que no son buenos para eliminar la placa. Los irrigadores de agua no son capaces de remover cantidades apreciables de placa teñible en los dientes.

MECANICOS: El pulido es un aspecto de vital importancia, ya que nos permite mantener superficies lisas, las cuales nos ayudan a que no se adhieran tantos microorganismos, así

como para mantener limpias las superficies de los dientes, lo que no sucede con superficies asperas o sin pulir. Un punto muy importante es hablar sobre el cepillado dental, tomando como componente importante y principal el cepillo dental, que posteriormente se hablara de estos dos puntos muy importantes.

EL CEPILLO DENTAL:

El cepillo dental es un método por el cual se puede lograr una excelente higiene oral, y se logra una reducción considerable de microorganismos que difieren de la flora normal de la cavidad oral.

Es muy importante que cada persona tenga su propio cepillo de dientes en forma personal, y debe estar directamente proporcional a la boca que va a cepillar, estamos hablando de cepillos dentales para adultos, y cepillos dentales para niños, ya que las dimensiones son muy diferentes. Cada persona debe tener una correcta técnica de cepillado y llevarla a cabo con la frecuencia necesaria para poder obtener una minimización de la placa, con los beneficios que esto representa.

Para poder hablar de buenos resultados antes debemos analizar los cepillos dentales. Cada uno de ellos debe de cumplir algunos requisitos de vital importancia:

- 1.- Flexible
- 2.- Elástico

- 3.- Terso
- 4.- Fuerte
- 5.- Rígido
- 6.- Ligero a su manejo.

La mayoría de los cepillos comerciales cumplen estos requisitos, pero deben estar íntimamente relacionados con las características de la boca de cada uno de estos niños, y de cada paciente.

Las puntas deben estar redondeadas y pulidas en ambos sentidos.

La vida útil de un cepillo dental va de un mes a mes y medio aproximadamente, esto está influenciado si el cepillo es usado tres veces al día.

OBJETIVOS DEL CEPILLADO

- 1.- Eliminar todo resto de alimento, materia alba, mucina y la reducción de los microorganismos.
- 2.- Estimular la circulación gingival.
- 3.- Estimular la queratinización de los tejidos haciendolos más resistentes a cualquier tipo de agresión

TECNICAS DE CEPILLADO

A través de mucho tiempo se han hablado de varias técnicas de cepillado, las cuales tienen como principal objetivo la disminución en la remoción de la placa

dentobacteriana, cada técnica es diferente, se mencionarán alguna de estas técnicas las cuales aparentemente son las de mayor importancia, es muy importante valorar varios puntos que muchas veces no los tomamos en cuenta, para este estudio fué importante valorar la habilidad de cada niño y la coordinación de sus movimientos, es importante plantear cual fué el objetivo de este estudio, partiendo de este punto se pudo hablar de las técnicas mas importantes para cada niño, así como para la remoción de P.D.B.

TECNICA DE STILLMAN.

Se indica al paciente colocar sus diente borde a borde, colocando el cepillo de tal manera que las cerdas del cepillo descansen parte sobre la encía y parte sobre la región cervical del diente, con ellas se presiona el margen gingival hasta lograr la formación de una zona izquémica, posteriormente se dirige el cepillo hacia la parte incisal del diente u oclusal segun sea el caso, el cepillo debe de hacer este recorrido por lo menos seis veces sobre todas y cada una de las superficies vestibulares, linguales y palatinas de cada arcada, las caras masticatorias deben limpiarse en forma circular. Esta técnica fué la que se recomendo a la mayoría de los niños con la unica variante de que deberían pasar el cepillo 10 veces y no 6 como se mencionó.

TECNICA DE STILLMAN MODIFICADA.

Se colocan las cerdas sobre la encía incertada orientando las puntas apicalmente con una angulación de 45 grados. Con los costados de las cerdas firmes se efectua un movimiento leve de vibración mesio-distal, sobre la encía, simultaneamente con el movimiento gradual del cepillo hacia oclusal o incisal según el caso, forzando las cerdas dentro de los espacios interproximales.

Esta técnica fué recomendada para los padres de familia, como complemento, ya que ellos cuentan con mayor habilidad y coordinación en sus movimientos.

TECNICA DE CHARTERS

El cepillo debe ser colocado en un ángulo recto con respecto al eje mayor del diente, con las cerdas en los espacios interproximales sin que toque la encía entonces se deben hacer movimientos para que los lados de las cerdas entren en contacto con el margen gingival, el movimiento debe ser circular, firme y suave, prolongado por 10 o 15 segundos en cada zona, para el cepillado lingual anterior solo se utiliza la punta del cepillo pero siguiendo el mismo procedimiento. Para el cepillado lingual posterior, el cepillo se apoya sobre el paladar o la encía de tal manera que las cerdas trabajen entre los dientes.

TECNICA DE FONES.

El cepillo se presiona contra los dientes y encía de tal manera que el mango del cepillo quede paralelo a la línea de oclusión y las cerdas perpendiculares a las superficies dentales bucales y linguales, se rota el cepillo con los maxilares ocluidos.

SEDA DENTAL

La seda dental también es conocida con el nombre de hilo dental, el cual cumple con la función de eliminar la placa dentobacteriana que se encuentra en las caras mesiales y distales de los dientes en general, como esta placa no puede ser retirada por el cepillo dental, se necesita un medio mecánico lo suficientemente estrecho para que pueda penetrar en estos espacios.

Esta se puede encontrar en el mercado de dos formas, con cera o sin cera; se dice que la seda sin cera es mejor ya que la característica de esta, es que el hilo se abre y atrapa a la placa bacteriana y los restos alimenticios, por lo tanto limpia mejor los espacios interproximales, a diferencia de la seda con cera, se dice que logran desprenderse partículas de cera y quedarse en los espacios interproximales, y adheriéndose a estas partículas placa y restos alimenticios.

TECNICA DEL USO DEL HILO O SEDA DENTAL.

Se amarran los extremos para formar una asa, esta se toma entre el pulgar izquierdo y el dedo indice derecho para poder limpiar el cuadrante superior izquierdo, para el cuadrante derecho se invierten los dedos, para la arcada inferior el hilo se ata a los pulgares y se manipula con los indice. La seda se sostiene tensa entre los dedos y se lleva desde la superficie oclusal a través del punto de contacto hacia abajo, al surco gingival donde se desliza a lo largo de la superficie dental, bajo el surco. Las dos manos se llevan lo más cerca posible colocando la seda alrededor de la mitad de la circunferencia del diente y se mueve suavemente la seda oclusalmente. La acción se repite sobre la superficie interproximal del diente vecino a través del nicho se trata en forma semejante. En donde no se pueda introducir la seda a través de un punto de contacto se pasará por abajo del punto de contacto usando un hilador.

Se debe de hacer conciencia en los pacientes sobre todo en los niños ya que es un poco complicado al principio, pero ya logrando formar un habito, en el caso de estos niños se lograron obtener buenos resultados, los cuales fueron comprobados por las pastillas reveladoras.

CEPILLOS INTERPROXIMALES

El cepillo interproximal puede penetrar fácilmente en las zonas posteriores y los pacientes no tienen dificultades en su uso. El cepillo del tipo de lavador de botella elimina más fácilmente la placa de los dientes posteriores. Este aditamento sólo fué recomendado para algunos padres, pero la mayoría no lo adquirió por el costo del cepillo.

TIRAS DE GASA

Si los espacios entre los dientes son anchos, las superficies proximales se pueden limpiar con una tira de gasa de 1.25cm. Estas solo fueron utilizadas cuando a los niños se les olvidaba el cepillo en casa.

CARIES DENTAL

Se dice que la caries es un proceso químico-biológico, es químico ya que intervienen ácidos, y biológico porque al hacer una serie de estudios, se encontró una gran gama de microorganismos. La caries es caracterizada por la destrucción que puede ser parcial, o en ocasiones se observa que puede llegar a ser una destrucción total de la substancia y matriz calcificada de los tejidos del diente como son el esmalte, la dentina, y en un caso muy avanzado, logra penetrar hasta la pulpa dental.

Los factores principales para el desarrollo de la caries son, la presencia de microorganismos y la presencia de los hidratos de carbono.

Existen factores intrínsecos y extrínsecos a que la incidencia de caries sea en mayor o menor grado, dentro de estos factores tenemos:

La Higiene bucal.

La alimentación.

Las deficiencias alimenticias.

Los cambios metabólicos.

La caries dental es una enfermedad microbiana, que afecta a los tejidos calcificados únicamente de los dientes, se caracteriza por la desmineralización de la porción

inorgánica y la destrucción de sustancias orgánicas del diente. La caries dental es considerada como la enfermedad más frecuente que afecta a la raza humana, sin importar edad, sexo o raza, sin embargo una vez presente la caries persiste a lo largo de toda la vida, generalmente aparece cuando los dientes comienzan a erupcionar dentro de la cavidad oral. Se logró observar que dentro de toda la población atendida en el módulo de dental, los más afectados son los niños, si tomamos en cuenta la diferencia de edades, con los dientes que presentan caries.

ETIOLOGIA DE LA CARIES.

Se acepta que la etiología de la caries dental es un problema complejo, no existe una opinión generalizada que acepte la etiología de la caries dental, sin embargo dos teorías han evolucionado a través de los años, estas dos teorías son llamadas "Teoría acidogena" y la "Teoría proteolítica", aunque actualmente ya se acepta otra, que se llama "Teoría de proteolisis-quelación"

TEORIA ACIDOGENA (MILLER)

La caries dental es un proceso químico-parasitario que consiste en dos etapas, la descalcificación del esmalte, la cual da como resultado su total destrucción, y la descalcificación de la dentina, como una etapa preliminar,

seguida por la disolución de los residuos reblandecidos. El ácido que afecta a esta descalcificación primaria deriva de la fermentación de los almidones y de los azúcares que se almacenan en los centros retentivos de los dientes.

Miller encontró que el pan, la carne y el azúcar incubado in vitro con la saliva a la temperatura del cuerpo humano, existía una producción suficiente de ácido en 48 horas, para descalcificar a la dentina sana, el mismo Miller confirmó que la caries no era causada por un solo germen, sino que por varios microorganismos.

En resumen tenemos que los ácidos producto de la fermentación de los hidratos de carbono son el medio en donde viven y se reproducen las bacterias acidogénicas y estas son las encargadas de la destrucción de los tejidos del diente. Hay dos tipos de bacterias en este medio ambiente:

Las acidogénicas que son las que necesitan del medio ácido que se lo proporciona los hidratos de carbono.

Las acidúricas, que son las que producen su propio medio ácido.

TEORIA PROTEOLITICA:

En esta teoría se dice que la porción orgánica del diente, puede jugar un papel de gran importancia en el proceso carioso. Fleischmann demostró que los

microorganismos podrían invadir a las láminas del esmalte y creyó que los ácidos producidos por estas bacterias podían destruir la porción inorgánica del esmalte. Más tarde Gottlieb y Diamond postularon que la caries dental es un proceso proteolítico; los microorganismos invaden las vías orgánicas y las destruyen en su avance. Admitieron que la formación del ácido acompaña la proteolisis; entre menor cantidad de láminas esten afectadas mayor número de vainas de los bastones del esmalte estan lesionadas. Gottlieb demostro que la pigmentación amarilla era característica de la caries, y que esta se debía a la producción de pigmento por germen proteolíticos.

TEORIA DE LA PROTEOLISIS-QUELACION

La quelación es un proceso que afecta a un ion metálico, hasta una substancia compleja mediante una union covalente coordinada, que da como resultado un compuesto muy estable. Esta teoría fue establecida por Schatz y establece que el ataque bacteriano, al esmalte, iniciado por los microorganismos queratinolíticos, consiste en un transtorno de las proteínas y otros componentes orgánicos del tejido del esmalte, principalmente de la queratina. Este produce sustancias que pueden formar quelatos solubles con el componente mineralizado del diente, y por tanto descalcifica el esmalte en un pH. neutro e incluso alcalino.

Esta teoría nos habla de que las bacterias proteolíticas, son las encargadas de producir una enzima colagenasa , y logra la destrucción de la colagena que se encuentra en los tejidos de los dientes. El término quelación, nos indica que una enzima para que pueda actuar necesita un intercambio iónico, y la bacteria responsable en esta teoría es el Clostridium Histolítico

ADHERENCIA BACTERIANA A LOS DIENTES.

Dentro de la cavidad oral todas las superficies estan integramente expuestas y continuamente a la saliva, la cual cuenta con gran numero de bacterias. Dentro de la cavidad oral, como mecanismo se cuenta con un mecanismo complejo de limpieza, el cual consta con el rozamiento de los labios y las mejillas con algunas superficies de los dientes, pero después de todo este mecanismo de limpieza, se observan zonas de los dientes que no pertenecen a este mecanismo, apesar del esfuerzo de limpieza, se observa una gran acumulación excesiva de bacterias, principalmente estas zonas desprotegidas se encuentran a lo largo del margen gingival.

La colonización bacteriana de la superficie del diente, no es una cuestión de retención, sino que requiere que las bacterias se adhieran a la superficie. Después de mucho tiempo se cree que las bacterias se adhieren a la

superficie de los dientes bajo la influencia de las fuerzas de atracción de Van der Waals, así como las fuerzas electrostáticas negativas repulsivas.

Se ha observado que después de que la superficie dentaria se encuentra totalmente limpia, al transcurrir cuatro horas, se encuentran pocas bacterias, sin embargo, el esmalte está recubierto por un depósito granular, la película se encuentra repartida en forma muy irregular. La película se encuentra primero en las zonas correspondientes a depresiones en esmalte (fosas y surcos), la población que se encuentra en estas cuatro horas está compuesta de cocos, o cocobacilos y siempre se sitúan en depresiones poco profundas. La película va aumentando en grosor directamente proporcional al tiempo, lográndose así la colonización a las ocho horas, sólo algunos grupos más pequeños de microorganismos, se han logrado asentar sobre la superficie protegidas por periquimatas. Hasta pasadas las ocho horas y antes de las doce horas no se observa un rápido incremento del número de bacterias. Las bacterias aparecen sobre la superficie como una monocapa, en algunas áreas los microorganismos proliferan en multicapas, en estos los organismos están incrustados en una matriz intermicrobiana.

Al cabo de un día, la superficie del diente está casi completamente cubierta por una capa de microorganismos, los depósitos microbianos tienen un grosor uniforme esto es

áreas monocapas, que se encuentran intercaladas en áreas multicapas, y algunas áreas no colonizadas, que están cubiertas todavía por una capa espesa película libre de bacterias. Después de un día, la superficie microbiótica se encuentra compuesta de cocos, con algunos filamentosos.

Durante el curso del segundo día, las acumulaciones de bacterias, vienen a ser invadidas por múltiples organismos filamentosos, que están orientados perpendicularmente a la superficie. Se cree que durante las primeras semanas el crecimiento de la placa dental se produce principalmente como resultado de la división celular, pero la continua adsorción de microorganismos de la saliva puede también contribuir a la expansión de los depósitos bacterianos.

Después de tres semanas, la superficie de la capa microbiótica ya establecida, se caracteriza por una distribución irregular de microcolonias que pueden ser tanto de tipo cocoide como filamentosos.

ENFERMEDADES GINGIVALES MAS FRECUENTES.

Debemos estar concientes que los efectos de la enfermedad periodontal tienen sus comienzos a temprana edad de la vida, esto es la enfermedad gingival en el niño, puede progresar y causar grandes daños en el periodonto del adulto. El desarrollo de la dentición y muchas veces las alteraciones metabólicas generales tienen repercusión a este nivel.

CARACTERISTICAS DEL PERIODONTO EN LA DENTICION PRIMARIA.

La encía de la dentición primaria debe presentar un color rosa palido, de consistencia firme y lisa, o punteada, la encía interdental es ancha en sentido vestibulolingual y relativamente estrecha en sentido mesiodistal, el ligamento periodontal de los dientes primarios es más ancho, que el de la dentición permanente durante la erupción. Las fibras principales son paralelas al eje longitudinal o eje mayor del diente, la disposición fascicular que se ve en la dentición permanente se establece, cuando los dientes hacen contacto con sus antagonistas funcionales.

En la dentición primaria presenta, desde el punto de vista radiográfico, las trabeculas del hueso alveolar son más escasas, pero gruesas, la cresta de los tabiques interdentarios son planos.

CAMBIOS GINGIVALES FISIOLÓGICOS ASOCIADOS CON LA ERUPCIÓN
DENTARIA.

Dentro de este estudio la mayoría de los niños cruzan por un periodo de transición en el desarrollo de la dentición, se producen cambios en la encía, totalmente relacionados con la erupción de los dientes permanentes. Es importante marcar la diferencia con la enfermedad gingival, que muchas veces acompaña a la erupción dental.

Dentro de los cambios fisiológicos de la encía asociados a la erupción dental son los siguientes:

a) ABULTAMIENTO PRE-ERUPTIVO .

Tiempo antes de que aparezca la corona del diente dentro de la cavidad bucal, la encía presenta un abultamiento con las siguientes características:

Abultamiento firme.

Color palido.

Se encuentra adaptado al contorno de la corona

b) FORMACION DEL MARGEN GINGIVAL.

El margen gingival y el surco se desarrollan cuando la corona perfora la mucosa bucal, en el transcurso de la erupción, el margen gingival presenta las siguientes características:

Edematoso

Redondeado

Ligeramente rojizo

c) PROMINENCIA NORMAL DEL MARGEN GINGIVAL.

Dentro del periodo de la dentición mixta, es normal que la encía marginal que se encuentra rodeando los dientes permanentes, sea bastante pronunciada, en especial en la región anterior-superior. En el periodo de la erupción dental la encía todavía esta unida a la corona y se hace prominente, cuando se superpone al volumen del esmalte adyacente.

GINGIVITIS ASOCIADA A LA ERUPCIÓN DENTAL.

En este estudio se observó que alrededor del diente en erupción se producía cierta inflamación al nivel de la encía, lo que se conoce bibliográficamente como gingivitis de erupción. Esta inflamación no es causa de la gingivitis, pero si el resultado de la presencia de irritantes locales, que logran acumularse al rededor del diente en erupción. La mayoría de los niños, se revizaron en la etapa de dentición mixta, donde se puede apreciar claramente este ciclo, gracias a este cambio dentro de las estadísticas de caries se observa que disminuye notablemente, ya que dientes temporales con caries son substituidos por dientes permanentes sanos.

Se observó que los dientes primarios móviles, parcialmente exfoliados, causan gingivitis. Los márgenes irregulares de los dientes parcialmente reabsorbidos,

causan grand retencion de placa dentobacteriana, también existen otros factores a dicho acúmulo como son, el empaquetamiento de alimentos, y la materia alba acumulada alrededor del diente, que posiblemente se encuentre parcialmente destruido por caries.

Es importante mencionar que se presentaron los casos en que los niños tenían tendecia a la masticación unilateral, y en la mayoría de los casos, esto es el resultado de que los niños presenten piezas móviles o con caries, ellos mismos sin saber favorecen a la acumulación de irritantes en el lado por donde no masticaban.

Este problema se considera como un tipo temporal de gingivitis ya que se presenta unicamente en los niños pequeños, en el momento de la erupción de los dientes temporales, observandose esta gingivitis después de la erupción de los dientes. Sin embargo se observa un incremento notable en la incidencia de gingivitis en los niños que pertenecen al grupo de edades entre los 6 y 7 años, esto se debe a que comienza la erupción de dientes permanentes.

GINGIVITIS MARGINAL CRONICA.

Es la forma mas común de la enfermedad gingival, que unicamente se observa como la inflamación de la encía, claro que microscopicamente presenta ciertas características como

la presencia de exudado inflamatorio, presentando edema en la zona de la lámina propia gingival, también se observa destrucción de las fibras gingivales y ulceración y proliferación del epitelio del surco. Para poder comprender este tema primero tenemos que entender lo que es la inflamación a este nivel, y partimos de que la inflamación es una respuesta normal de los tejidos vivos a una lesión.

Los dos primeros síntomas de la inflamación gingival antes de que se presente definitivamente la gingivitis son:

- 1.- Aumento del fluido gingival.
- 2.- Hemorragia del surco gingival al sondearse suavemente.

Se observó claramente que la alteración gingival más frecuente en la etapa infantil, es este tipo de gingivitis, ya que presenta cambios muy característicos como son, cambio de color, de tamaño, de consistencia y textura superficial, que son muy importantes para diagnosticar. En algunos casos se observó una coloración roja intensa. Los cálculos dentales aparecieron en un porcentaje de el 9% en los niños de 5 y 6 años de edad, después un incremento notable en los niños de 7 años llegando a ser del 18%.

MALPOSICION Y MALOCCLUSION.

Ambos son factores de gran importancia en que se observe el favorecimiento de placa dentobacteriana, sobre todo en los dientes en malposición presentaron alrededor

del diente P.D.B. y se encontro con cambios marginales, como es la inflamación gingival, con características de coloracion roja-azulada, bolsas profundas y en algunos casos se observó la presencia de pus.

Se presentaron pocos casos de respiradores bucales, pero en estos casos los problemas gingivales son muy serios.

*INFECCIONES GINGIVALES AGUDAS ENCONTRADAS CON MAYOR
FRECUENCIA.*

Dentro de las infecciones más comunes que encontramos con mayor frecuencia en estos niños tenemos en el siguiente orden:

Candidiasis

Gingivitis ulceronecrotizante aguda (GUNA)

Gingivoestomatitis herpética aguda.

CANDIDIASIS AGUDA (MONILIASIS, MUGET)

Esta enfermedad fue detectada y descrita desde los tiempos de Hipócrates. La candidiasis es la infección micótica más común de la mucosa bucal, el microorganismo causante de esta infección recibe el nombre de *Candida Albicans*, el cual es un habitante normal de la cavidad oral y generalmente no patógeno, pero puede multiplicarse rápidamente y provocar un estado patógeno cuando disminuye la resistencia de los tejidos. El neonato tiene la boca totalmente estéril y gradualmente va desarrollando la flora bucal bacteriana y micótica normal. Se habla de pacientes que tienen una alta ingestión de antibióticos que eliminan los componentes bacterianos normales y los de defensa de la flora bucal.

Esta enfermedad no es contagiosa ya que los microorganismos estan normalmente en la boca y necesitan para poder progresar, proliferar alguna perdida de la resistencia tisular o la disminuci3n de la respuesta inmunitaria.

Las lesiones bucales que se observaron en esta poblaci3n evolucionaron de la siguiente manera:

Aparecieron las lesiones bucales en cualquier parte de la superficie de la mucosa y se observaron como parchesitos aislados, siendo estas lesiones m3ltiples, estas son de color blanco, cremoso que aparentemente semeja leche coagulada, estas lesiones son adheridas a la mucosa, si se trata de eliminar aparecen puntos sangrantes, solo en un caso se observ3 lesiones en las comisuras labiales.

La mayoria de los casos de candidiasis oral no presentan peligro para la vida, y son rapidamente tratados. A medida que el uso de los antibioticos, corticosteroides y agentes inmunosupresores aumenta, crece tambi3n la prevalencia de candidiasis superficial y sistematica. Como ya se mencion3 la candida albicans es un patogeno 100% oportunista que bajo condiciones normales no es da1ino para el organismo dentro de la cavidad oral. La candida albicans es un hongo, muy parecido al de la levadura, dimorfico y gramnegativo, aunque como ya se dijo forma parte de la flora normal de la boca de un 20 a 60% de la poblaci3n general.

La lengua es el habitat predominante para los hongos en los niños, como tal la lengua es considerada un reservorio primario a partir del cual ocurre la colonización del resto del tejido oral.

Recientemente fue descubierto que la candida Albicans de una significativa variabilidad fenotípica, el fenotipo se expresa como diferentes formas de colonias, un mecanismo de cambio genético le permite a una célula sencilla tomar reversiblemente varias formas diferentes.

Tiene la capacidad de adherirse a superficies tales como epitelio y plastico, de esto resulta la habilidad de colonizar en mucosa y aparatos de plastico como son el caso de algunos mantenedores de espacios removibles. La baja virulencia del organismo es debido a su naturaleza no agresiva y a una efectiva respuesta del huesped.

La defensa del huesped contra la infección por la Candida Albicans incluye, que la piel, membranas esten intactas, una excelente respuesta humoral y celular debe existir descamación epitelial.

DIAGNOSTICO

El diagnostico se hace por revision clinica. Lehener establece su diagnostico tomando en cuenta los siguientes puntos:

- 1- Placas blancas o areas eritematosas difusas.
- 2- Cultivo de Candida en saliva.

- 3- Presencia de micelium en el examen directo de una muestra de la lesión.
- 4- Biopsia que muestre alteraciones en el epitelio y cambios histológicos y característicos.

TRATAMIENTO

Debemos de tener tres consideraciones:

- 1.- Identificación de cualquier problema sistémico predisponente.
- 2.- Eliminación de factores locales.
- 3.- Intervención Farmacológica

GINGIVOESTOMATITIS HERPETICA AGUDA

Es una infección inflamatoria aguda que es causada por el virus herpes simple, que ataca en cavidad bucal. En la bibliografía se habla que puede presentarse a cualquier edad, dentro de la experiencia obtenida en el Centro de Salud, la mayoría de los casos se observaron en lactantes y niños menores de 6 y 7 años, posiblemente sea raro el caso que se observe en adultos, ya que la mayoría de los adultos adquieren inmunidad al virus Herpes simple como consecuencia de una infección durante la niñez.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Los primeros sintomas son los sistémicos, como es la fiebre elevada entre los 38.3°C. y los 39.4° C., se presenta malestar general, afección de la glandula submaxilar y se presenta también anorexia. Lo que se observa en cavidad oral es inflamación difusa de color rojo intenso, eritematoso y se observa brillante la encía junto con la mucosa adyacente, observandose diferentes grados de edema y hemorragia a nivel gingival. Se observa la inflamación de varias vesículas que son de tamaño pequeño de color gris, las cuales se forman en un periodo de 4 a 5 días, observandose exclusivamente en la mucosa subgingival, lengua, paladar blando faringe, encía, y mucosa labial, estas vesículas al romperse dejan un exudado amarillento, quedandose ulceras muy dolorosas, aún después de que las ulceras han curado el eritema gingival y el edema logran persistir durante algunos días.

GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA (GUNA)

Es una enfermedad inflamatoria destructiva de las encías, su incidencia en niños es baja, la población que se encuentra más afectada es la de los adolescentes.

Esta enfermedad es conocida con varios nombres como son: Estomatitis ulcerosa

Boca de trinchera

Infeccion de Vincent

Gingivitis ulceromembranosa aguda

Gingivitis ulcerativa aguda
Gingivitis fusoespirilar
Estomatitis de Plaut-Vincent
Estomatitis de Vincent
Periodontitis fusoespirilar
Estomatitis Fetida.
Etc.

La gingivitis ulceronecrosante aguda se caracteriza por una aparición repentina, generalmente después de una enfermedad debilitante aguda, varios autores mencionan que aparece después de someterse a un ritmo de vida estresante.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Las lesiones se observan como depresiones crateriformes socavadas en la cresta de la encía, esta destrucción de la papila interdentaria es rápida, con dolor y hemorragia concomitantes, generalmente se presenta una pseudomembrana gris, sobre el margen como consecuencia de la necrosis, en ocasiones también se observa destrucción de la encía marginal o en ambas partes tanto en la encía marginal y la papila interdentaria, la pseudomembrana gris que se encuentra separada del resto de la mucosa gingival perfectamente bien delimitada por una línea eritematosa.

En algunos casos logran quedar lesiones si las pseudomembranas se exponen al margen gingival, el cual se

observa rojo, brillante y hemorrágico, estas lesiones van destruyendo la encía y los tejidos periodontales subyacentes. En ocasiones se ve aumentado el tamaño de la glándula submaxilar, y se relaciona con el aumento de la salivación, en cuanto al olor se percibe de forma fétida, muchas veces el paciente refiere sabor de boca a metal.

Se produce en bocas sanas o sobreañadida a la gingivitis crónica o a la misma bolsa periodontal, puede ser una lesión circunscrita a un diente o a un grupo de dientes, puede también extenderse por toda la boca.

Las lesiones son sensibles al tacto y la mayoría de los pacientes refieren dolor en forma irradiado, constante y se habla de que el dolor aumenta en forma constante, aumentando también al contacto con los alimentos condimentados, calientes y con el simple hecho de la masticación.

Se dice que los responsables de esta enfermedad son los microorganismos *Borrelia Vincentii* y basilos fusiformes, así como células epiteliales descamadas y algunos leucocitos polimorfo-nucleares.

NOMA

En la mayoría de los casos abarca a niños en los cuales se observa un proceso de necrosis intrabucal que puede extenderse hacia la cara, generalmente estos casos son observados en niños de posición socioeconomica baja, con antecedentes de enfermedades debilitantes anteriores a la instalación de los síntomas.

MATERIALES Y METODOS

Se trata de un estudio observacional descriptivo en el cual se incluyó la información obtenida después de revizar los niños de primer año de primaria de las cinco escuelas antes mencionadas.

Dentro del material proporcionado por el Centro de Salud fué:

Abatelenguas de madera.

Lampara de mano.

Pastillas reveladoras.

Rotafolio para las platicas.

Papel para la realización de periodicos murales.

Papel estrasa.

Papelería para registrar los datos.

Volantes.

Hojas de remisión.

Floruro de Sodio al 0.2%.

El lugar donde se llevaron a cabo las revisiones fué en los salones de clases, asignandose una banca, en la cual se puso un campo de papel estrasa para aislar el material de la banca.

El Centro de Salud Comunitario junto con la Secretaria de Salud, proporciono la papelería, en la cual se registraron todos los datos.

- 1.- Se revizaron los niños, según las listas proporcionadas por las maestras.
- 2.- Esta hoja se llenó por sexo, edad, y escuela anotando los dientes temporales y permanentes, sanos, con caries, extracciones, así como los opturados.
- 3.- Obtenida la información se pasó a las hojas, separando por edad, sexo, escuela y grupo.
- 4.- Las fichas odontológicas. Fueron llenadas de tal forma, para que los padres de familia se enteraran en que condiciones se encontraban las bocas de sus hijos, se tenían que llenar con información como su domicilio, nombre del padre, etc., y se anotó la fecha de una junta.
- 5.- Los pacientes remitidos al Centro de Salud, fueron anotados en la hoja de concentrados.

RESULTADOS.

La información contenida en este documento, corresponde a los resultados obtenidos en el estudio realizado a los niños de primer año de primaria de escuelas oficiales correspondientes a la zona de la Delegación Política Venustiano Carranza, en la Cd. de México D. F., correspondiente al periodo del 1 de Agosto de 1990 al 30 de Agosto de 1991.

El total de niños revizados fué de 369, de los cuales el 50.40% correspondió al sexo masculino y el 49.60% al sexo femenino (Ver tabla 1). La patología que se pudo observar con mayor frecuencia en la población estudiada fué la Caries, los dientes afectados presentaban segundo grado de caries en un alto porcentaje de 65.4%, y en los otros tres grados eran porcentajes relativamente bajos.

Se obtuvo una población del sexo masculino de 186 individuos, y solo 42 de ellos no presentaron caries, esto nos indica que en 144 barones si se observo caries (Ver tabla 2). En el sexo femenino solo en 133 se observó la presencia de caries, en 50 no existe, lo cual nos da un total de 183 niñas (Ver tabla 3).

Todo esto nos indican que son más los barones que presentan caries, pero son más dientes de niñas los que

tienen caries (ver tabla 4 y 5). En dientes permanente en Agosto de 1990, en los barones se observa menos caries, en comparación con el sexo femenino, pero en la segunda revisión en Agosto de 1991 los barones de seis y ocho años muestran más elevado porcentaje de caries, lo que no sucede con los de siete años ya que el sexo femenino presentaron más caries en comparación, apesar de esto se observa que existe una notable disminución en cuanto a piezas dentarias afectadas por caries en ambos sexos, pero sin embargo hay un incremento en dientes opturados. Después de un año de estar trabajando con los infantes dando pláticas con rotafolios, supervisando la forma en la que se cepillaban, haciendo 12 colutorios de Fluoruro de sodio al 0.2%, en cada niño, (Ver tabla 7) y las consultas al dentista, todo esto nos ayudó a reducir el índice de caries en la mayoría de los casos, esto se puede observar en el índice epidemiológico y hacer la comparación del índice realizado en Agosto de 1990, y el realizado en Agosto de 1991, así como se puede observar un aumento en los dientes permanentes erupcionados, así como opturados (Ver tabla 4 y 5).

En la mayoría de los niños se observaron cambios en las encías debido a que se encontraban en la etapa de erupción dentaria, los cálculos dentales aparecieron en un porcentaje de el 9% en los niños de 5 y 6 años de edad, después un

incremento notable en los niños de 7 años llegando a ser del 18% (Ver tabla 6). Se observaron algunos casos de infecciones gingivales, algunos de estos casos si fueron atendidos dentro del Centro de Salud Comunitario Dr. Juan Duque de Estrada, y los otros fueron remitidos al médico particular.

DISCUSION Y CONCLUSIONES.

Dentro de este estudio se revizaron niños de la edad de 5 a 7 años de ambos sexos, para ver la evolución se realizó una segunda revisión, al año de la primera revisión. Es indiscutible el alto índice de caries y algunas patologías parodontales, que se presentaron en esta población, todo está íntimamente relacionado con malos hábitos de higiene. De ahí que la finalidad fué la eliminación de las patologías encontradas, la restauración y el mantenimiento de la salud oral en general.

La mayoría de los problemas encontrados pueden prevenirse por medio de un adecuado programa de profilaxis bucal y cuidados dentarios, es por eso que enfocamos todos los esfuerzos en estos puntos tan importantes, además de que es una etapa muy favorable porque existen varios cambios, como la pérdida de los dientes temporales que en muchas ocasiones se observaron total o parcialmente afectados por la caries, y fueron substituidos por la erupción de los dientes permanentes que estaban sanos. Los infantes cuyas madres referían media o mala alimentación, al igual que la higiene, presentaron en mayor índice anomalías, en estos casos y al resto de la población se inculco hábitos de higiene oral y la importancia que tiene esta desde los primeros años de vida.

Debe darse una mayor importancia a las afecciones parodontales de los niños, debido a que la mucosa de la encía carece de epitelio protector bien queratinizado, siendo su resistencia menor a las inflamaciones microbianas y mecánicas.

Entre las causas más frecuentes tenemos carencia de elementos nutritivos así como de vitaminas y la falta de higiene oral. Algunas alteraciones en especial las de origen sistémico, se manifiestan en boca antes que en cualquier parte del organismo, es por eso importante que cada persona le de la atención necesaria a cualquier alteración en su boca, y acudir de inmediato al cirujano dentista, ya que cualquier manifestación durante la fase eruptiva puede exacerbarse. Es necesario proporcionar información adecuada tanto a los niños como a sus padres. Sea de índole preventiva o en su defecto si ya existe alguna patología, el poque acudir lo antes posible al cirujano dentista, para poder realizar el diagnóstico correcto para así determinar el plan de tratamiento indicado según sea el caso.

No debemos olvidar que la población de este estudio pertenece a una posición económica media baja y baja, pero a pesar de esto, la respuesta obtenida fué sorprendente, para lograr un estado de salud favorable .

Se encontraron algunas afecciones como Candida Albicans, Gingivitis necrosante, Gingivitis herpética etc., pero la población afectada fué mínima, y recibieron inmediatamente tratamiento tanto de dentistas, como médicos generales de los modulos de Médico familiar, solo un caso de NOMA fué remitido al Hospital, la evolución de esta niña fué totalmente satisfactoria.

Se observaron diferentes intereses de los padres de familia, por ejemplo, aquellos padres que no aceptaron la colaboración de los dentistas del Centro de Salu, porque según ellos era mucho riesgo para sus niños, y preferían acudir a una consulta particular, después de un año, se observó que no recibieron tratamiento alguno, demostrando la indiferencia sobre este problema.

Todos los que intervenimos en la realización de este trabajo, estamos concientes que sólo una parte de los problemas pueden solucionarse en un sillón dental, pero la mayor parte de dichos problemas como son la alimentación, el cepillado diario, etc., son problemas que no se pueden solucionar en el consultorio, y esto no nada más es problema de las clases desfavorecidas.

Algún día deberemos de hacer Odontología preventiva, y solo en casos necesarios Odontología restaurativa.

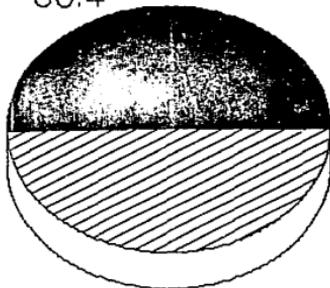
TABLA 1
INVESTIGACION
EXPEDIENTES CLINICOS REVISADOS SEGUN SEXO DEL PACIENTE

SEXO DEL PACIENTE	No. DE INDIVIDUOS	%
MASCULINO	186	50.40
FEMENINO	183	49.60
TOTAL	369	100.00

FUENTE: ESTUDIO REALIZADO EN ESCUELAS OFICIALES PRIMER AÑO
DE PRIMARIA
MEXICO D.F. 1990-1991

GRAFICA SEGUN EL SEXO 1990-1991

MASCULINO
50.4



FEMENINO
49.6

1.1 GRAFICA SEGUN EL SEXO DEL PACIENTE

TABLA No. 2

INVESTIGACION

PRESENCIA DE CARIES EN EL SEXO MASCULINO

PRESENCIA DE CARIES	No. DE INDIVIDUOS	%
SI	144	77.41%
NO	42	22.59%
TOTAL	186	100.00%

FUENTE: ESTUDIO REALIZADO EN ESCUELAS OFICIALES. PRIMER AÑO DE PRIMARIA

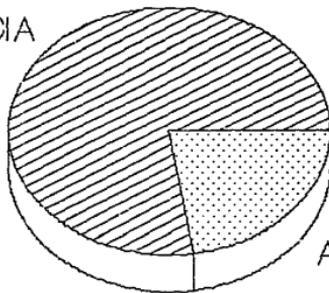
MEXICO D.F. 1990-1991

C A R I E S

EN EL SEXO MASCULINO

1990-1991

PRESENCIA
77.41



AUSENCIA
22.59

**2.1 GRAFICA DEMOSTRANDO LA PRESENCIA
DE CARIES EN EL SEXO MASCULINO**

TABLA No.3

INVESTIGACION

PRESENCIA DE CARIES EN EL SEXO FEMENINO

PRESENCIA DE CARIES	No. DE INDIVIDUOS	%
SI	133	72.67%
NO	50	27.33%
TOTAL	183	100.00%

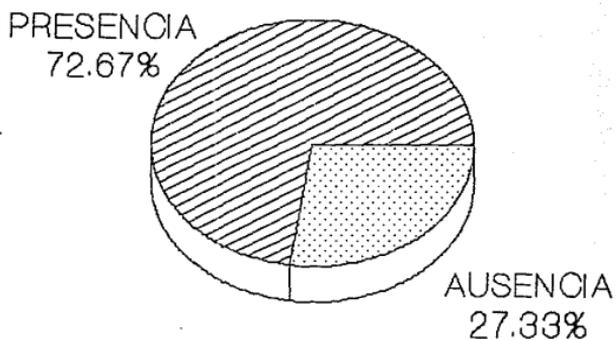
FUENTE: ESTUDIO REALIZADO EN ESCUELAS OFICIALES PRIMER AÑO DE PRIMARIA

MEXICO D.F. 1990-1991

C A R I E S

EN EL SEXO FEMENINO

1990-1991



**3.1 GRAFICA DEMOSTRANDO LA PRESENCIA
DE CARIES EN EL SEXO FEMENINO**

TABLA No.4

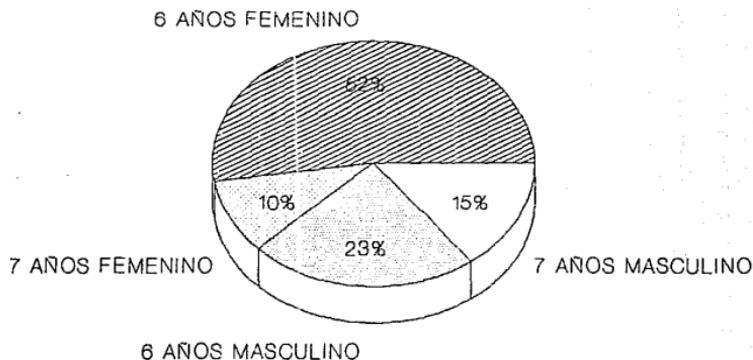
CONCENTRADO DE INDICE EPIDEMIOLOGICO CPO Y CEO POR EDAD Y SEXO

	INDICE C P O					INDICE C E O				
	CARIES	PER-DIDOS	OPTU-RADOS	TOTAL SANOS	TOTAL PRESEN- TES	CARIES	EXTRAC- CIONES	OPTU-RADOS	TOTAL SANOS	TOTAL PRESEN- TES
5 AÑOS	0	0	0	19	19	63	8	18	222	285
6 AÑOS	32	5	0	537	569	515	92	120	2080	2590
7 AÑOS	6	0	0	75	81	47	8	0	160	207
5 AÑOS	0	0	0	2	2	12	0	3	66	78
6 AÑOS	14	0	0	204	218	307	58	80	1135	1442
7 AÑOS	9	0	0	129	138	50	18	7	246	296

FUENTE: ESTUDIO REALIZADO EN ESCUELAS PRIMARIAS OFICIALES. MEXICO D.F. 1990

C A R I E S

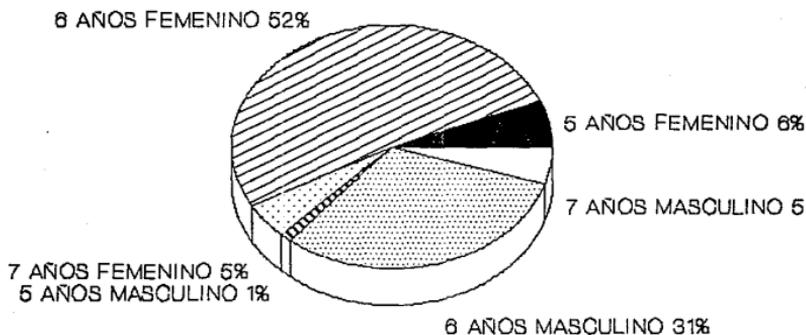
DIENTES PERMANENTES 1990



4.1 GRAFICA DE CARIES EN DIENTES
PERMANENTES EN AMBOS SEXOS DE 6 A 7 AÑOS

C A R I E S

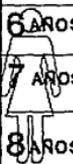
DIENTES TEMPORALES 1990



4.2 GRAFICA DE CARIES EN DIENTES TEMPORALES EN AMBOS SEXOS DE 5 A 7 AÑOS

TABLA No.5

CONCENTRADO DE INDICE EPIDEMIOLOGICO CPO Y CEO POR EDAD Y SEXO

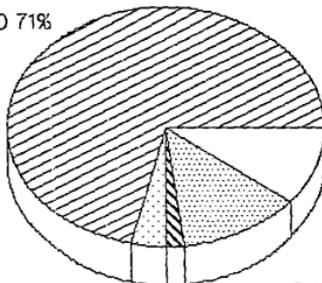
	INDICE C P O					INDICE C E O				
	CARIES	PER-DIDOS	OPTU-RADOS	TOTAL SANOS	TOTAL PRESEN- TES	CARIES	EXTRAC- CIONES	OPTU-RADOS	TOTAL SANOS	TOTAL PRESEN- TES
6 AÑOS 	0	0	0	117	117	58	6	27	513	571
7 AÑOS 	40	8	7	1161	1201	441	35	136	1636	2077
8 AÑOS 	2	4	0	111	113	44	23	11	342	386
6 AÑOS 	1	0	0	124	125	71	0	29	261	332
7 AÑOS 	7	10	1083	1092	1099	222	0	43	2478	2700
8 AÑOS 	6	8	0	172	178	56	0	21	354	410

FUENTE: ESTUDIO REALIZADO EN ESCUELAS PRIMARIAS OFICIALES. MEXICO D.F. 1991

C A R I E S

DIENTES PERMANENTES 1991

7 AÑOS FEMENINO 40 71%



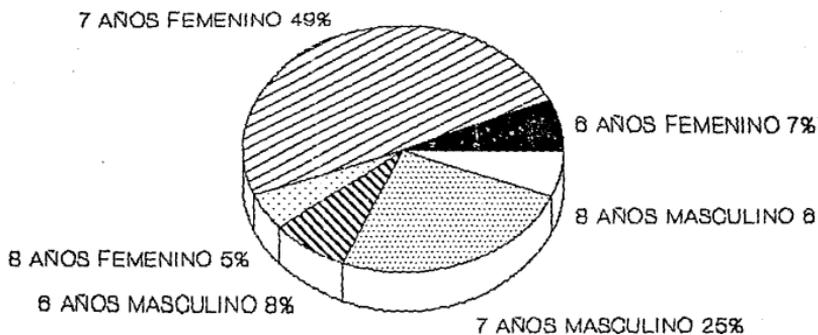
8 AÑOS MASCULINO 8

7 AÑOS MASCULINO 7 13%
8 AÑOS FEMENINO 2 4% 6 AÑOS MASCULINO 1 2%

**6.1 GRÁFICA DE CARIES EN DIENTES
PERMANENTES EN AMBOS SEXOS DE 6 A 8 AÑOS**

C A R I E S

DIENTES TEMPORALES 1991



5.2 GRAFICA DE CARIES EN DIENTES TEMPORALES EN AMBOS SEXOS DE 6 A 8 AÑOS

TABLA No.6

INVESTIGACION

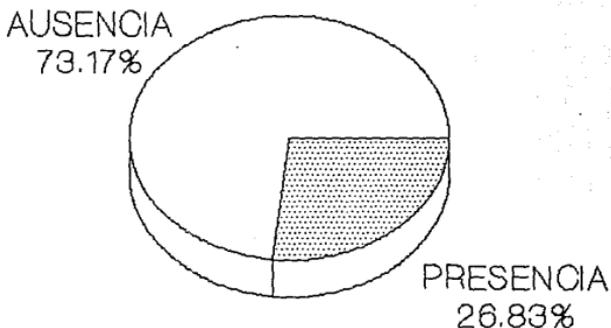
PRESENCIA DE SARRO EN AMBOS SEXOS, DE CINCO A SIETE AÑOS DE EDAD

EDADES	PRESENCIA DE SARRO	No. INDIVIDUOS	%
5 y 6	SI	33	9
7	SI	66	18
5,6 y 7	NO	270	73
T O T A L		369	100

FUENTE: ESTUDIO REALIZADO EN ESCUELAS OFICIALES, PRIMER AÑO DE PRIMARIA
MEXICO D.F. 1990

SARRO

PRESENCIA EN AMBOS SEXOS DE 5 A 7 AÑOS



6.1 GRAFICA DEMOSTRANDO LA PRESENCIA
DE SARRO 1990

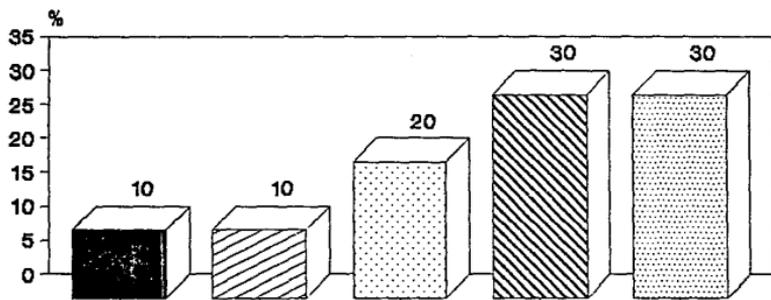
TABLA No. 7

ACTIVIDADES DE APOYO PARA MEJORAR LOS RESULTADOS.

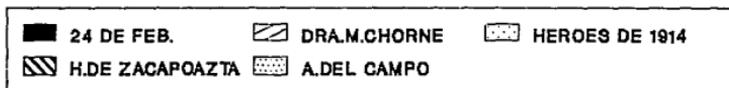
Técnicas de Cepillado	17,915
Técnicas de hilo dental	1,304
Pláticas a escolares con rotafolio	296
Platicas a los padres de familia con rotafolio	243
Periodicos murales	6
Colutorios	23,439

**FUENTE : INFORME DIARIO DE ACTIVIDADES DE ESTOMATOLOGIA
SEIB-SS02**

TECNICA DE USO DE HILO DENTAL.

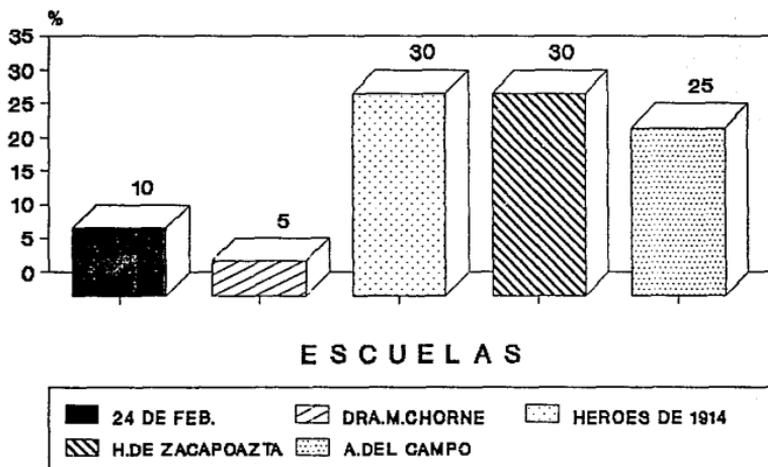


ESCUELAS



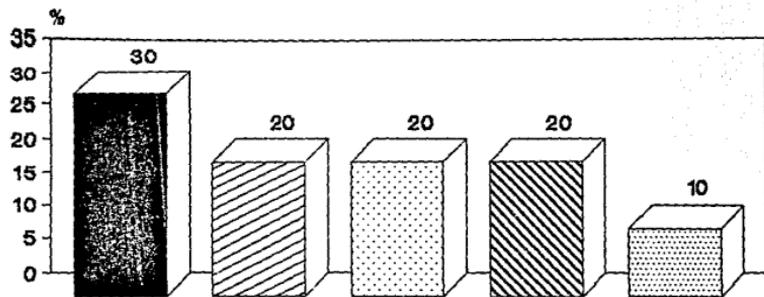
7.1 ACTIVIDADES DE APOYO SEIB-S902

PLATICAS CON ROTAFOLIO.

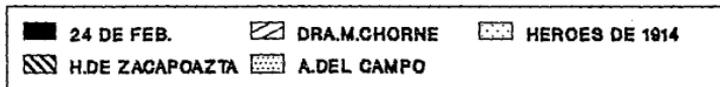


7.2 ACTIVIDADES DE APOYO SEIB-SS02

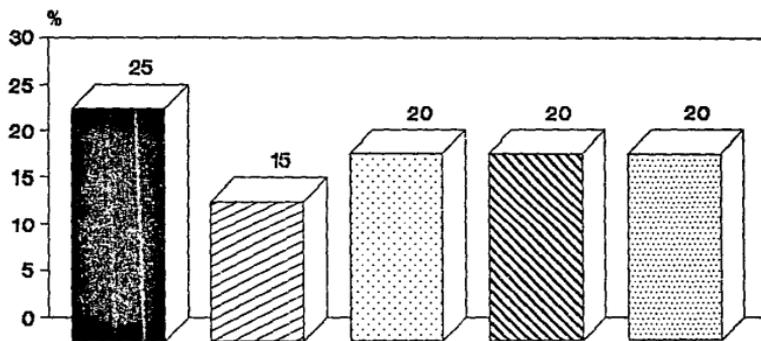
TECNICA DE CEPILLADO.



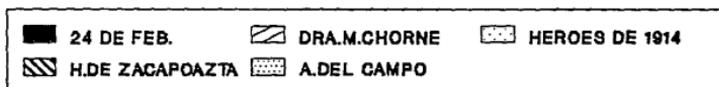
ESCUELAS



COLUTORIOS.

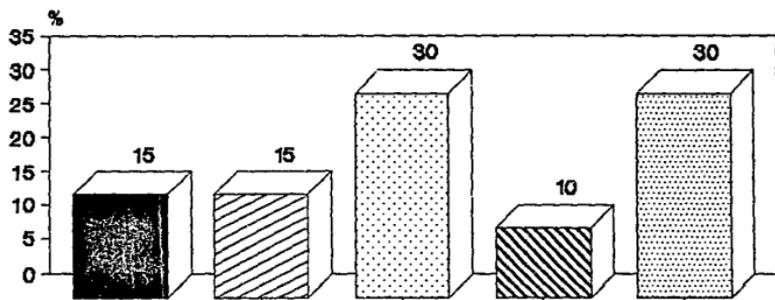


ESCUELAS

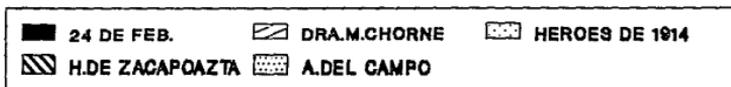


7.4 ACTIVIDADES DE APOYO SEIB-SS02

PERIODICOS MURALES.



ESCUELAS



7.5 ACTIVIDADES DE APOYO SEIB-9902

BIBLIOGRAFIA:

Enfermedad Periodontal en Niños y Adolescentes.

Bear, Benjamin

Editorial Mundi S.A.I.C. y F.

Caries

Andres Thylstrup

Ole Fejerskov

Editorial DOIMA

Bases Biologicas de la Caries Dental

9) Menaker

Editorial Salvat

Tratado de Patología Bucal

W.G. Shafer

B.M. Levy

Editorial Interamericana

Periodontología Clínica de Glickman

F.A. Carranza

Editorial Interamericana

Quinta Edición

Manual de Periodontología Clínica

Fermin A. Carranza

Dorothy A. Perry
Editorial Mc. Graw Hill
Editorial Interamericana

Enfermedad Periodontal
Saul Schluger
Ralph A. Yuodelurs
Roy C. Page
Editorial C.E.C.S.A.

Periodoncia de Orban
Teoría y Práctica
Daniel A. Grant
Irving B. Stern
Frank G. Everett
Cuarta Edición
Editorial Interamericana

Odontología Pediatrica
Sidney B. Finn
Cuarta Edición
Editorial Interamericana

Odontopediatría

Odontología para Niños y Adolescentes

Rudolf P. Hotz

Editorial Panamericana

Patología

Corréa. Arias Stella

Perez Tamayo. Carbonell

Segunda Edición

Prensa Médica Mexicana