



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

TITULO

Prevalencia de caries dental y conocimientos sobre salud bucal en preescolares de una institución pública

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A

ERIKA ARACELI CASTILLO PÉREZ

Concepción Ramírez Soberón
DIRECTORA: C.D. MARÍA CONCEPCIÓN RAMÍREZ SOBERÓN

ASESORA: C.D. REBECA ACITORES ROMERO

MÉXICO, D.F.

MAYO 2005

m. 342967

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES

Jaime y Franciss por ser las personas a las que más quiero, ellos me dieron la vida, gracias a su cariño y apoyo he llegado a realizar uno de los anhelos más grandes de mi vida, fruto del inmenso amor y confianza que en mí se depositó por lo que he logrado terminar mis estudios profesionales y por lo que les viviré eternamente agradecida.

A MI HERMANA

Verónica por ser el ejemplo a seguir, por compartir momentos especiales juntas y brindarme su apoyo y comprensión incondicional para alcanzar esta meta. "Gracias Vero TQM" así como también a mi sobrino Omarsin y a Omar.

A MIS AMIGOS

A todos mis amigos gracias por formar parte importante en esta etapa de mi vida, por estar conmigo siempre y compartir momentos agradables y desagradables y por que juntos logramos saltar esos obstáculos para alcanzar la meta a la que queremos llegar.

Lila., Marytere, Emm, Ceci, Angie, Carmen, Arely, Erica, Zoila, Sandra, Gaby, Ruth, Lizz, Ir asema, Jazz, Luisa, Edgar, David, Roberto, Alejandro, Ulises, Luis,...

A MI UNIVERSIDAD UNAM Y F.O.

Agradezco a mi Universidad Nacional Autónoma de México y profesores de la Facultad de Odontología ya que gracias a ellos y a su experiencia del saber me formaron como profesionista y logré concluir una etapa importante de mi vida.

Principalmente a la Dra. Ma. Concepción Ramírez Soberón por brindarme su apoyo y confianza en la elaboración de este trabajo pero sobre todo gracias por su linda amistad.

Así como también a la C.D.Rebeca Acitores Romero por colaboración de esta investigación.

AL JARDÍN DE NIÑOS "IGNACIO RAMÍREZ"

Por permitirme realizar esta investigación principalmente a la Prpfra. Norma López Coquis , que me brindó su apoyo, a sí como también a las profesoras Verónica, Rosy , Socorro que gracias a su colaboración trabajé con los preescolares.

A DIOS

Por que cuando lo necesite, siempre me acompañó en los momentos más difíciles de mi vida, gracias "Dulce Nombre de Jesús."

INDICE

INTRIDUCCION	
1. Antecedentes.....	7
2. Generalidades de la caries dental.....	9
2.1. Microorganismos ..	10
2.2. Factores de riesgo.....	11
2.3. Dx de la caries denta .l.....	14
2.4. Tx de la caries dental.....	14
3. Clasificación de caries.....	15
4. Odontología Preventiva.....	20
4.1. Definición.....	20
4.2. Niveles de prevención... ..	21
5. Higiene Bucodental.....	24
6. Placa dentobacteriana	25
6.1. Película adquirida.....	25
6.2. Placa dental.....	25
7. Medidas preventivas.....	26
7.1. Control de placa bacteriana interproximal.....	26
7.2. Técnicas de cepillado.....	28
7.3. Fluoruros.....	32
7.4. Selladores de fosetas y fisuras.....	36
7.5. Clorhexidina.....	37
8. Morfología dentaria.....	37
9. Cronología.....	38
10. ceo y CPO.....	39
11. Planteamiento del problema.....	39
12. Justificación.....	40
13. Hipótesis.....	41

14. Objetivos	42
14.1. Objetivo general.....	42
14.2. Objetivos específicos.....	42
15. Metodología	42
15.1. Materiales y métodos.....	42
15.2. Tipo de estudio.....	45
15.3. Población de estudio.....	45
15.4. Muestra.....	45
15.5. Criterios de inclusión.....	45
15.6. Criterios de exclusión.....	45
15.7. Variable independiente.....	45
15.8. Variable dependiente.....	46
15.9. Recursos.....	46
16. Resultados	47
17. Conclusiones	58
18. Bibliografías	59
19. Anexos	60

INTRODUCCIÓN

Desde el punto de vista epidemiológico la caries dental, debido a su magnitud severidad y trascendencia es una de las enfermedades que afectan en un alto porcentaje a los niños, por lo que constituye una de las principales causas de consulta odontológica y se caracteriza como un problema de Salud Pública.

La salud bucal es el resultado de un complejo equilibrio de múltiples factores, razón por la cual las patologías deben manejarse sobre la base del fomento de la salud, identificación y prevención de los riesgos, la protección y las actividades asistenciales, lo que permitirá disminuir su prevalencia sobre todo en la comunidad infantil.

La educación para la salud tiene como función, promover, organizar y orientar los procesos tendientes a influir favorablemente en los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud bucal de los individuos, promoviendo el desarrollo de la conciencia sanitaria de la población.

Es fundamental comprender que es en la edad preescolar, donde se empieza a fomentar en los niños la importancia de la prevención y la necesidad de mantener una boca en buen estado de salud para que posteriormente su pronóstico en la dentición permanente sea favorable y mantener una buena higiene bucal, así como también una eficiente educación bucodental en el futuro.

1. ANTECEDENTES

En la actualidad es muy frecuente encontrar menores de 5 años que padecen caries dental a causa de malos hábitos alimenticios y deficiente salud bucodental, determinada por el medio donde se desarrollan.

La prevalencia de caries dental varía entre los diferentes grupos socioeconómicos y étnicos dentro del mismo país, la pobreza continúa siendo el factor determinante de salud ya que se refleja en carencias materiales de la familia y en la comunidad donde reside el niño.¹

En el 7º Congreso Mundial de Odontología Preventiva Abril 2001 en Pekín China, Cynthia Pine documentó un estudio en donde determinó que en los países industrializados, la caries en dientes temporales sigue siendo el mejor indicador de caries en dientes permanentes. De hecho, un alto % de caries puede ser común en la dentición primaria pero a menudo existe menor prevalencia de caries en dientes permanentes, esto se observa en los niños del subcontinente indio que tienen mayores niveles de caries en sus años preescolares y niveles bajos en dentición permanente. En el mismo documento Vargas y colaboradores mencionan que entre 1988-1994 existe una relación entre pobreza y la salud oral en E.U.A, Escocia y China, donde se encontró un índice de caries medio de 1.49 entre los 2 y 5 años de edad, en contraste con niños de ingresos más altos que tenían un ICAO medio de 0.31, o sea casi cinco veces inferior.¹

De igual forma, en 1993 Elba Rosa Luna M. y colaboradores, realizaron un estudio en 1.115 preescolares de 5 años de la Ciudad de Córdoba Argentina, destinado a establecer la prevalencia y distribución de caries dental con base en su nivel económicosocial. El estudio reveló que respecto a 1973, la prevalecía de caries disminuyó el 55% en tanto que la proporción

de niños con dientes sanos fue mayor en un 26.7%, la frecuencia y severidad de caries aumentó a medida que descendía la ubicación social del niño. El nivel más alto NES I = burguesías empresarial y gerencial, los índices de caries fueron menores que en el nivel bajo NES III =proletariado típico, proletariado no típico y subproletariado: ceo-d de 0,8 y 2,7 y ceo-s de 0,9 y 4,9 respectivamente; presentando NES III un ceo-d de dientes cariados con extracción indicada mientras que el grupo NSE I fueron dientes obturados, sin embargo la proporción de niños sin experiencia de caries dental fue en NES I de 63,1% mientras que en NES III de 11,5% .²

Así mismo estudios como el realizado en 1999 por la Dra. Laura Sáenz y colaboradores sobre prevalencia de caries dental en 218 niños de sexo femenino y masculino de 4 a 5 años, de la Delegación Tláhuac, demuestra que el registro de las condiciones de salud bucal para la dentición temporal se basó en los criterios de la OMS. El promedio del índice ceo-d fue de 3.38 ± 3.89 ($c=2.54 \pm 3.37$, $e= 0.17 \pm 0.72$, $o=0.66 \pm 1.77$). El 36% de los niños se encontró libre de caries y el 64% mostró evidencias de caries. El índice de necesidades de tratamiento fue de 79%.³

Por otra parte, el Dr. Raúl Rojas Valenzuela realizó un estudio en preescolares y escolares entre 4 y 15 años de edad de sexo femenino y masculino de distintas escuelas de la comuna de Río Hurtado Chile, los resultados determinaron que el 86.57% presentaba caries y dientes obturados y que sólo el 13.43 % se encontró sano. El índice c.e.o.d. promedio en sexo masculino fue de 4.15, similar al índice c.e.o.d. en sexo femenino que fue de 3.93.⁴

Por lo tanto el índice c.e.o.d promedio total de la muestra fue de 4.04 ,por su parte el índice C.O.P.D. promedio encontrado en hombres 2.75 fue



similar al índice C.O.P.D. promedio de las mujeres 2.64. El índice C.O.P.D promedio total de la muestra fue de 2.67. ⁴

De igual manera en un estudio realizado en el 2003 por Segovia –Villanueva y colaboradores en Campeche, México, se estudiaron 770 niños de edad preescolar entre 3 y 6 años, el $X = 4.4 + 0.5$ y el porcentaje de niños más afectados por caries fue de 42% (324 niños), siendo el 14% (45 niños) de 3 años y 68% (220 niños) de 6 años de edad, con base en estos resultados se puede aseverar que la caries se manifiesta más en edades posteriores. ⁵

Ante esta prevalencia de caries dental, se observa la necesidad de promover medidas preventivas oportunas para devolver y mantener la salud de la dentición temporal, lo que favorecerá posteriormente a los dientes permanentes.

2. GENERALIDADES DE CARIES DENTAL

La caries dental es una de las enfermedades infecciosas de mayor prevalencia en el ser humano, manteniéndose como uno de los principales problemas de salud pública a nivel escolar.

Ha sido definida como la destrucción localizada de los tejidos duros del diente, por la acción bacteriana.

Schuster en 1990 define a la caries dental como una enfermedad donde los tejidos duros del diente son modificados y eventualmente disueltos. ⁶

similar al índice C.O.P.D. promedio de las mujeres 2.64. El índice C.O.P.D promedio total de la muestra fue de 2.67. ⁴

De igual manera en un estudio realizado en el 2003 por Segovia –Villanueva y colaboradores en Campeche, México, se estudiaron 770 niños de edad preescolar entre 3 y 6 años, el $X = 4.4 + 0.5$ y el porcentaje de niños más afectados por caries fue de 42% (324 niños), siendo el 14% (45 niños) de 3 años y 68% (220 niños) de 6 años de edad, con base en estos resultados se puede aseverar que la caries se manifiesta más en edades posteriores. ⁵

Ante esta prevalencia de caries dental, se observa la necesidad de promover medidas preventivas oportunas para devolver y mantener la salud de la dentición temporal, lo que favorecerá posteriormente a los dientes permanentes.

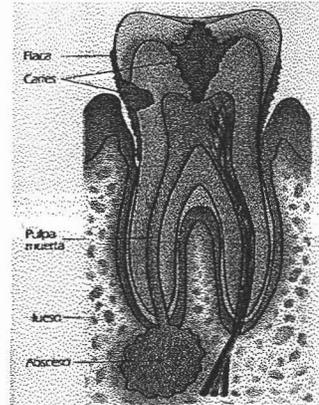
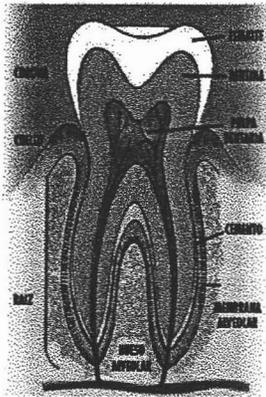
2. GENERALIDADES DE CARIES DENTAL

La caries dental es una de las enfermedades infecciosas de mayor prevalencia en el ser humano, manteniéndose como uno de los principales problemas de salud pública a nivel escolar.

Ha sido definida como la destrucción localizada de los tejidos duros del diente, por la acción bacteriana.

Schuster en 1990 define a la caries dental como una enfermedad donde los tejidos duros del diente son modificados y eventualmente disueltos. ⁶

La O.M.S. la define como un proceso patológico localizado, posteruptivo, de origen externo que produce el reblandecimiento del tejido dentario y conduce a una cavidad.⁹



La formación de cavidades cariosas comienzan con pequeñas áreas de desmineralización en la subsuperficie del esmalte, pudiendo progresar a través de la dentina y llegar hasta la pulpa dental. Esta desmineralización es provocada por el ácido láctico, producido por la fermentación de los carbohidratos de la dieta por los microorganismos bucales.⁶

2.1 MICROORGANISMOS ASOCIADOS AL DESARROLLO DE LA CRIES.

El *Streptococcus mutans* es considerado el principal agente etiológico de la caries dental en humanos y animales experimentales.

Las células de los *Streptococcus mutans* se caracterizan por ser cocos Gram positivos, anaeróbico facultativo con un diámetro de 0.5 a 0.75 micrómetros y puede disponerse en cadenas.⁶

Los *Streptococcus salivarius*, *Streptococcus Milleri*, *Actinomyces viscosus*, *Lactobacillus acidophilus*, y *Lactobacillus casei*, se encuentran en menor proporción y comienzan a colonizarse en mayor cantidad en estadios tardíos de la formación de la lesión, así como la producción de una gran variedad de ácidos, láctico, acético, propiónico, que son capaces de disolver las sales cálcicas del diente.⁶

ETIOPATOGENIA

La caries dental es una enfermedad bacteriana multifactorial que para su instalación necesita la interacción de tres factores básicos, (Keyes, 1972): el huésped, la microflora y el sustrato, a los cuales Newbrum (1988), agrega el cuarto factor: tiempo.¹⁰

2.2 FACTORES DE RIESGO

Se conoce como factor de riesgo a todos aquellos determinantes o condicionantes de la salud o enfermedad en los individuos, grupos y colectividades, y se clasifican en:

LOCALES: Se relacionan con la composición química del esmalte, disposición de los prismas, malformaciones anatómicas, abrasión malposición dental, obturaciones mal colocadas, composición de la saliva y higiene bucal deficiente.⁸

GENERALES: Son la nutrición, herencia, estrés, aspectos socioeconómicos y culturales.⁸

HUÉSPED F. R. PREDISPONENTE

La susceptibilidad a la caries dental es diferente en cada individuo según la interacción de los factores de riesgo como una higiene insuficiente desde el momento en que erupcionan los dientes, hipoplasia del esmalte, factores salivales como flujo reducido, factores sistémicos entre ellos dificultades en la etapa fetal o en el parto, bajo peso al nacer, enfermedades crónicas, alto consumo de fármacos y malnutrición.⁷

MICROFLORA F. R. CONDICIONANTE

El *Streptococcus mutans* es el principal microorganismo causante de la caries dental de la placa bacteriana, no es encontrado en la cavidad bucal antes de la erupción dentaria, debido a que el microorganismo requiere presencia de tejido duro no descalcificado para su colonización.

La fuente principal de transmisión de la bacteria en los niños es a partir de la saliva de sus madres.⁷

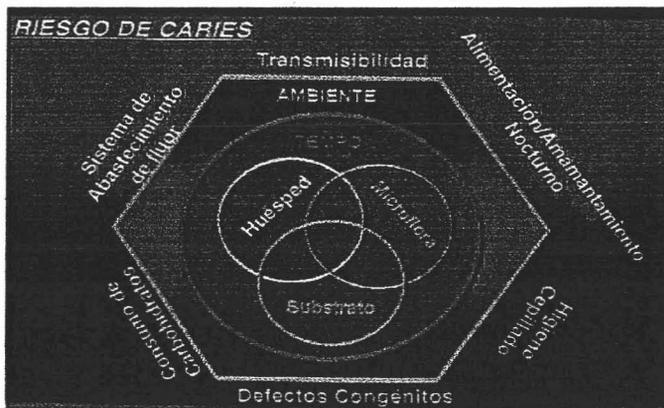
SUBSTRATO F. R. DETERMINANTE

Es un conjunto de factores relacionados con la composición química, características físicas, tiempo de ingesta y frecuencia de los alimentos ricos en carbohidratos, lactancia materna más allá del año, uso nocturno del biberón, alimentos o golosinas ricos en sacarosa, fructosa, glucosa, lactosa y maltosa, ya que son capaces de formar ácidos cuando son fermentados.⁷

En el están relacionados los factores demográficos como son bajo nivel socioeconómico, y factores cognitivos relacionados al bajo nivel educativo, escasa motivación e insuficiente fuerza de voluntad.⁷

TIEMPO

La presencia y formación de caries en niños no está relacionada solamente con la cantidad de carbohidratos ingeridos, sino también con la consistencia del alimento y la frecuencia de ingestión, como la acidificación es alta y el pH disminuye a menos de 5,2 existe la posibilidad de que ocurra desmineralización y consecuentemente la ruptura del esmalte y el inicio de la formación de una lesión cariosa.¹⁰



2.3 DIAGNOSTICO DE LA CARIES DENTAL

Para detectar las lesiones cariosas se realiza un examen clínico visual y táctil con explorador, se evalúan los signos como el color de la lesión, tamaño y profundidad.

En la exploración se incluye la valoración de todas las restauraciones presentes, que deben ser revisadas en busca de zonas sobreobturadas, roturas marginales o recidiva de caries. Se utiliza también la transluminación con fibra óptica, el láser de fluorescencia, los métodos endoscópicos y exámenes radiográficos.⁶

2.4 TRATAMIENTO DE LA CARIES DENTAL

Una vez diagnosticada la caries dental, se debe remover el tejido mediante instrumentos giratorios cortantes (fresas) y valorar según el grado de caries que presente cada paciente ya que se puede restaurar un diente a partir de una amalgama, resina o hasta una corona de metal o estética.

De igual manera y por supuesto no menos importantes encontramos tratamientos preventivos como son, la colocación de selladores de foseas y fisuras, aplicación tópica de flúoruro, utilización de clorhexidina, así como una buena técnica de cepillado.⁹

3. CLASIFICACION DE CARIES

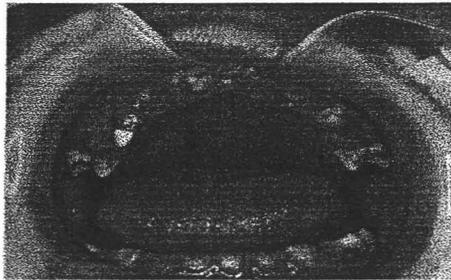
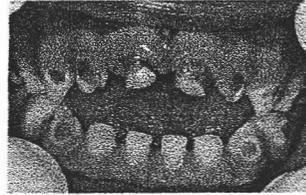
CARIES SIMPLE. Afecta los incisivos en sus superficies proximales, principalmente, las mesiales de los centrales superiores y las oclusales de los molares.

CARIES POR ALIMENTACIÓN INFANTIL. Afecta a todos los dientes, sin embargo comienza en las superficies vestibulares de los incisivos superiores, afecta a niños hasta el primer año de vida y tiene en su etiología marcados componentes socio-culturales relacionados con el amamantamiento nocturno y la ausencia de limpieza.¹⁰

Esta caries tiene varios nombres, caries por amamantamiento, caries por alimentación infantil, caries infantil temprana y caries por biberón.

Esta tiene características propias de una caries incontrolable rampante.

1. Afecta al niño, antes del 1er año de vida.
2. Tiene una evolución muy rápida.
3. Muchos dientes están involucrados, más de tres incisivos.
4. Afecta principalmente a los incisivos superiores en sus superficies vestibulares.
5. Tiene un componente socio-cultural relacionado con la alimentación nocturna y ausencia de limpieza.
6. En casos graves afecta a los incisivos inferiores.
7. Las lesiones más graves están relacionadas por la ingesta excesiva de carbohidratos, amamantamiento nocturno y falta de limpieza.¹⁰



CARIES RECURRENTE O REINCIDENTE. Esta se presenta relacionada con una restauración dental, la cual pierde su integridad, predisponiendo la acumulación de bacterias y alimentos.⁶



CARIES AGUDA O RAMPANTE: Se presenta con más frecuencia en pacientes jóvenes, debido a la gran extensión del tejido pulpar coronal, así como los túbulos dentinales y alto consumo de azúcares refinados y malos

hábitos de higiene. Suelen presentarse lesiones múltiples, de rápido avance destructivo, penetración pulpar, espontáneo dolor pulpar⁶



CARIES CRÓNICA :Es más común en pacientes adultos mayores, cámara pulpar reducida ,menos tubulos dentinarios y más cantidad de dentina secundaria y terciaria o hacia las paredes pulpares, puede manifestarse dolor agudo.⁶



CARIES DE CEMENTO Y RAIZ: Generalmente afecta a la población adulta mayor con resorción gingival. Esta lesión progresa rápidamente hacia la pulpa y presenta grandes dificultades para la acción clínica operatoria.⁶



CARIES DEL ESMALTE LISO: Es común en mesial y distal de áreas de contacto con dientes adyacentes, menos común en bucal y lingual.⁶



SEGÚN SU LOCALIZACIÓN GREENE VARDIMAN BLACK LA CLASIFICA

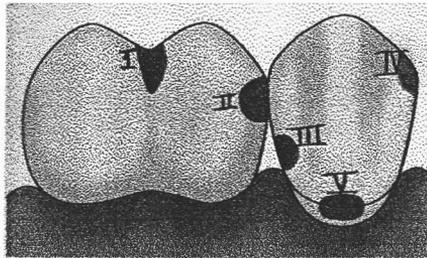
Clase I. Es la caries dental que se encuentra en las foseetas y fisuras de premolares y molares, cingulos de los dientes anteriores y en cualquier anomalía estructural de los dientes.

Clase II. La caries se localiza en las caras proximales de los dientes posteriores.

Clase III. La caries se localiza en las caras proximales de los dientes anteriores sin abarcar el ángulo incisal.

Clase IV. La caries se encuentra en las caras proximales de los dientes anteriores abarcando el ángulo incisal.

Clase V. La caries se localiza en el tercio gingival de los dientes anteriores y posteriores, solo en caras bucales y linguales.



SEGÚN LAS CARAS AFECTADAS

SIMPLE: Una sola superficie del diente.

COMPUESTA: Dos caras del diente.

COMPLEJAS: Tres o más caras del diente.

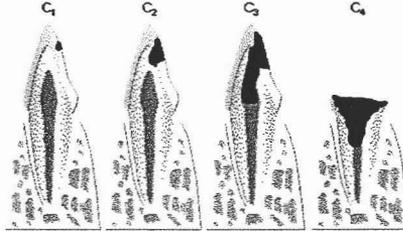
SEGÚN EL TEJIDO AFECTADO

1°. Cuando la caries afecta solo el esmalte.

2°. Cuando la caries afecta esmalte y dentina.

3°. Cuando la caries afecta esmalte, dentina y pulpa.

4°. Cuando la caries ocasiona necrosis pulpar.



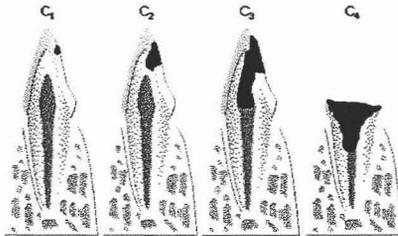
4. ODONTOLOGÍA PREVENTIVA

4.1 ODONTOLOGÍA PREVENTIVA (DEFINICIÓN), se encarga de estudiar los métodos y las aplicaciones de estos para evitar la aparición o el avance de las enfermedades bucales.¹¹

Suma total de esfuerzos por promover, mantener y/o restaurar la salud del individuo a través de la promoción, el mantenimiento y/o la restitución de su salud bucal.¹¹

Es especialmente importante establecer programas preventivos y educativos en las comunidades para tener una salud bucodental favorable en nuestro país.

4°. Cuando la caries ocasiona necrosis pulpar.



4. ODONTOLOGÍA PREVENTIVA

4.1 ODONTOLOGÍA PREVENTIVA (DEFINICIÓN), se encarga de estudiar los métodos y las aplicaciones de estos para evitar la aparición o el avance de las enfermedades bucales.¹¹

Suma total de esfuerzos por promover, mantener y/o restaurar la salud del individuo a través de la promoción, el mantenimiento y/o la restitución de su salud bucal.¹¹

Es especialmente importante establecer programas preventivos y educativos en las comunidades para tener una salud bucodental favorable en nuestro país.

La prevención puede considerarse como una flecha que apunta en dirección opuesta a la enfermedad, y consiste en todos los esfuerzos por poner barrera al avance de la enfermedad en todos sus estadios.



4.2 NIVELES DE PREVENCIÓN

Son procedimientos preventivos que pueden clasificarse según el momento evolutivo de la enfermedad en que se aplican.

PREVENCIÓN PRIMARIA Se refiere al periodo que precede a la aparición de una enfermedad manifiesta y tiene por misión el mejoramiento del nivel general de salud o la prevención de alguna enfermedad específica.

*PRIMER NIVEL: Promoción de la salud.

*SEGUNDO NIVEL: Protección específica.

PREVENCIÓN SECUNDARIA Tiene por misión la detección precoz de la enfermedad y el tratamiento rápido y eficaz para evitar su progreso.

*TERCER NIVEL: Diagnóstico y tratamiento oportuno

PREVENCIÓN TERCIARIA Tiene como objetivo la restauración de la salud y de la función cuando la enfermedad ha llegado a un estado avanzado.

***CUARTO NIVEL:** Limitación del daño.

***QUINTO NIVEL:** Rehabilitación.¹¹

1er NIVEL PROMOCION DE LA SALUD

Este nivel no es específico, es decir no está dirigido hacia la prevención de alguna enfermedad dada e incluye todas las medidas que tienen como objetivo mejorar la salud general del individuo.¹³

Fomentar una buena alimentación en los niños preescolares así como también una buena dieta de la madre embarazada y del lactante, evitar la instauración de hábitos nocivos en el niño y fomentar el comienzo temprano de la higiene dental.

2º NIVEL PROTECCIÓN ESPECIFICA

Consta de medidas para prevenir la aparición de o la recurrencia de enfermedades específicas.¹³

Constituye el uso de fluoruro en forma sistémica , lo encontramos en el consumo de agua flúorada , y suplementos como sal, gotas de forma tópica en , dentífricos , geles y barnices aplicados con precaución por el profesional. Así como también agentes antimicrobianos (clorhexidina) en la madre y en el niño.

3er NIVEL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO OPORTUNO

Comprende la prevención secundaria y su nombre define su objetivo, en este nivel es el más apropiado para iniciar el tratamiento.

Diagnóstico precoz, concienciación de padres y profesionales sanitarios y visita temprana al odontólogo.¹³

Se puede determinar el Dx clínicamente, en algunos casos utilizamos radiografías de aleta mordible y la tratamos con odontología restauradora según el grado de caries.

4º NIVEL LIMITACIÓN DEL DAÑO

Consiste en mejorar eficientemente la capacidad del individuo para usar sus dientes remanentes.

Tiene como objeto limitar el grado de daño producido por la enfermedad. Los recubrimientos pulpares y los tratamientos endodóncicos así como extracciones de dientes infectado.

5º REHABILITACIÓN

Son medidas como la restauración de prótesis de coronas y rehabilitación bucal.

5. HIGIENE BUCODENTAL

Es de vital importancia para la salud de los dientes, boca y del organismo en general, consiste en una serie de actividades utilizando diferentes elementos, para retirar los residuos de alimentos, placa dentobacteriana de las superficies dentales para evitar el desarrollo de caries dental.

Los aspectos más importantes para prevenir este problema aun implementar una buena técnica de cepillado, con cepillo adecuado a cada edad del paciente, dentífricos con flúor, hilo dental, y colutorios dentales.

En el 7° Congreso Mundial de Odontología Preventiva Abril 2001 en Pekín China ,Cynthia Pine documentó un estudio sobre prevalencia de caries en niños de Marruecos y de Surinam ,se presento un valor de (8,2) y (3,4) los autores recopilaron datos sociodemográficos detallados sobre hábitos de higiene bucodental, especialmente el uso de dentífricos con fluoruro y el cepillado, resultó ser el nivel de educación de los padres, uno de los indicadores de riesgo de caries, más importantes así como la edad a la que los padres comenzaron a limpiar los dientes de los niños y la frecuencia del cepillado.¹

Los niños cuyos dientes eran cepillados a la edad de 1 año tenían un ICAO medio de 4,5 en comparación con el 5,7 de los que comenzaron a los 2 años, los que comenzaron a los 3 años presentaron un ICAO de 8,9.¹

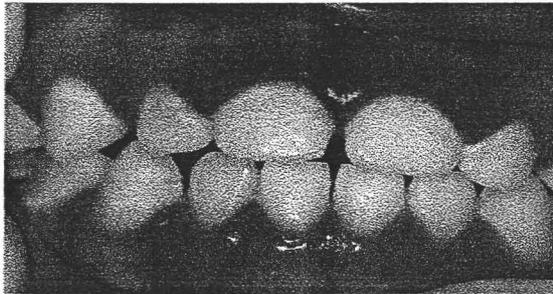
En China y Escocia la mayoría de las madres creen que el cepillado previene la caries, sin embargo, en los grupos culturales, no todos los niños se cepillan dos veces al día, en la comunidad China es sólo el 22% mientras que Escocia es el 76%.¹

6. PLACA DENTOBACTERIANA

6.1 PELÍCULA ADQUIRIDA

Ésta se forma después de cepillar un diente, se empiezan a depositar sobre superficies del esmalte, dentina y dientes artificiales, está formada de proteínas de origen salival tales como Lizosima, Peroxidasa, Amilasa y del fluido crevicular, por un proceso de absorción formándose una película acelular que varía de grosor entre 0.1 y 3 micrómetros.⁶

Aunque es muy delgada para contener bacterias en su interior, se ha sugerido que puede jugar un papel importante en la formación de la placa dental.¹



6.2 PLACA DENTAL

Fue descrita por primera vez por el Dr. J. León Williams, en 1897, dándosele un papel primordialmente criogénico.¹⁶

Ésta se caracteriza por acumulaciones blandas no calcificadas de organización de bacterias y azúcares sobre los dientes, surco gingival y alrededor de la lengua.⁶

La formación de placa viene a ser el resultado de una serie de procesos que involucran una variedad de microorganismos: *cocos*, *bastones*, y *espirilos* que se

acumulán sobre las superficies de los dientes que no tienen adecuada limpieza.¹⁶

La placa es una estructura muy compleja, con, gran variedad de bacterias en una matriz orgánica. Una gran parte de estas bacterias son *Streptococos* que tienen un papel importante para mantener el balance de la flora oral y prevenir el establecimiento de especies más patógenas.¹⁶

La placa se adhiere tan tenazmente a la superficie del diente, que no puede ser retirada con irrigación sola, sino que necesita un cepillo y un abrasivo. Como el color es ligeramente amarillento y translúcido, no se distingue pero puede ser visualizada con sustancias como azul de metileno, azul de toluidina, fucsina, y hematoxina que se conocen comúnmente como "reveladores de placa".¹⁶



7. MEDIDAS PREVENTIVAS

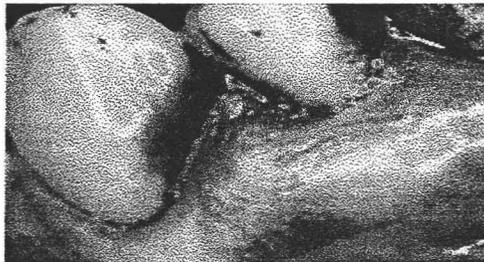
7.1 CONTROL DE PLACA BACTERIANA INTERPROXIMAL

El uso del hilo dental ha demostrado ser eficaz para el control de placa bacteriana interproximal lo que conlleva a los profesionales a enseñar a los padres y niños su utilización.¹⁴

acumulán sobre las superficies de los dientes que no tienen adecuada limpieza.¹⁶

La placa es una estructura muy compleja, con, gran variedad de bacterias en una matriz orgánica. Una gran parte de estas bacterias son *Streptococcus* que tienen un papel importante para mantener el balance de la flora oral y prevenir el establecimiento de especies más patógenas.¹⁶

La placa se adhiere tan tenazmente a la superficie del diente, que no puede ser retirada con irrigación sola, sino que necesita un cepillo y un abrasivo. Como el color es ligeramente amarillento y translúcido, no se distingue pero puede ser visualizada con sustancias como azul de metileno, azul de toluidina, fucsina, y hematoxina que se conocen comúnmente como "reveladores de placa".¹⁶



7. MEDIDAS PREVENTIVAS

7.1 CONTROL DE PLACA BACTERIANA INTERPROXIMAL

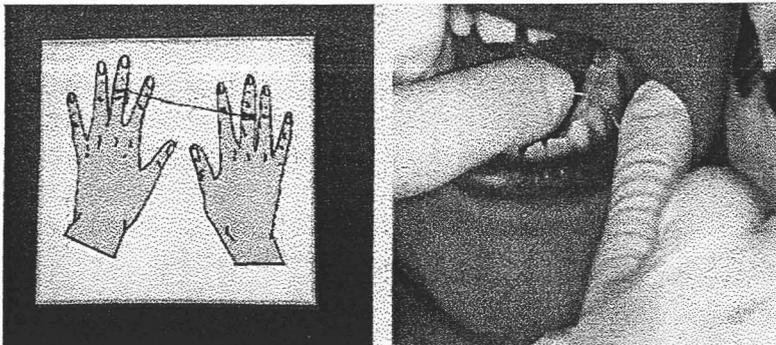
El uso del hilo dental ha demostrado ser eficaz para el control de placa bacteriana interproximal lo que conlleva a los profesionales a enseñar a los padres y niños su utilización.¹⁴

Es recomendable que el hilo dental mida de 25 a 45 cm, siendo enrollado alrededor del dedo medio de ambas manos, la distancia entre los dedos índices debe ser de 2 a 3 cm, los movimientos deben ser realizados en sentido vestibulolingual hasta el área de contacto, siendo ahora deslizado apicalmente dentro del surco gingival. La limpieza de esta región es obtenida por el movimiento del hilo dental de arriba hacia abajo y este debe estar abrazando la superficie interproximal.¹⁴

Existen varias presentaciones de hilo dental, encerado, no encerado, fino, cintas y en red (Superfloss); con sabor y sin sabor.

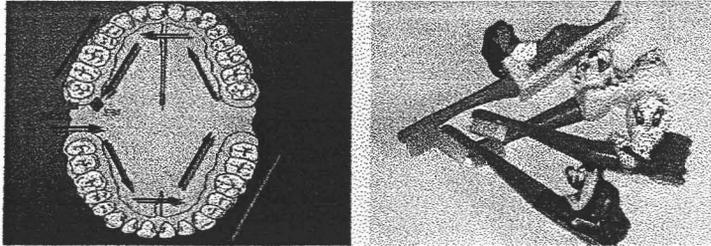
Existen dos tipos según su materia estructural y son:

- Hilo dental de nylon o multifilamentado
- Hilo dental PTFE monofilamentado.



7.2 TÉCNICAS DE CEPILLADO

Existen diferentes técnicas de cepillado que pueden ser indicadas en los niños, para elegir la más adecuada debemos de considerar la edad del niño, el interés y la habilidad del niño y del grupo familiar.¹⁴



POSICIÓN DE STARKEY

Es adoptada para niños de edad preescolar que cuenten con poca habilidad manual, se recomienda un posicionamiento específico del niño y de la madre.

La posición indicada por STARKEY es considerada ideal, consiste en que el niño permanezca de pie al frente y de espaldas a la madre, apoyando la cabeza contra ella, y la mano izquierda de la madre estabilice la mandíbula y la derecha sujete firmemente el cepillo dental para ejecutar los movimientos del cepillado.¹⁴



TÉCNICA DE FONES

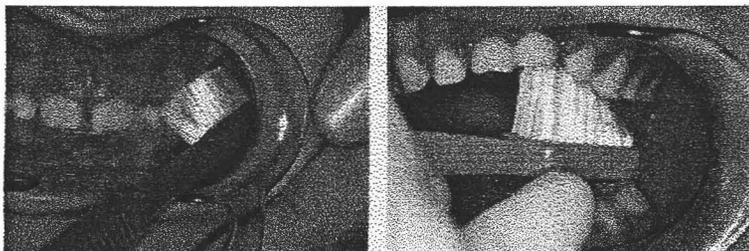
Está indicada para niños de edad preescolar que no presenten mucha habilidad, sean poco motivados y tengan poco tiempo para el cepillado.

En esta técnica los movimientos realizados en las superficies vestibulares, linguales o palatinas de las dientes son circulares y en las superficies oclusales e incisales son anteroposteriores. Para utilizar esta técnica en las fases vestibulares se recomienda que el niño o la madre sujeten el cepillo dental firmemente y realicen movimientos circulares de un lado a otro de la hemiarcada. Esta técnica facilita que el niño permanezca con la boca cerrada en esta fase del cepillado, lo cual es cómodo y evita que ingiera crema dental.

Los movimientos en las fases palatinas o linguales deben ser circulares, con excepción de la región palatina anterior, el cepillo debe ser colocado verticalmente en relación al eje central del diente, los movimientos en las

cartas vestibulares y linguales deben ser realizados 15 veces por área, con el propósito de remover la placa bacteriana.

El movimiento para las superficies oclusales e incisales en la técnica de FONES es anteroposterior, con el cepillo colocado de manera paralela al plano oclusal.¹⁴



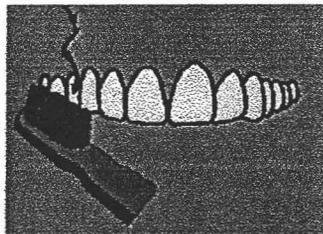
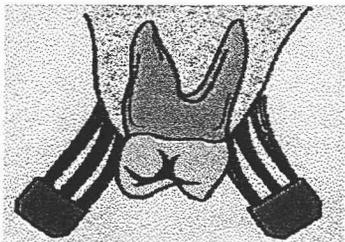
TÉCNICA DE STILLMAN MODIFICADA

Esta técnica está indicada para niños de edad escolar, que muestren una mejor habilidad manual y presenten más interés y motivación.

El cepillo es colocado en la región mucogingival, con el eje mayor de las cerdas apoyado lateralmente sobre la encía. Las cerdas se deslizan de la encía hacia oclusal e incisal, realizando un pequeño movimiento anteroposterior en la región punto de contacto.

La cara oclusal es cepillada con movimientos anteroposteriores, para la cara palatina anterior, debe colocarse el cepillo en posición vertical con la finalidad de facilitar los movimientos.

Esta técnica se basa en movimientos vibratorios de las cerdas, combinados con movimientos de deslizamiento del cepillo en sentido al eje axial de los dientes, este movimiento debe ser repetido de 20 a 25 veces para cada grupo de dientes a ser cepillados.¹⁴

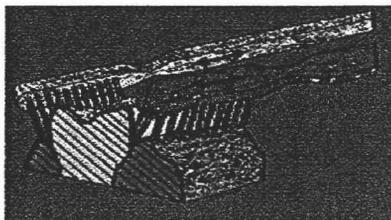


TÉCNICA DE BASS

Esta técnica, debido a su dificultad de ejecución, está indicada sólo en pacientes con aparatología ortodóncica fija, se recomienda que las cerdas del cepillo sean colocadas directamente sobre el surco gingival, formando un ángulo de 45° con relación al eje del diente, con esta posición serán ejecutados movimientos vibratorios anteroposteriores de pequeña amplitud, estos deben realizarse 15 veces por cada región cepillada.

La posición de las cerdas debe ser horizontal al higienizar las superficies vestibulares y superficies linguales de los dientes.

La posición vertical es requerida para higienizar las superficies linguales de los incisivos superiores e inferiores. En esta técnica también se indican movimientos anteroposteriores sobre las superficies oclusales e incisales.¹⁴



7.3 FLUORUROS

El papel del flúor en la prevención de la caries dental está ampliamente demostrado, no obstante, su mecanismo de actuación no se le conoce del todo, a pesar de haberse publicado más de 20.000 artículos y libros sobre sus propiedades⁹

El flúor es el más electronegativo de los elementos y es tan intensamente reactivo que no se le encuentra en estado puro, sino en compuestos.

Numerosos estudios clínicos demuestran que la presencia de fluoruro a niveles suficientes en los líquidos orales disminuye la susceptibilidad a la caries.

Posiblemente, la acción cariostática de los fluoruros sea el resultado de una combinación de las tres teorías más aceptadas:

1. La incorporación del fluoruro a la hidroxiapatita, dando lugar a la fluorapatita.
2. Disolución menor del esmalte cuando el fluoruro está presente en la fase acuosa que rodea el esmalte.
3. Acción inhibitoria de la formación y la colonización de las bacterias.

Los efectos más beneficiosos van a obtenerse combinando diferentes formas de administración para alcanzar los niveles preventivos.⁸

MÉTODO SISTÉMICO

Su utilización sistémica es considerada cuando es analizado su efecto tópico sobre el esmalte dental. Cuando se ingiere agua fluorada, el fluoruro entra en contacto con los dientes en la cavidad bucal, después de ser ingerida, el flúor es rápidamente absorbido, entra al torrente sanguíneo saturándose en los huesos y apareciendo en la cavidad bucal a través de la saliva y del fluido gingival.¹⁴

La concentración óptima de flúor en el agua potable es de 1pp (1mg/l).¹⁵

MÉTODO TÓPICO

Es el más utilizado cuando es necesario de manera constante en la cavidad bucal, dentro de los métodos tópicos están los dentífricos, soluciones para enjuagues, geles, barnices y pastas profilácticas. Todos los productos encontrados en la actualidad contienen fluoruros en concentraciones equivalentes a 1 100ppm. La gran mayoría de las pastas dentales han probado concentraciones de aproximadamente 1.000ppm.¹⁴

Se puede observa que a través de la acción tópica de los fluoruros, presentes de manera constante en la cavidad bucal, serán obtenidos los mejores resultados de reposición de pérdidas iónicas y prevención del desarrollo de la caries dental.¹⁴

La aplicación tópica realizada por el profesional consiste en :

1. Profilaxis
2. Aislamiento con rollos de algodón
3. Secado con aire.
4. Aplicación de flúor al 2% por 3 –4 min.

Los **GELES** FPA al 1,23% son los más utilizados en la actualidad; su concentración es de 12.300 ppm o 1.3mg; puede ser administrado sólo por el profesional.¹⁵



Los **BARNICES**, fueron diseñados para prolongar el tiempo de contacto entre flúor y esmalte. Los más conocidos son Duraphat es de 22.600 ppm y el Fluorprotector de 7000ppm.¹⁵



La OMS, con las tendencias actuales de los resultados de la fluoración, resume así sus efectos.

- Seis veces más niños libres de caries.
- Prevalencia de caries disminuida en 60%.
- Disminución de 75% de molares de seis años extraídos.
- Disminución de caries proximal de incisivos superiores en un 95%.¹⁵

FLUOROSIS DENTAL

Se da por la sobredosis crónica de flúor puede afectar a la dentición y a los huesos.

La fluorosis dental es un estado de hipoplasia del esmalte caracterizado por manchas blanquecinas y depresiones marrones que dan un aspecto antiestético al diente. Parece ser que los niveles muy altos de fluoruro obstruyen el proceso de calcificación de la matriz del esmalte.⁹

Para evitar problemas de fluorosis que impliquen alteraciones de esmalte severo, debemos utilizar racionalmente el fluoruro. Considerando que es un medicamento y sólo debe ser utilizado en caso de existir enfermedad¹⁴

Los fluoruros son un medio eficaz para el control del proceso de caries cuando está asociado a otras medidas preventivas, sin embargo sólo debe ser utilizado por el profesional cuando realmente es necesario.¹⁴



7.4 SELLADORES DE FOSETAS Y FISURAS

La aplicación de estos se realiza según la morfología de los molares con fosas y fisuras marcadas y los deficientes hábitos de limpieza donde se acumulan restos de alimento y bacterias que provocan la aparición de caries.⁸

Los sellantes actualmente utilizados son a base de Bis-GMA, bisfenol a-glicidil metacrilato.¹⁵

La preparación del diente tratado debe hacerse eliminando todo resto de detritos.

- ✓ Profilaxis de la zona fisurada del diente.
- ✓ Lavar y secar perfectamente.
- ✓ Aislamiento absoluto.
- ✓ Grabado con ácido durante 15 seg.
- ✓ Lavado de Spray agua-aire y secado durante 15 seg.
- ✓ Aplicación del esmalte según las instrucciones del fabricante.
- ✓ La polimerización química es de 60 seg. a partir de la mezcla inicial.
- ✓ La fotopolimerización es aproximadamente de 15 a 20 seg.
- ✓ El espesor del sellado no debe interferir con la oclusión. 15



7.5 CLORHEXIDINA

El gluconato de clorhexidina (CHX) es una bisbiguanidinas catiónica, con un espectro antimicrobiano muy amplio. Es el agente más efectivo en la placa bacteriana, con una disminución del 60%, un enjuagatorio produce una baja de microorganismos que se mantiene por lo menos 7 hrs.¹

La CHX puede ser usada por meses y retiene su actividad, permaneciendo los *streptococos* sensibles a su acción. En terminos generales, una aplicación de gel al 1% por 5 min, por 14 días, permite los conteos de *Streptococcus Mutans* por 3 meses.¹⁵

La principal desventaja es el sabor y una barrera a su uso prolongado es la producción de tinciones, lo cual requiere a veces de profilaxis profesional

8. MORFOLOGÍA DENTARIA

Los primeros dientes que erupcionan, son los dientes temporales, y presentan algunas características muy diferentes a los dientes permanentes, las coronas de los dientes anteriores son más anchas que largas, las coronas y raíces de los molares son más pequeñas mesiodistalmente en cervical, (el cuello es más estrecho), el tamaño de la cámara pulpar y de los conductos radiculares son proporcionalmente grandes y los cuernos pulpares se proyectan bajo las cúspides de forma marcada, además de ser más blancos que los permanentes

Otra diferencia importante entre la dentición temporal y permanente es el número, la primera consta de 20 dientes y la segunda de 32.

7.5 CLORHEXIDINA

El gluconato de clorhexidina (CHX) es una bisbiguanidinas catiónica, con un espectro antimicrobiano muy amplio. Es el agente más efectivo en la placa bacteriana, con una disminución del 60%, un enjuagatorio produce una baja de microorganismos que se mantiene por lo menos 7 hrs.¹

La CHX puede ser usada por meses y retiene su actividad, permaneciendo los *streptococos* sensibles a su acción. En terminos generales, una aplicación de gel al 1% por 5 min, por 14 días, permite los conteos de *Streptococcus Mutans* por 3 meses.¹⁵

La principal desventaja es el sabor y una barrera a su uso prolongado es la producción de tinciones, lo cual requiere a veces de profilaxis profesional

8. MORFOLOGÍA DENTARIA

Los primeros dientes que erupcionan, son los dientes temporales, y presentan algunas características muy diferentes a los dientes permanentes, las coronas de los dientes anteriores son más anchas que largas, las coronas y raíces de los molares son más pequeñas mesiodistalmente en cervical, (el cuello es más estrecho), el tamaño de la cámara pulpar y de los conductos radiculares son proporcionalmente grandes y los cuernos pulpares se proyectan bajo las cúspides de forma marcada, además de ser más blancos que los permanentes

Otra diferencia importante entre la dentición temporal y permanente es el número, la primera consta de 20 dientes y la segunda de 32.

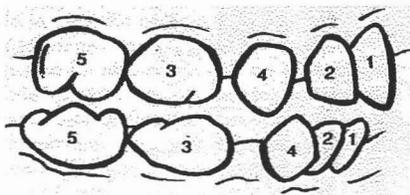
9. CRONOLOGÍA DEL DESARROLLO DE LA DENTICIÓN TEMPORAL

La erupción dentaria es el proceso por el cual los dientes hacen aparición en la boca y se considera un proceso de maduración biológica. Los dientes temporales comienzan a hacer su aparición en la boca a los 6 meses y su secuencia eruptiva es la siguiente.

Erupción promedio de edad en meses.

DIENTES INFERIORES		SUPERIORES
Incisivo central	10(8-12)	8(6-10)
Incisivo lateral	11(9-13)	13(10-16)
Canino	19(16-22)	17(15-21)
Primer molar	M 16(13-19) F 29(25-33)	16(14-18)
Segundo molar	29(25-33)	M 27(23-31) F 24-30

Cronología dental temporal



10. CEO Y COP

Con base en el número de dientes afectados de cada individuo podemos medir la experiencia de caries dental así como la pérdida y obturación de los dientes ;en la dentición temporal según la cantidad de dientes cariados ,extraídos y obturados se le denomina **ceo** y para los dientes permanentes utilizamos el **CPO** (Número de dientes cariados , perdidos y obturados.

11. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A la caries dental se le considera un problema de salud pública en la población infantil, asociada principalmente a dietas altas en carbohidratos y azúcares, elementos importantes que influyen en la prevaencia y avance de lesiones cariosas.

No obstante una de las causas de la severidad de la caries dental en edad preescolar es la mala higiene bucodental de los padres por falta de conocimiento e información, siendo principalmente ellos quienes exponen a los niños a factores de riesgo que posteriormente afectarán la dentición temporal, que si no se tienen las medidas preventivas necesarias, el preescolar seguirá adquiriendo los malos hábitos familiares, ocasionando caries en la dentición permanente.

La caries dental es una enfermedad infecciosa multifactorial que afecta a los tejidos duros de los dientes y tiene graves consecuencias en la población infantil ya que puede ocasionar pérdida prematura de los dientes temporales, causando problemas en la dentición permanente principalmente apiñamiento y maloclusiones.

Este problema se ha incrementando día con día porque la mayoría de las personas no tiene el conocimiento adecuado sobre lo importante que es mantener la salud dental, debido a la falta de promoción para la población sobre programas de prevención de salud bucal, por tal motivo se interesan poco sobre el tema de su salud bucodental.

Esto nos lleva a una constante búsqueda de estrategias para disminuir el riesgo de caries dental, con métodos preventivos como fluoración de aguas, dietas bajas en carbohidratos y azúcares e higiene bucal. Se deben utilizar estos métodos desde edades tempranas ya que es en esta etapa la más fácil de motivar a los niños creando con mayor facilidad buenos hábitos y concientizar a las familias de informarse sobre medidas preventivas, y brindarles así una buena alimentación, evitando el uso prolongado de biberón y chupetes endulzados.

12. JUSTIFICACIÓN

El principal problema de salud bucodental en la edad preescolar es la falta de motivación de los niños para asumir su responsabilidad en la higiene bucal, debido a que la mayoría de ellos necesitan la ayuda de sus padres para cepillarse los dientes y muchas veces los padres no tienen conciencia para mantener una buena higiene bucal proporcionándoles a los niños malos hábitos, teniendo como consecuencia problemas bucodentales como caries dental siendo esta una de las enfermedades de mayor severidad y trascendencia en la edad preescolar.

A pesar del poco conocimiento, en esta etapa existen niños que muestran interés sobre higiene bucal según la motivación de los padres, así como también pueden mostrarse indiferentes y temerosos ante una revisión dental.

Este problema se ha incrementando día con día porque la mayoría de las personas no tiene el conocimiento adecuado sobre lo importante que es mantener la salud dental, debido a la falta de promoción para la población sobre programas de prevención de salud bucal, por tal motivo se interesan poco sobre el tema de su salud bucodental.

Esto nos lleva a una constante búsqueda de estrategias para disminuir el riesgo de caries dental, con métodos preventivos como fluoración de aguas, dietas bajas en carbohidratos y azúcares e higiene bucal. Se deben utilizar estos métodos desde edades tempranas ya que es en esta etapa la más fácil de motivar a los niños creando con mayor facilidad buenos hábitos y concientizar a las familias de informarse sobre medidas preventivas, y brindarles así una buena alimentación, evitando el uso prolongado de biberón y chupetes endulzados.

12. JUSTIFICACIÓN

El principal problema de salud bucodental en la edad preescolar es la falta de motivación de los niños para asumir su responsabilidad en la higiene bucal, debido a que la mayoría de ellos necesitan la ayuda de sus padres para cepillarse los dientes y muchas veces los padres no tienen conciencia para mantener una buena higiene bucal proporcionándoles a los niños malos hábitos, teniendo como consecuencia problemas bucodentales como caries dental siendo esta una de las enfermedades de mayor severidad y trascendencia en la edad preescolar.

A pesar del poco conocimiento, en esta etapa existen niños que muestran interés sobre higiene bucal según la motivación de los padres, así como también pueden mostrarse indiferentes y temerosos ante una revisión dental.

Considerando que la higiene bucal en general es básica para mantener una buena salud bucodental, es indispensable promover programas de educación bucal a los padres y maestros para fomentar la salud bucal de los niños, es en esta etapa donde los preescolares adquieren hábitos y puesto que pasan un buen tiempo en la escuela y en su casa, deben estar profundamente informados padres de familia y maestros teniendo los mínimos conocimientos y habilidades para crear en los pequeños interés por el bienestar de sus dientes, y mantenerlos sanos para que la educación sea de forma ininterrumpida.

Con este programa se pretendió disminuir el número de preescolares de la escuela "Ignacio Ramírez" afectados por higiene deficiente que conlleva a caries dental, es necesaria la prevención de enfermedades bucales a nivel masivo, grupal e individual, debe orientarse al mejoramiento de hábitos higiénico-alimentarios, eliminación de hábitos nocivos para la conservación de ambas denticiones, vigilar el consumo de fluoruros así como el diagnóstico y tratamiento oportuno y control del problema.

13. HIPOTESIS

- **H1** La prevalencia de caries dental en preescolares es mayor en los niños que en las niñas.
- **Ho** La prevalencia de caries dental en preescolares es mayor en las niñas que en los niños.
- **Ha** La prevalencia de caries dental es igual en niños y niñas de edad preescolar.

14. OBJETIVOS

14.1 Objetivo General.

- Determinar la prevalencia de caries dental en preescolares inscritos en una institución pública y el nivel de conocimiento sobre salud bucodental.

14.2 Objetivos Específicos.

- Determinar la prevalencia de caries de la Institución por edad y sexo.
- Identificar los factores de riesgo para caries en los encuestados.
- Determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucodental utilizando la escala de Likert por sexo.

15. METODOLOGÍA

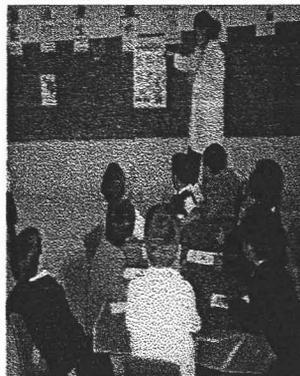
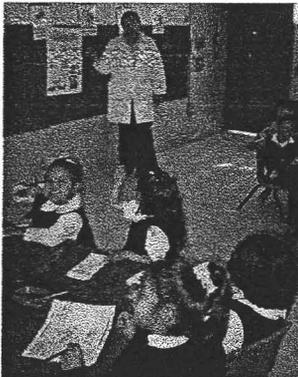
15.1 MATERIALES Y METODOS

Para la presente investigación, se realizó comunicación formal con la directora del plantel Profra. Norma López Coquis para la autorización de dicha investigación y llevar a cabo las encuestas con los preescolares.

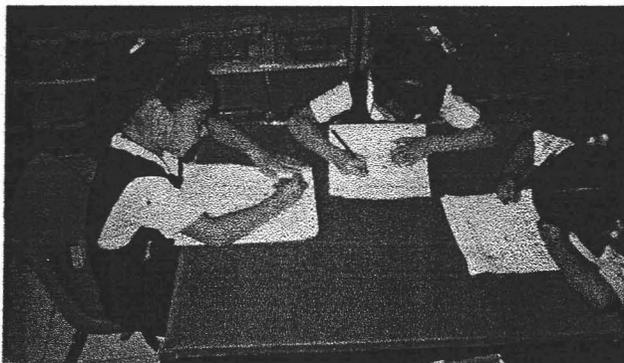
Esta Investigación se realizó con preescolares del jardín de niños "Ignacio Ramírez" turno matutino.



Se repartieron varios cuestionarios uno con información sociodemográfica y epidemiológica como edad, sexo, calidad y conocimiento sobre higiene bucal y frecuencia en el consumo de dulces y refresco y otros cuestionarios para valorar el conocimiento sobre salud bucal, se realizó una preevaluación para valorar el conocimiento sobre salud bucal y posterior a la platica , audiovisuales y entrega de un tríptico didáctico para preescolares se les realizó una postevaluación para medir el conocimiento adquirido durante nuestra visita .



Esto se realizó con la escala de Likert , el cual consiste en una escala para medir las actitudes de cada individuo así como la predisposición aprendida para obtener resultados favorables o desfavorables.



Igualmente se les realizó una revisión bucal para determinar el ceo y en algunos casos CPO, esta exploración bucal se realizó con abate lenguas, guantes desechables dicha información se registró en una hoja con odontograma para cada preescolar.



15.2 TIPO DE ESTUDIO

Transversal, descriptivo.

15.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Preescolares del jardín de niños "Ignacio Ramírez" turno matutino.

15.4 MUESTRA

Preescolares de sexo femenino y masculino de entre 4 y 6 años de 2 grupos de preescolar turno matutino.

Femenino =31

Masculino =29

15.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Preescolares de sexo femenino y masculino del turno matutino, que tengan entre 4 y 6 años cumplidos que deseen participar.

15.6 CRITERIOS DE EXCLUSION

Alumnos que no estén inscritos en la escuela, no sean del turno matutino
Tengan menos de 4 y más de 6 años y que no deseen participar.

15.7 VARIABLE INDEPENDIENTE

Edad

Sexo

Factores de riesgo como, hábitos alimenticios e higiene bucal deficientes.

15.8 VARIABLE DEPENDIENTE

Caries dental

15.9 RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

Tutora C.D María Concepción Ramírez Soberón

Asesora C.D. .Rebeca Acitores Romero.

RECURSOS MATERIALES

Se utilizarón encuestas, lápices, crayolas, bolígrafos, un tríptico para los preescolares abate lenguas, guantes, cubre bocas, computadora, proyección sobre salud bucal "El ratón de los dientes en CD, y poster didáctico de técnicas de cepillado.

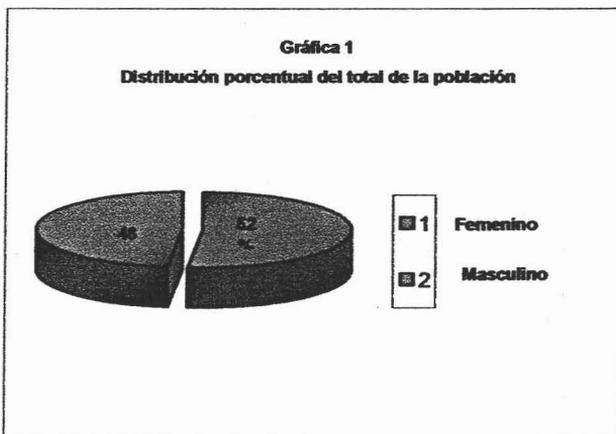
RECURSOS FINANCIEROS

A cargo de la alumna Erika Araceli Castillo Pérez

16. RESULTADOS

Se realizaron 60 encuestas a preescolares de 4 y 6 años de edad del jardín de niños "Ignacio Ramírez"

En relación total al género el 52% correspondió al sexo femenino y el 48% sexo masculino. (Gráfica 1 y cuadro 1)



Fuente directa

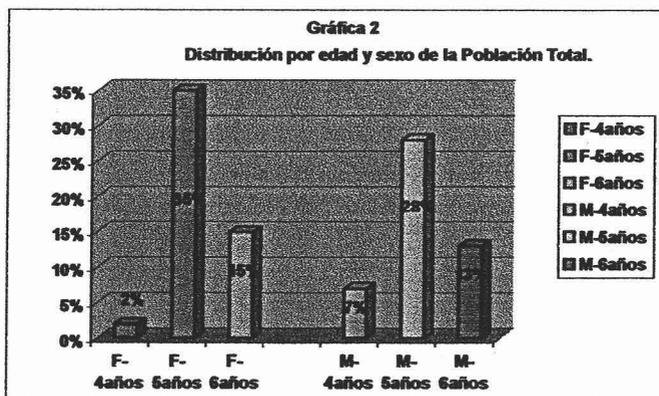
Cuadro 1
Distribución porcentual de la población total por sexo

Sexo	No.	%
Femenino	29	48%
Masculino	31	52%
Total	60	100%

Fuente directa

En relación a la edad el 2% corresponde al total de preescolares de sexo femenino de 4 años, el 35% de 5 años y el 15% a preescolares de 6 años de edad.

Por otra parte, el 7% corresponde al total de preescolares de sexo masculino de 4 años, el 28% de 5 años y el 13% a preescolares de 6 años de edad. (Gráfica 2)



Fuente directa

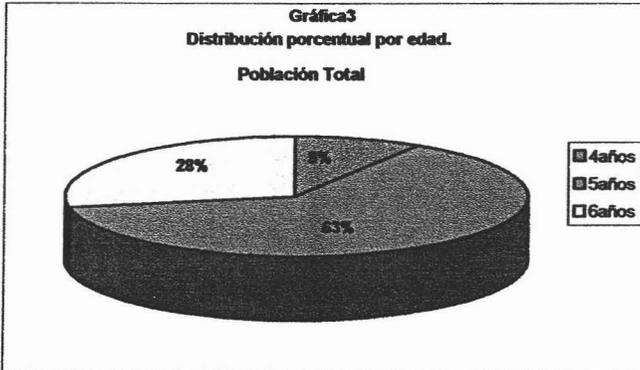
Cuadro 2

Distribución porcentual por edad y sexo de la población total

Edad	4 años	5 años	6 años
Femenino	1 (2%)	21 (35%)	9 (15%)
Masculino	4 (7%)	17 (28%)	8 (13%)
Total	5 (9%)	38 (63%)	17 (28%)

Fuente Directa

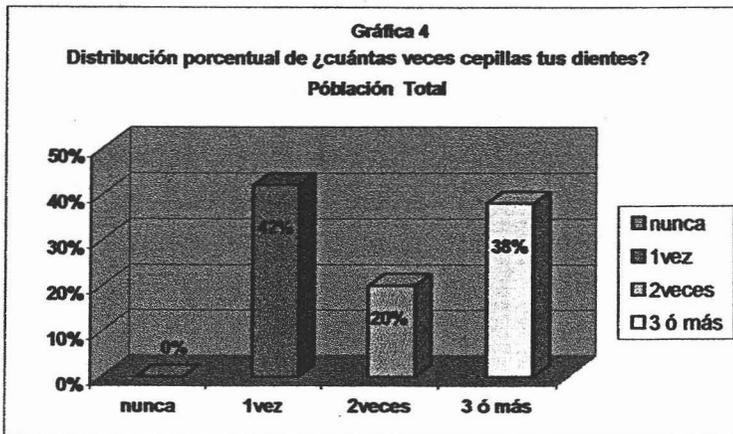
Obteniendo un porcentaje total de la población preescolar por edad de: 9% de 4 años, 63% de 5 años y 28% de 6 años de edad. (Gráfica 3)



Fuente directa

Con base en la encuesta aplicada a la Población Total, las preguntas más relevantes en los preescolares fueron:

***Pregunta: ¿Cuántas veces cepillas tus dientes?** El 42% respondió que cepillaba sus dientes 1 vez al día, el 20% 2 veces al día y 38% 3 o más, nadie respondió que nunca se cepillaba los dientes. (Gráfica 4 y cuadro 3)



Fuente directa

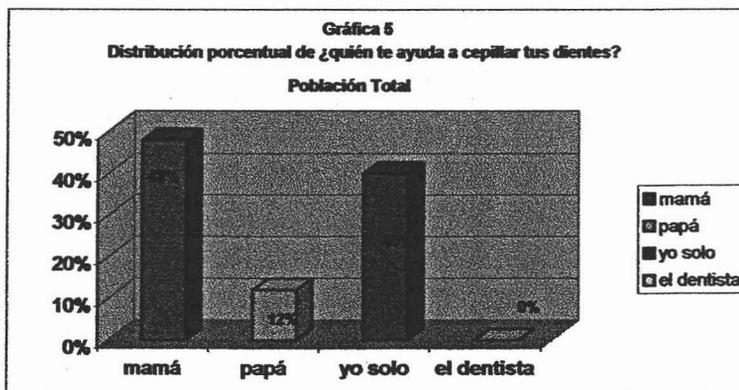
ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Cuadro 3
Distribución porcentual de: ¿Cuántas veces cepillas tus dientes?

No. de veces	No.	%
Nunca	0	0%
1 vez	25	42%
2 veces	12	20%
3 veces o más	23	38%
Total	60	100%

Fuente directa

*Pregunta: ¿Quién te ayuda a cepillar tus dientes? El 48% respondió mamá, el 12% papá, el 40% ellos solos y el 0% el dentista (Gráfica 5 y cuadro 4)



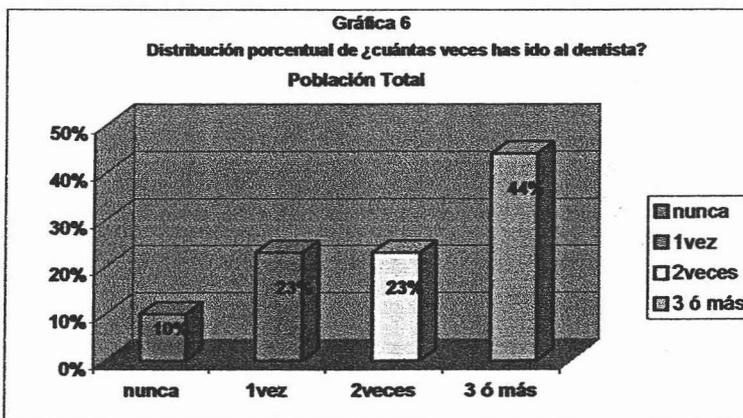
Fuente directa

Cuadro 4
Distribución porcentual de: ¿Quién te ayuda a cepillar tus dientes?

Persona	No.	%
Mamá	29	48%
Papá	7	12%
Yo sólo	24	40%
El dentista	0	0
Total	60	100%

Fuente directa

***Pregunta: ¿Cuántas veces has ido al dentista?** El 10% respondió que nunca ha visitado al dentista, el 23% 1 vez, el 23% 2 veces y el 44% 3 veces o más ha visitado al dentista.(Gráfica 6 y cuadro 5)



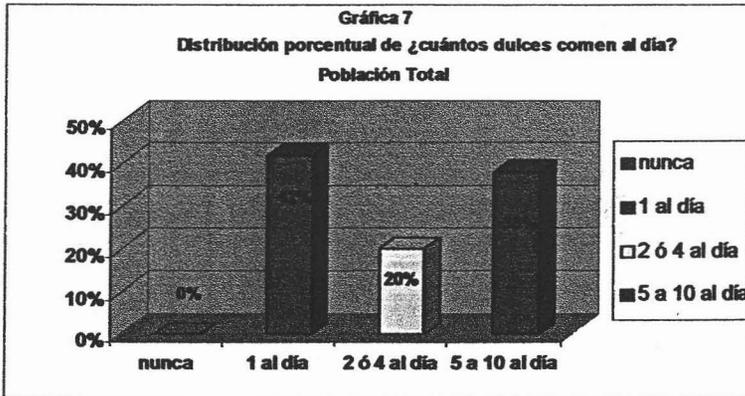
Fuente directa

Cuadro 5
Distribución porcentual de: ¿Cuántas veces has ido al dentista?

No. de veces	No.	%
Nunca	6	10%
1 vez	14	23%
2 veces	14	23%
3 o más	26	44%
Total	60	100%

Fuente directa

*Pregunta: ¿Comes dulces? El 0% respondió nunca, el 42% 1 dulce al día, el 20% de 2 a 4 dulces al día, y el 38% de 5 a 10 dulces al día. (Gráfica 7 y cuadro 6)



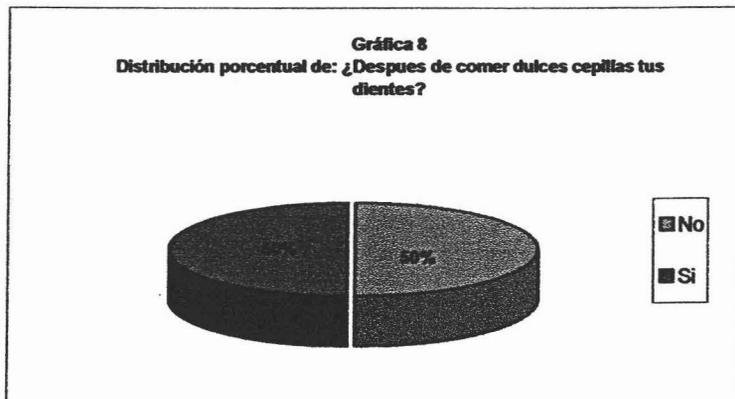
Cuadro 6

Distribución porcentual de: ¿Comes dulces?

Ingesta de dulces	No.	%
Nunca	0	0%
1 al día	10	42%
2 a 4 al día	7	20%
5 a 10 al día	12	38%
Total	60	100%

Fuente Directa

*¿Después de comer estas golosinas cepillas tus dientes? El 50% respondió que si cepillaba sus dientes y el otro 50% respondió que no cepillaba sus dientes después de comer golosinas (Gráfica 8)



Fuente directa

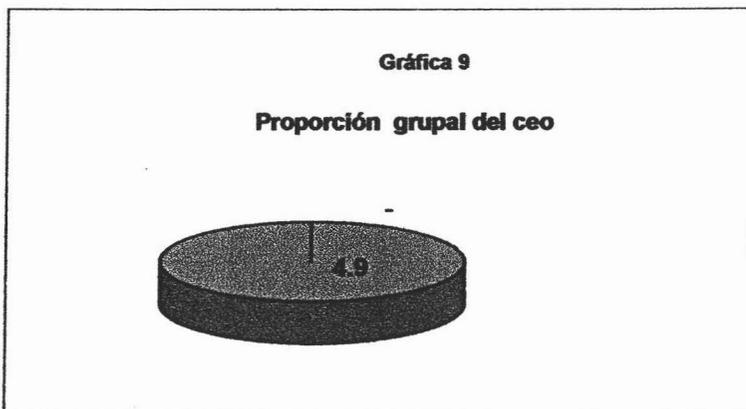
Cuadro 7
Distribución porcentual de: ¿Después de comer estas golosinas cepillas tus dientes?

Respuesta	No.	%
Si	30	50%
No	30	50%
Total	60	100%

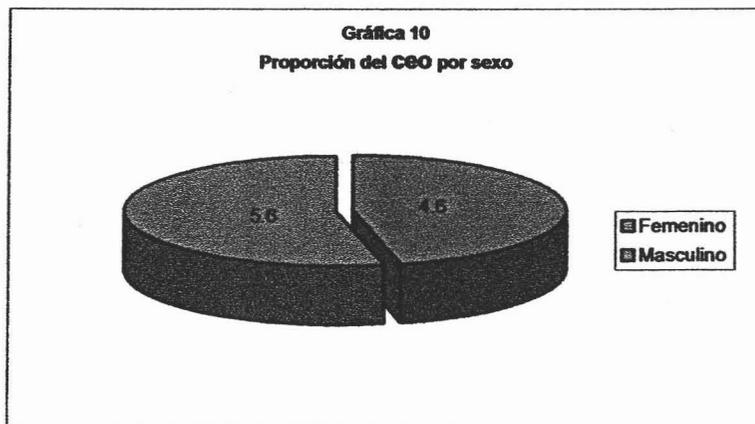
Fuente Directa

PREVALENCIA DE CARIES DENTAL EN NIÑOS Y NIÑAS

En la exploración clínica realizada en preescolares, se reportó un **ceo** grupal de 4.9, presentando 4.6 el sexo femenino y 5.3 sexo masculino .(Gráfica 9 . 10 y cuadros 8,9 y 10



Fuente directa



Cuadro 8***CEO d por componentes sexo femenino***

Condición	No.	Proporción
C	86	2.96
E	6	0.20
O	63	2.17
Total	155	5.3

Dientes sanos= 474 15.29 Fuente directa

Cuadro 9***CEO d por componentes sexo masculino***

Condición	No.	Proporción
C	188	3.13
E	10	0.16
O	100	1.66
Total	298	4.9

Dientes sanos = 395 13.63 Fuente directa

Cuadro 10***CEO d por componentes grupal***

Condición	No.	Proporción
C	102	3.29
E	4	0.12
o	37	1.19
Total	143	4.6

Dientes sanos=869 14.48 Fuente directa

ESCALA DE LIKERT

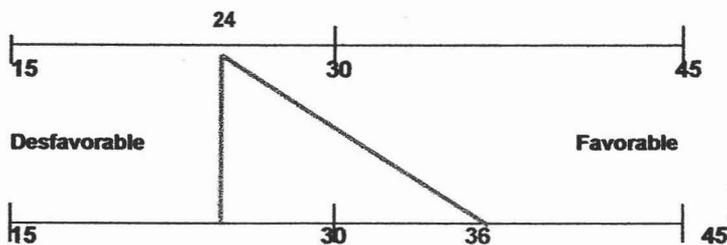
En este estudio se realizó una preevaluación sobre conocimientos de salud bucal con un puntaje máximo de 45 en una escala de 15 a 45 puntos, presentando un puntaje de 24, posteriormente se le dio una platica y se les aplicó una postevaluación en la que se demostró un incrementó de 12 puntos teniendo un cambió significativo de 36 puntos.(Gráfica 11)

Con base en los resultados obtenidos en la preevaluación sobre el conocimiento de salud bucal se corrobora que el sexo femenino presentó mayor conocimientos con un puntaje de 25 a diferencia del sexo masculino²³, presentando un avance significativo en la postevaluación con un puntaje de 36 en ambos sexos.(Gráfica 12 y 13)

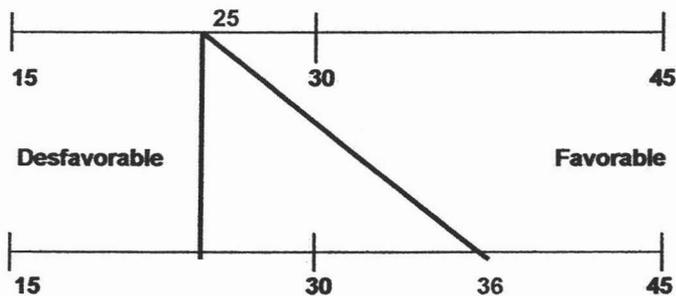
Esto lo expresamos con la escala de Likert

Gráfica 11
Escala de Likert

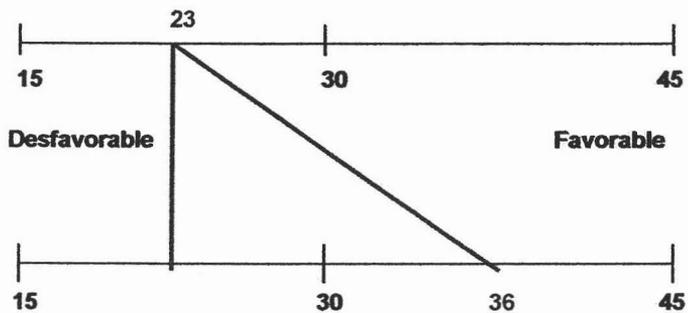
Población Total



Gráfica 11
Escala de Likert sexo femenino



Gráfica
Escala de Likert sexo masculino



17. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede concluir que efectivamente el índice de caries en preescolares de la escuela "Ignacio Ramírez " es mayor en los niños que en las niñas, en las encuestas de preevaluación se puede observar que aunque muy vago tanto en niñas como en niños tenían algún conocimiento de salud bucal, con las platicas e información que se les proporcionó se puede probar que hubo un aumento en cuanto a adquisición de conocimiento, siendo este un poco mayor en los niños.

En la mayoría de los casos, los preescolares necesitan la ayuda de sus padres para llevar a cabo una buena higiene bucal, así como también necesitan de motivación por parte de los padres y maestros.

Todo esto nos motiva a implementar programas de salud bucal para alumnos maestros y padres de familia, que ayudará a alcanzar un excelente salud bucal, así como crear hábitos eficientes que utilicen en la vida diaria. Estos programas deberán ser aplicados en forma continua y permanente para formar jóvenes concientes de su autocuidado bucal y lograr que la prevención sea prioritaria en nuestro país.

18. BIBLIOGRAFÍAS

1. PINE, C. Perspectivas Internacionales dirigidas a la prevención de caries, p.1-6, Revista de la Universidad de Dundee, Escocia, 25 Abril 2001.
2. Revista de Saúde Pública Print SIN No. 0034-8910 Vol.27.
3. SAENZ, M. Revista Medicina Oral, L.P. 199,1(1):09-12.
4. ROJAS R.V. Estudio Epidemiológico de la caries.
5. Revista de Congresos de investigación en salud pública; Instituto Nacional de Salud Pública, Marzo 2003 .p.101.
6. SEIF, R.T. Cariología. Prevención, diagnóstico y tratamiento contemporáneo de la caries. Ed. Actualidades médico odontológicas Latinoamericana, 1ª edición. Colombia. 1997. pp.44-50,59,72-78.
7. Revista Profesión Dental, Caries de la Infancia temprana: etiología, factores de riesgo y prevención. P.1-14.
8. BARBERIA L.E. y Col. Odontopediatría. Ed. MASSON, S.A. España. 1995. pp. 173-191. Valera M Problemas Bucodentales en Pediatría Ed. Ergon, S.A., Madrid 1999. p.p.60-70.
10. WALTER, F. Odontología para el bebé. Ed. AMOLGA , 1ª edición, 200p.p 95-100.
11. PIEDROLA G. et al Medicina Preventiva y Salud Pública, 9ª edición Barcelona, Ed. Científicas y Técnicas 1991.
12. MARCELA F., Diccionario de Odontología, 2ª edición ,Ed Médica Panamericana
13. KATZ, McD., Odontología Preventiva en Acción, 3ª edición, Ed Fontana, México D.F. 1997, P.P. 37.38.
14. GUEDES-Pinto A. Rehabilitación bucal en Odontopediatría Atención integral, 1ª edición Ed. Actualidades Médico Odontológicas AMOLGA, 2003. pp.63-69.
15. ESCOBER M.F., Odontología Pediátrica , 2ª edición Ed AMOLGA 2004 .
16. RODRIGUEZ A.C. Parodoncia 6ª edición Ed. Méndez Editores, México 1999. p.p 125.129.

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
JEFATURA DE ODONTOLOGÍA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

Asunto: Solicitud de colaboración
Oficio: 051/01/05

Mtra. Norma López Coquis
Directora del Jardín de Niños Ignacio Ramírez
Presente

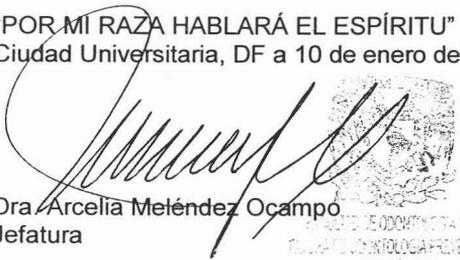
Por este conducto, la que suscribe, Dra. Arcelia Meléndez, Jefe del Departamento de Odontología Preventiva y Salud Pública de la Facultad, me dirijo a Ud. con el objeto de solicitar su anuencia para que la alumna Castillo Pérez Erika, alumna del Seminario de Titulación en Epidemiología y Salud Pública de nuestra Facultad desarrolle su trabajo de Tesis **Prevalencia de Caries dental y conocimientos sobre Salud bucal en preescolares de una institución pública del DF.**

El estudio será el contexto del desarrollo de un estudio epidemiológico en una muestra de preescolares durante el mes de febrero y marzo y esta actividad no interferirá en las actividades académicas propia de escuela.

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 10 de enero del 2005.


Dra. Arcelia Meléndez Ocampo
Jefatura



S. E. P.
DIREC. ORAL DE EDUC. PREESCOLAR
JARDIN DE NIÑOS M-62-158
"IGNACIO RAMIREZ"
C. C. T. 09DJN04831
SECTOR II
DELEG. XOCHIMILCO

Recibi original
21-02-05


Profa. Norma López Coquis

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA**

NOMBRE _____

EDAD.

1. 4 años 2. 5 años 3. 6 años

SEXO

1.  F 2.  M

1. ¿Cuántas veces cepillas tus dientes?

- 1). Nunca 2). 1 vez 3). 2 veces 4). 3 ó más.



2. ¿Quién te ayuda a cepillar tus dientes?

- 1). Mamá 2). Papá 3). Yo solo 4). El dentista



3. ¿Quién te enseñó a cepillar tus dientes?

- 1). Mamá 2). Papá 3). Yo solo 4). El dentista



4. ¿Cuántas veces has ido al dentista?

- 1). Nunca 2). 1 vez 3). 2 veces 4). 3 ó más



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA**

NOMBRE _____

EDAD.

1. 2. 3.

SEXO

1.  2. 

1. ¿Cuántas veces cepillas tus dientes?

- 1). Nunca 2). 1 vez 3). 2 veces 4). 3 ó más.



2. ¿Quién te ayuda a cepillar tus dientes?

- 1). Mamá 2). Papá 3). Yo solo 4). El dentista



3. ¿Quién te enseñó a cepillar tus dientes?

- 1). Mamá 2). Papá 3). Yo solo 4). El dentista



4. ¿Cuántas veces has ido al dentista?

- 1). Nunca 2). 1 vez 3). 2 veces 4). 3 ó más



5.-¿Con que te cepillas tus dientes?

- 1). Cepillo dental 2). Escoba 3). Gasa 4). Dedo



6.-¿Qué usas para cepillar tus dientes?

- 1).pasta, cepillo y agua 2). Agua 3).Pasta 4). Jabón

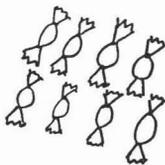


7.-¿Te han aplicado fluoruro?

- 1). SI 2). NO

8.-¿Comes dulces?

- 1). Nunca 2). 1 3). 2 a 4 al día 4). 5 a 10 al día



9.-¿Tomas refresco?

- 1).Nunca 2). 1vaso 3). 2 vasos 4). 1litro refresco.



10.-¿Después de comer estas golosina cepillas tus dientes?

- 1). NO 2). SI

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

NOMBRE _____

EDAD. 4 años 2.- 5 años 3.- 6 años

SEXO 1.-  F  M

1. Es necesario cepillar los dientes para mantenerlos sanos



2. Tener los dientes sanos no es importante para mí.



3. Si no cepillas tus dientes se enferman.



4. El dentista es mi amigo.



5. El cepillo dental daña a mis dientes porque los ralla.



6. El cepillo dental debe cambiarse cuando este despeinado.



7. Me debo cepillar mis dientes con jabón.



8. La caries dental hace más fuertes a mis dientes.



9. Si como dulces debo cepillar mis dientes.



10. Es malo cepillar mis encías porque puedo hacerlas sangrar.



11.-La caries dental enferma a mis dientes.



12. Cepillar mis dientes con pasta dental es dañino.



13. Es malo cepillar mi lengua.



14.Si cepillo mis dientes me da caries.



15. Comer muchos dulces es malo para mis dientes.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

INDICE ceo

NOMBRE _____ EDAD

4 años	5 años	6 años
--------	--------	--------

SEXO



- A SANO
- B CARIADO
- C OBTURADO CON CARIES
- D OBTURADO SIN CARIES
- E PERDIDO POR CARIES
- PERDIDO POR OTRAS CAUSAS
- F FISURA OBTURADA
- G SOPORTE DE PUENTE , CORONA O FUNDA
- DIENTE SIN ERUPCIONAR
- NO APLICABLE

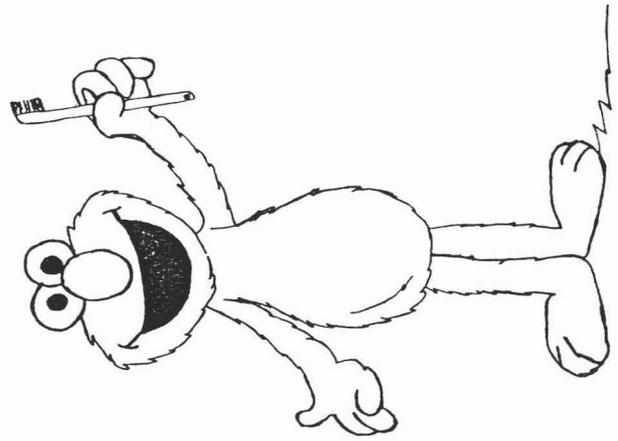
11	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	75
12	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	85

c = + **e =** + **o =** **ceo =**

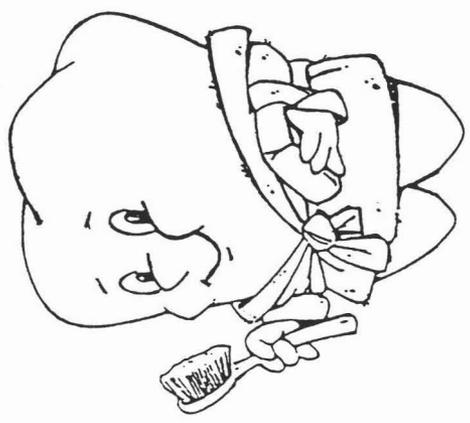
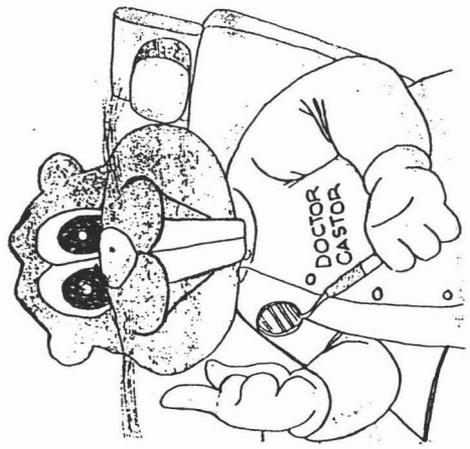
C = + **P =** + **O =** **CPO =**



**Manten sanos
tus dientes**



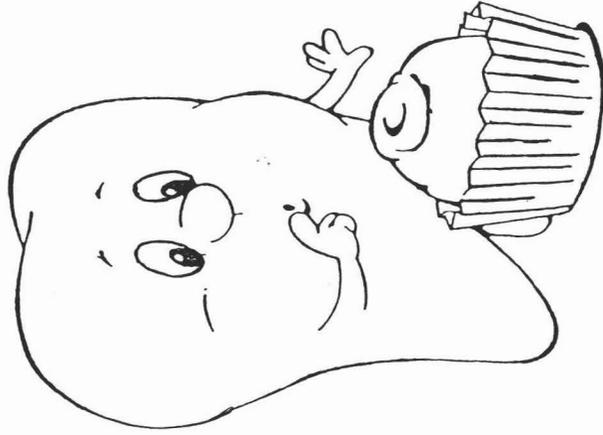
*No debes
olvidar al
dentista visitar*



**Entonces los
deberás cuidar
bien**

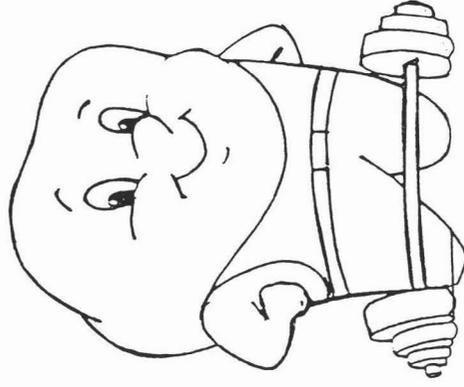


Si no cuidas
tu higiene
bucal ...



tus dientes
lucirán así.

Pero si tus
dientes fuertes
los quieres tener



.....